



วารสาร

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

กรมควบคุมโรค
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

INSTITUTE FOR URBAN DISEASE CONTROL AND PREVENTION JOURNAL

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมีนาคม 2566 - สิงหาคม 2566

Volume 8 No.1 March - August 2023

ISSN 2697-6684 Online

ISSN 2539-5556 Print





กรมควบคุมโรค
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

วารสาร

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

INSTITUTE FOR URBAN DISEASE CONTROL AND PREVENTION JOURNAL

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมีนาคม 2566 - สิงหาคม 2566

Vol. 8 No.1 March - August 2023

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ

เจ้าของ

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

24/56 หมู่ที่ 3 ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 10220

โทรศัพท์ 0 2521 0943-5 ต่อ 505 โทรสาร 0 2521 0936

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย วิทยาการ วัฒนธรรมที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของบุคลากร ในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคและองค์กรอื่นๆ และเพื่อเป็นสื่อกลางติดต่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างนักวิชาการผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพในเขตเมือง

ที่ปรึกษา

นายสุทัศน์	โชตนะพันธ์	ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นายอนุตรศักดิ์	รัชตะหัต	รองผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

บรรณาธิการ

นางรุจิรา	ตระกูลพั้ว	บรรณาธิการ
นายชาโล	สาณศิลป์	รองบรรณาธิการด้านวิชาการ

กองบรรณาธิการ (Peer review)

นายบุญเลิศ	ศักดิ์ชัยนันท์	นักวิชาการอิสระ
นางปานทิพย์	โชติเบญจมาภรณ์	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
นางสาวสิริมา	มงคลสัมฤทธิ์	อาจารย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นางพัฒนาศ	มณีกาญจน์	อาจารย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายบรรจงศักดิ์	พัทสมบัติ	อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
นางสาวจุฬพัทธ์	คันศร	อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
นางสาวชนิษฐา	วิศิษฐ์เจริญ	อาจารย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสุธี	สฤษฎ์ศิริ	ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา
นางสาวอารียา	จิรนาถวัฒน์	อาจารย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราช
นางศิริณา	จิตติมณี	อาจารย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวเกวลี	สุนทรมน	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมจังหวัดระยอง
นางสาวกมลทิพย์	อัครวานันต์	นักวิชาการอิสระ
นายสีไธ	ยี่สุนแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก
นางธนัชฐา	ติษสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

กองบรรณาธิการ (Peer review)

นายสุขสันต์	จิตติมนี	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นายอนุตรศักดิ์	รัชตะทัต	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางวรรณกช	เชษฐพันธ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นายชาโล	สาณศิลป์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวไมลา	อิสสระสงคราม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวสมรักษ์	ศิริเชตรกรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นายณพัฑฒ	ชีเนบาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นายอมรชัย	ไตรคุณากรวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นายสุวรรณ	อดิศัยมนตรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวจารุณี	ระบายศรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวบังเอิญ	ภูมิภักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวพนทิพย์	วัชรภรณ์	นายแพทย์ปฏิบัติการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

คณะกรรมการ

นายสุวรรณ	อดิศัยมนตรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวจารุณี	ระบายศรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวกนกรัตน์	ไพฑูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวบังเอิญ	ภูมิภักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวทัศนีย์	เสื่อทอง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวจุฑามาศ	ลิ้มสมบุรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

1. ขอบเขตของวารสารและประเภทบทความ

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลการวิจัย ที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนผลงานการป้องกันควบคุมโรคต่างๆ โดยบทความที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขเรื่องต้นฉบับ และจะพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลังตามความเหมาะสม

การรับเรื่องต้นฉบับ

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เป็นวารสารวิชาการมีวัตถุประสงค์ในการเผยแพร่ ผลงานตีพิมพ์ ดังนี้

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) บทความปริทัศน์ (Review article) มุมมอง (Perspective) หรือความคิดเห็น (Opinion) รายงานผู้ป่วย (Case report) ปกิณกะ (Miscellany) หรือจดหมายถึง บรรณาธิการ (Letter to the editor) ที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนผลงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคต่าง ๆ โดยบทความที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ ทางคณะบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขบทความต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับ ก่อนหลัง

การรับบทความต้นฉบับเรื่องที่รับไว้ คณะบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ สำหรับ บทความที่ไม่ได้พิจารณาตีพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนกันยายน - กุมภาพันธ์

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนมีนาคม - สิงหาคม

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือนธันวาคม

ฉบับที่ 2 ภายในเดือนมิถุนายน

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ไม่มีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ใด ๆ ในทุกขั้นตอน

2. แนวทางด้านจริยธรรมสำหรับผู้เขียนเขียน

2.1 การยึดถือกฎด้านจริยธรรม

ผู้เขียนจะต้องแสดงให้เห็นว่าได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัย ผู้เขียนต้องระบุประเด็นเรื่องจริยธรรมในส่วนของวิธีการในการศึกษารวมถึงระบุข้อความที่เกี่ยวข้องกับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและขั้นตอนการขอความยินยอมในกรณีเป็นการศึกษาในมนุษย์ ผู้วิจัยที่ทำการศึกษากับมนุษย์จะต้องปฏิบัติตามหลักการที่กำหนดไว้ในปฏิญญาเฮลซิงกิ 2551 (Declaration of Helsinki 2008) หากเข้าเกณฑ์ ผู้เขียนต้องระบุหมายเลขโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ควบคู่ไปกับการอ้างอิงมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการหรือหลักปฏิบัติอื่น ๆ (หากมี)

นิพนธ์ต้นฉบับที่มีการวิจัยในมนุษย์จะต้องมีการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำหรับงานวิจัยในมนุษย์ ผู้เขียนต้องระบุหมายเลขโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง ชื่อและสถาบันของคณะกรรมการ รวมถึงบรรยายขั้นตอนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร

งานวิจัยในมนุษย์ที่มีการทดสอบประสิทธิภาพหรือความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ เช่น ยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ อาหาร ส่วนประกอบหรืออาหารเสริม หรือหัตถการทางการแพทย์ ถือว่าเป็นการทดลองทางคลินิก (Clinical trials) และจะต้องลงทะเบียนในทะเบียนการทดลองทางคลินิก เช่น ClinicalTrials.gov

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ควรได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในสัตว์และต้องระบุรายละเอียดที่เกี่ยวข้องด้วย (ชื่อคณะกรรมการ หมายเลขการอ้างอิง ฯลฯ)

2.2 ไม่ลอกเลียนแบบผลงาน (Plagiarism)

บทความทุกบทความจะได้รับการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรม ผ่านระบบ Thaijo ค่าเปอร์เซ็นต์ความคล้ายคลึงระหว่างเอกสารที่ส่งมาตรวจสอบกับเอกสารที่อยู่ในฐานข้อมูล ผลงานวิชาการไม่เกิน 30 เปอร์เซ็นต์ และงานวิจัยไม่เกิน 25 เปอร์เซ็นต์

3. การเตรียมบทความ

3.1 ภาษา

บทความสามารถเขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ อย่างไรก็ตาม หากเป็นบทความภาษาไทย ตาราง รูปภาพและเอกสารอ้างอิงจะต้องเป็นภาษาไทย กรณีเป็นบทความเป็นภาษาอังกฤษ ผู้เขียนจะต้องแปลชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ และคำสำคัญ เป็นภาษาอังกฤษด้วย

3.2 รูปแบบ

- ต้นฉบับควรมีระยะห่างจากขอบกระดาษ (margin) 2.54 ซม ในทุกด้าน
- ต้นฉบับภาษาไทย: ใช้ตัวอักษร Cordia ขนาด 14 และเว้นระยะบรรทัดเป็น single line
- ต้นฉบับภาษาอังกฤษ: ใช้ตัวอักษร Cordia ขนาด 14 และเว้นระยะบรรทัดเป็น

1.0 line spacing

3.3 ความยาวบทความ

- นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) และบทความปริทัศน์ (Review article)
จำนวนคำ (word count) ภาษาไทย 3,500 – 4,500 คำ; ภาษาอังกฤษ 2,500 – 3,500 คำ
ต้นฉบับทั้งสองแบบจำกัดจำนวนตารางหรือรูปภาพไม่เกิน 5 ตาราง/รูป จำนวนคำ (word count) ไม่รวม ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และเอกสารอ้างอิง
- บทความมุมมอง (Perspective) ความคิดเห็น (Opinion) และรายงานผู้ป่วย (Case report)
จำนวนคำ (word count) ภาษาไทย 1,600 – 2,400 คำ; ภาษาอังกฤษ 1,200 – 1,800 คำ
ต้นฉบับจำกัดจำนวนตารางหรือรูปภาพไม่เกิน 3 ตาราง/รูป จำนวนคำ (word count) ไม่รวมชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และเอกสารอ้างอิง
- ปกิณกะ (Miscellany)
จำนวนคำ (word count) ภาษาไทยไม่เกิน 2,400 คำ; ภาษาอังกฤษไม่เกิน 1,800 คำ
- จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor)
จำนวนคำ (word count) ภาษาไทยไม่เกิน 1,500 คำ; ภาษาอังกฤษไม่เกิน 1,100 คำ

3.4 โครงสร้างบทความ

- นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)
รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ควรเรียงลำดับข้อมูลดังต่อไปนี้: หน้าแรก บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษและคำสำคัญ บทคัดย่อภาษาไทยและคำสำคัญ (เฉพาะต้นฉบับภาษาไทยเท่านั้น) บทนำ วัสดุ และวิธีการ ผลลัพธ์ อภิปราย สรุป เอกสารอ้างอิง ตารางหรือรูปและคำบรรยาย
- บทความปริทัศน์ (Review article)
บทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งใน และต่างประเทศ บทความการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จะเรียงลำดับเหมือนนิพนธ์ต้นฉบับ แต่อาจจะยืดหยุ่นกว่าในกรณีเป็นบทความปริทัศน์แบบพรรณนา (Narrative review)
- บทความมุมมอง (Perspective) และบทความความคิดเห็น (Opinion)
บทความแสดงข้อคิดเห็นหรือประสบการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และประชาชน การเรียงลำดับบทความไม่ตายตัว แต่การแบ่งหมวดหมู่ควรเรียงลำดับดังนี้: หน้าแรก เนื้อหา เอกสารอ้างอิง และตารางหรือรูป (หากมี)
- รายงานผู้ป่วย (Case report)
เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือเป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (Clinical note) ซึ่งเป็นบทความความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Case description) หรือการดำเนินโรค (Clinical course) ที่ไม่ตรงแบบที่พบบ่อย ประกอบด้วย หน้าแรก บทนำ รายละเอียดที่พรรณนาผู้ป่วย วิจารณ์ หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

- ปกิณกะ (Miscellany)

บทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเหตุการณ์ เหตุการณ์ทันยุค บทปริทัศน์ รายงานผลศึกษา วิจัยโดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้น ก็ได้

- จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor)

เป็นการตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ดีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจพิจารณาสนับสนุนหรือโต้แย้ง ประกอบด้วย เริ่มต้นด้วย “เรียนบรรณาธิการ” หรือ “Dear editor” และลงท้ายด้วย ชื่อผู้เขียน ตำแหน่งทางวิชาการ และสถาบันที่สังกัด เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 15 เรื่อง

3.5 หน้าแรก

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ ได้ใจความครอบคลุม และตรงกับเนื้อเรื่องสำคัญ ชื่อผู้เขียนเขียนควรอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยใช้ superscript numbers หลังชื่อผู้เขียนเขียนเพื่อแสดงสถาบันของผู้เขียนเขียนเอง ชื่อและรายละเอียดการติดต่อ (ที่อยู่ อีเมล เบอร์โทรศัพท์) ของผู้ประสานงาน การเผยแพร่ (corresponding author) ต้องแสดงรายละเอียด จริยธรรมการวิจัย การมีส่วนร่วมของผู้เขียน กิตติกรรมประกาศ แหล่งทุนวิจัย และผลประโยชน์ทับซ้อน

3.6 บทคัดย่อและคำสำคัญ

นิพนธ์ต้นฉบับและบทความปริทัศน์ควรมีบทคัดย่อและคำสำคัญ ย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น มีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และอภิปรายหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) บทคัดย่อภาษาไทยควรมีความยาวไม่เกิน 300 คำ และมีบทคัดย่ออย่างยาวภาษาอังกฤษ (Extended abstract) ที่มีความยาว 500-600 คำ เพื่อให้ง่ายต่อการค้นหา และอ้างอิงจากนานาชาติ บทความภาษาอังกฤษควรมีบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 250 คำ ระบุคำสำคัญ (Keywords) ได้บทคัดย่อแต่ละภาษา (3-5 คำ)

3.7 เนื้อหาหลัก

- นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาในบทนำ และวัตถุประสงค์ของงานวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวม ข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ ผลการวิจัยจะต้องอธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยพร้อมหลักฐานอ้างอิง รวมถึงข้อจำกัด และจุดแข็งของงานวิจัย รวมถึงอ้างอิงทฤษฎีหรืองานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวข้อง ข้อสรุป (ถ้ามี) ควรสรุปเนื้อหาให้ตรงประเด็น และข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปใช้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- บทความปริทัศน์ (Review article)

บทความปริทัศน์แบบพรรณนา (Narrative review) ควรระบุถึงความรู้ใหม่ และความจำเป็นในการเขียนบทความ โดยประกอบด้วยภาพรวม (Overview) ระบุปัญหาหรือช่องว่างในข้อมูลงานวิจัย (Research knowledge gaps) เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจความจำเป็นของคำถามวิจัยใหม่ บทความควรนำเสนอข้อมูลอย่างเป็นกลาง และมีความสมดุล

บทความการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จะต้องเขียนตามแนวทาง PRISMA อย่างเหมาะสม

- บทความมุมมอง (Perspective)

บทความจะต้องแสดงมุมมองที่แปลกใหม่ไปจากนวัตกรรมการหรือความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ปัจจุบัน ประเด็นหรือสถานการณ์ด้านสาธารณสุขที่น่าสนใจ มุมมองของผู้ประพันธ์จะต้องได้รับการสนับสนุนโดยหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ บทความควรประกอบด้วย ภูมิหลัง การแปล และวิเคราะห์ประเด็น การอภิปรายจุดแข็ง/ข้อจำกัด ข้อดี/ข้อเสีย ความสำเร็จ/ความล้มเหลว หรือความท้าทาย ที่พบรวมถึงข้อสรุปที่เป็นเหตุเป็นผล

- บทความความคิดเห็น (Opinion)

บทความจะต้องสื่อถึงความคิดของผู้เขียนต่อทฤษฎีหรือสมมติฐานทางสาธารณสุข ความคิดเห็นจะต้องได้รับการสนับสนุนโดยหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือหรือประสบการณ์ความเชี่ยวชาญส่วนตัว บทความความคิดเห็นควรกระตุ้นให้มีการอภิปรายในวงการวิชาการ

- ตารางและรูปภาพ

ตาราง และรูปภาพจะต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษ ด้วยตัวอักษร Cordia New ขนาด 14 point ตาราง และรูปจะต้องระบุในเนื้อเรื่องในวงเล็บ เช่น (Table 1),..... (Figure 1) เป็นต้น

ตารางจะต้องแจกแจงหัวข้อในแต่ละคอลัมน์และแถวให้ชัดเจนพร้อมหน่วยวัด คอลัมน์จำนวนตัวอย่างและร้อยละควรระบุเป็น “n” และ “%” ระบุจุดทศนิยม 1 จุดสำหรับร้อยละ และ 2 จุดสำหรับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากมีการใช้คำอธิบายเพิ่มเติม (Footnote) ให้ใช้ ตัวอักษรภาษาอังกฤษแบบ superscript (เช่น a, b, c) ไม่ควรใช้เครื่องหมายดอกจัน (*, **, ฯลฯ)

รูปภาพประกอบด้วย แผนภูมิ รูปประกอบ ภาพถ่าย หรือรูปอื่นๆ ควรวาดแผนภูมิด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เช่น MS Excel, GraphPad เป็นต้น ภาพถ่ายจะต้องบันทึกเป็นรูปแบบไฟล์ JPEG หรือ TIFF รูปภาพในโปรแกรม MS Word สามารถส่งมาในรูปแบบไฟล์ DOC หรือ DOCX รูปภาพควรมีความคมชัดอย่างน้อย 600 dpi สำหรับภาพขาวดำ และ 1200 dpi สำหรับภาพสี

3.8 การมีส่วนร่วมของผู้เขียนเขียน (Author contributions)

ผู้เขียนทุกคนต้องมีส่วนร่วมในผลงาน บทบาทของผู้เขียนเป็นไปตามแนวทางของ International Committee of Medical Journal Editors (<https://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>)

3.9 แหล่งทุนวิจัย (Disclosure of sources of funding)

ผู้นิพนธ์ต้องระบุที่มาของแหล่งทุนวิจัย และระบุว่าผู้ให้ทุนมีส่วนในการวิเคราะห์หรือแปลผลผลงานหรือไม่ หากไม่มีแหล่งทุนวิจัย ผู้เขียนควรระบุเช่น “ผู้เขียนไม่ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยใด ๆ” หรือ “ผู้เขียนใช้ทุนของตนเองในการสนับสนุนการทำวิจัยนี้” เป็นต้น

3.10 ประกาศผลประโยชน์ทับซ้อน (Declare conflicts of interest)

ประกาศผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆที่อาจเกิดขึ้นจากผู้เขียนทุกคน เช่น ความสัมพันธ์ส่วนตัว ความสัมพันธ์หรือความเชื่อมโยงกับสถาบันของผู้เขียนที่อาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของงานวิจัยหรือการแปลผล

3.11 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ผู้มีส่วนร่วมในผลงานแต่ไม่เข้าข่ายเป็นผู้เขียนจะต้องได้รับการรับรองและกล่าวถึงในส่วนของกิตติกรรมประกาศ ระบุคำขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือเป็นย่อหน้าเดียว โดยแจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

3.12 เอกสารอ้างอิง (References)

เขียนเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยใช้รูปแบบการอ้างอิงระบบ Vancouver การระบุเลขเอกสารอ้างอิงในเนื้อเรื่องควรใช้วิธี superscript (เช่น 1, 2, 3) สำหรับเอกสารอ้างอิงที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ โปรดระบุภาษาในวงเล็บหลังเอกสารอ้างอิง หากเอกสารอ้างอิงมีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ระบุผู้เขียน 6 คนแรกตามด้วย “et al” ชื่อของวารสารสามารถเขียนเป็นตัวย่อได้ตาม List of Journals Indexed in Index Medicus / NLM NIH

การจัดส่งบทความต้นฉบับ

1. บทความต้นฉบับสำหรับตีพิมพ์ ตามข้อกำหนดของบทความแต่ละประเภท รายละเอียดตามคำแนะนำการเตรียมบทความต้นฉบับ (Manuscript)
2. ส่งบทความต้นฉบับผ่านระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย Thai Journals Online (ThaiJO) เท่านั้น

หากมีข้อสอบถาม กรุณาติดต่อ

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

เลขที่ 24/56 ถ.พหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220

โทร. 0 25210943-5 ต่อ 505

E-mail : training10iudc@gmail.com

สารบัญ

	หน้า
การประเมินความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต : จริยา ดำรงค์ศักดิ์, แสนสุข เจริญกุล, สุทัศน์ โชตนะพันธ์, วาสนี ชลิตราพงศ์ Knowledge assessment and practice toward disease surveillance, prevention and control of Coronavirus Disease 2019 among migrant health volunteers in Phuket Province : Chariya Damrongsak, Sansuk Charoenkun, Suthat Chottanapund, Wasinee Chalisarapong	1
ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อระบบการบริหารจัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี (MIDA Hospital) : ภัสราภรณ์ นาสา, วนิดา สังยาหยง, แพรวนภา พันธุ์โสรี, เตือนใจ นุชเทียน Opinion of healthcare workers on administrative system of special COVID-19 cohort wards at Mida Hotel Ngamwongwan, Nonthaburi province : Patsaraporn Nasa, Wanida Sangyay, Praewnapa Pansoree, Tuenjai Nuchtean	15
พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชนในช่วงวิกฤตการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่ตำบลผาช้างน้อย อำเภอปง จังหวัดพะเยา : พิมพีใจ กำธรศิริเมธา, สามารถ ใจเตี้ย Household Infection waste management behavior of people during COVID-19 Pandemic in Pha-Chang-Noi subdistrict, Pong district, Phayao province : Pimjai Kamthonsirimetha, Samart Jaitae	28
การบริหารจัดการความเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากร โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : กวิตม์ ชีอมนั้น Burnout management of Bang Bua Thong 2 Hospital personnels during the Coronavirus epidemic situation : Kavut Zueman	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในประเทศไทย : ถันยนนท์ เพ็ชรตระกูล, อารักษ์รา สังขฤกษ์, ธนัชชา ดวงแก้ว, ณภัทร วัฒนโรจนพร, เทพสุดา นากดวงตา, วุฒิภัทร วีระเปรม, พิพัฒน์ ศิริพิมลรัตน์, ชนัญทิตา ปาติปาเลท, ภูริณัฐ มะโนวรรณ, ปุญญพัฒน์ บงกชโอฬาร, ณัฐธรา บุษหมั่น, ศรัญปรียา ศรีสินรุ่งเรือง, กนกอร ตางจรงราช, ศุจิมน มังคลรังษี Knowledge and Preventive Behavior toward Infectious Diseases and Pathogen Transmission among High School Students in Thailand : Thunyanon Phetrakool, Arphatsara Sangkharerk, Thanatcha Duangkaew, Naphat Wattanarojanaporn, Tepsuda Nakduangta, Wutthiprat Veeraprem, Pipat Sirapimonrat, Chanunthita Patipalate, Phurinat Manowan, Punyapat Bongkot - Olam, Natthara Boosamund, Saranpreeya Srisinroongruang, Kanokorn Tangjongraj, Sujimon Mungkalarungsi	58
การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสังคมปกติวิถีใหม่สู่ยุคปกติถัดไป : ประเมษฐ์ อินทร์สุข, ธนพร วรรณกุล Nursing Care for Orthopedic Patients in New Normal to Next Normal Era : Poramate Insook, Tanaporn Wannakul	76
ผลการประเมินแผนแม่บท ด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564 : สุพัตนา เจริญกุล, มณฑนา สิ้นทรัพย์, นาริฐา ทาคำสุข, สุขสันต์ จิตติมนี, สุทัศน์ โชตนะพันธ์ Evaluation of National Master Plan for Urban Disease Prevention and Control, 2018 - 2021 : Suphanna Charoenkul, Manthana Sinsap, Naritha Thakhamsuk, Suksont Jittimane, Suthat Chottanapund	92

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
พฤติกรรมป้องกันการวัณโรคในกลุ่มผู้ขับขีรถแท็กซี่พื้นที่กรุงเทพมหานคร : เวสารัช สรรพพอาษา, สุธธิตา จันทร์เพ็ง, ตริอมร วิสุทธศิริ, ไมลา อีสสระสงคราม Preventive Behaviors for Tuberculosis in Taxi Drivers at Bangkok Metropolitan area : Wasaruch Suppa-asa, Suttisa Chanpeng, Treearmorn Wisuttisiri, Mila Issarasongkhram	110
ความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้และพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคภูมิแพ้ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 : อชิรญาณ นิตยโกศล, เบญญาภา คำพึ่ง, ศรัณย์ภัส งามพยุ่งพงษ์, สุพรรณนรี ธิติกุลรัตน์, ชันติ ชอโศตฤกุล, พิชญาภา เสถียรเขตต์, นันทน์วริน อธิธสันติสุข, ณัฐธัญญา นราสุขปริพัฒน์, วัฒนสุวรรณ ชัยนภาศักดิ์, ชรินทร์ทิพย์ เศรษฐพร, ศุจิน มังคลรังษี Allergy Related Knowledge and Health Behaviour Preventing Allergy among High School Students : Achiraya Nitayakosol, Benyapha Kampung, Saranpat Ngampayungpong, Supannaree Thitikunrat, Kanti Sosothikul, Pichayapa Sathiankhetta, Nunnarin Ittisantisuk, Nudtha-undh Narasukparipat, Wannuwat Chainapasak, Charintip Sethaporn, Sujimon Mungkalarungs	122
นวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงวัยในชุมชนบ้านสนวน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ : ฐพัชร์ คันทร, อานนท์ สังฆะพงษ์, บังเอิญ ภูมิภักดิ์, รุจิระชัย เมืองแก้ว, สุชาติ เนตรสุวรรณ, วันดี เนตรสุวรรณ Innovation for developing social support network for aging society in Ban Sanuan Community, Huai Rat District, Buriram Province : Thapach Kansorn, Arnon Sangkapong, Bang-ern Pumipak, Rujirachai Muangkeaw, Suchart Natsuwan, Wandee Natsuwan	138

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพัฒนาแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง : นิติรัตน์ พูลสวัสดิ์, แก้วใจ มาทอง, ธารทิพย์ เหลืองตรีชัย, ธัญญา รอดสุข The development of collaboration model among migrant health volunteer for serious disease surveillance prevention and control : Nitirat Poonsawat, Kaewjai Mathong, Tharnthip Luengtreechai, Tanya Rodsook	150
การพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่ : รัฐฉวีรัตน์ ธนเศรษฐ Development of a health literacy building model for hypertension prevention among risk group of hypertension in the working age group, Regional Health 9th in New Normal era : Rattarinee Thanaseth	167
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก: กรณีศึกษา : สาธิตา วัชรดิลก, ศิริินภา จิตติมณี Nursing Care for a Patient with Acute de novo Heart Failure: A case study : Satita Watcharadilok, Sirinapha Jittimanee	187
ผลการติดตามดูแลสุขภาพทางไกลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี : ชนกานันต์ อนันตริยกุล, นิยะดา ชินะศรี The Effect of Telehealth on Quality of Life and Activity of Daily Living (ADL) in Cerebrovascular Patients at Phaholpolphayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province : ChanakanAnuntariyakoon, NiyadaChinasri	197

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การศึกษาคุณลักษณะของผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ตรวจ rapid SARS - CoV - 2 antigen test เป็นบวก แต่ด้วยวิธี RT - PCR ได้ผลลบ ณ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง : เขมกร เทียงทางธรรม, ณัฐมา รongมาลี, กมลทิพย์ อัสวาวารานันต์, สุพัตรา นิลศิริ, ภัคพร พานวิจิตรกุล Characteristics of suspected COVID - 19 cases with positive rapid SARS - CoV – 2 antigen test but negative RT - PCR test at Institute for Urban Disease Control and Prevention : Khammakorn Thiangthangthum, Nattama Rongmalee, Kamolthip Atsawawaranunt, Supattra Ninsiri, Pakkaporn Panwijitkul	212
การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในกรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่เปรียบเทียบชายแดนไทย - สปป.ลาว จังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ : ธวัชชัย เหลืองศิริ, ทาณ เตียวศิริชัยสกุล, สุรัชย์ กิจติกา Public Health Emergency Management on COVID - 19 pandemic comparative study between Thai - Laos Nong Khai Province and Vientiane : Tawatchai Luangsiri, Thapon Tiawsirichaisakul, Surachai Kittikan	225
การศึกษาความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคฝีดาษวานร (Mpox) ของผู้ประกอบการอาชีพประเภผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร : กมลวรรณ วรรณขำ,, กฤษณ์ ประสิทธิ์โชค, โรม บัวทอง, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี Knowledge Attitudes and Practices in Prevention of Mpox Outbreak among Thai Traditional Massage in Bangkok, Thailand : Kamonwan Wannakham,, Krit Prasittichok, Rome Buathong, Tanarak Plipat, Busaba Supawattanabodee	242

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การศึกษาปัจจัยต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่เขตเมือง เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย : อรญา มัลยาภรณ์, ฐิตาภรณ์ เหลืองวิลัย, เจษฎา คุณโน Factors Related to Road Traffic Accidents in Urban Community at Surat Thani City Municipality, Thailand : Oraya Malayaporn, Titaporn Luangwilai, Jadsada Kunno	259
การศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล: การศึกษาระดับกลุ่มประชากร ในประเทศไทย : กวิน อินททำ, ฐิตาภรณ์ เหลืองวิลัย, วชิราภรณ์ วณิชนพรัตน์, กฤษฎา มโหทาน, เจษฎา คุณโน Prevalence and factors affecting road traffic accidents during festivals: an ecological study, Thailand : Gavin Intham, Titaporn Luangwilai, Wachiraporn Wanichnopparat, Krisada Mahotarn, Jadsada Kunno	276
ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทย ที่เดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง : กิตติพัทธ์ วรเชษฐ, กฤษณ์ ประสิทธิ์โชค, โรม บัวทอง, จิตติ หาญประเสริฐพงษ์ Knowledge Attitude and Practice Toward Yellow Fever Prevention among Thai Travelers Departure to Yellow Fever Infectious country : Kittipat Worachet, Krit Prasittichok, Rome Buathong, Jitti Hanprasertpong	293

การประเมินความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต

Knowledge assessment and practice toward disease surveillance,
prevention and control of Coronavirus Disease 2019
among migrant health volunteers in Phuket Province

จริยา ดำรงค์ศักดิ์¹, แสนสุข เจริญกุล¹, สุกัญช์ โชตนะพันธ์², วาสนี ชลิสราพงศ์³
¹สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา, ²สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, ³กองโรคติดต่อทั่วไป

**Chariya Damrongsak¹, Sansuk Charoenkun¹, Suthat Chottanapund²,
Wasinee Chalisarapong³**

¹Institute of Preventive Medicine, ²Urban Institute for Disease Prevention and Control

³Bureau of General Communicable Diseases

Received 2022 Oct 28, Revised 2022 Sep11, Accepted 2022 Dec 9

DOI: 10.14456/iudcj.2023.13

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ และจัดการฝึกปฏิบัติแก่อาสาสมัครแรงงานข้ามชาติผู้ใช้แรงงานด้านอุตสาหกรรม ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต ศึกษาด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแบบตัดขวางวัดความรู้ก่อน และหลังการฝึกอบรม และการจัดอบรมอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการฝึกปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มแรงงานข้ามชาติ คัดเลือกทำการเลือกสุ่มแบบเจาะจงโดยต้องเป็นแรงงานข้ามชาติที่ถูกต้องตามกฎหมาย เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรแรงงานข้ามชาติที่แน่นอนผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่ ที่เข้าสำรวจการลงทะเบียนข้อมูลระบบบันทึกอาสาสมัครสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จำนวน 404 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 สิงหาคม 2565 ของจังหวัดภูเก็ต ประกอบไปด้วย อำเภอเมืองภูเก็ต อำเภอถลาง และอำเภอกระบุรี

ผลการศึกษา มีผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 404 คน เป็นเพศหญิง (56.68%) มากกว่าเพศชาย (43.32%) อายุเฉลี่ย 45.20 ปี (SD=15.28) อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (15.40%) คะแนนความรู้อีกก่อนและหลังจากการอบรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 และ 7.40 คะแนนตามลำดับ โดยคะแนนหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.01$) การประเมินองค์ความรู้และฝึกปฏิบัติ พบว่าแรงงานยังมีความไม่เข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ของใช้ร่วมกัน รองลงมา คือ ยังขาดความเข้าใจว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยระยะยาวที่เรียกว่าภาวะลองโควิด ซึ่งหมายถึง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการต่อเนื่องนานกว่า 3 เดือน และอาจมีผลต่อร่างกายถาวรและมีอาการ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น ซา แขนขาอ่อนแรง ควรรีบไปพบแพทย์

ดังนั้นการดูแลแรงงานข้ามชาติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรมุ่งเน้นในเรื่องการปฏิบัติตัว เช่น การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกัน การทำให้เข้าใจถึงอันตรายของการป่วยเป็นลองโควิด และเครือข่ายอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติมีความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรค แต่ในทางปฏิบัติควรมีการสื่อสารที่ดำเนินการโดยภาษาของกลุ่มอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ จำกัดจำนวนผู้เข้ารับการอบรม มีการจัดสรรทรัพยากร และสถานที่ให้เพียงพอ รวมถึงการเปิดโอกาสให้มีการซักถามระหว่างการอบรม

คำสำคัญ: แรงงานข้ามชาติ, อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว(อสต.), โควิด 19, สาธารณสุขมูลฐาน, การป้องกันควบคุมโรค

Abstract

The objectives of this study are to do knowledge assessment and practice toward disease surveillance, prevention and control of COVID-19 among migrant health volunteers in Phuket Province. This is a cross-sectional survey to analyze migrant health volunteers' knowledge and practice on the prevention and control of COVID-19 before and after training. This study was conducted using purposive random sampling with 404 documented migrant workers in the area of Phuket. The data was collected between 1 February - 31 August 2022.

There were 404 migrant health volunteers participated in this study, 56.68% were female, mean age was at 46.3 years (SD=12.3 years), over 60 years old (15.4%). The knowledge scores before and after training with mean values of 4.60 and 7.40 points, respectively. The score after the training was significantly higher than before the training ($P>0.01$). The results of study revealed that migrant workers did not understand the practices to prevent infection with COVID-19, such as distancing during mealtime and isolation of individuals' items. Followed by the lack of understanding that COVID-19 caused

a long-term illness (Long COVID-19), which the symptoms continue for more than 3 months and may have permanent effects on health with symptoms such as chest pain, palpitations, numbness, weakness in the limbs, should see a doctor.

Therefore, providing healthcare service for migrant workers about COVID-19, should focus on improving their practices such as avoiding sharing meals, understanding the complications and burden of long COVID. Moreover, migrant health volunteer networks play an important role in disease prevention and control. However, communication should be carried out in migrant health volunteers' language. Limited the number participated in the training. Also, providing dedicated sessions with allocated resources, and space, and encourage migrants to do discussion during the training.

Keywords: migrant workers, Migrant health Volunteer (MHVs), COVID-19, primary health care, disease prevention and control

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยมีความต้องการแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากขาดแคลนแรงงานระดับล่างหรือแรงงานไร้ฝีมือ โดยเฉพาะงานประมงและงานอุตสาหกรรมต่อเนื่อง งานภาคเกษตรกรรม งานก่อสร้าง และงานคนรับใช้ การนำเข้าแรงงานข้ามชาติในจำนวนที่เหมาะสมกับความต้องการจึงมีความจำเป็นเพื่อการขยายตัวทางภาคการผลิตและภาคอุตสาหกรรมของประเทศ⁽¹⁾ การอพยพเข้ามาทำงานในประเทศไทยของแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนานหลายสิบปีแล้ว โดยเฉพาะแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านในแถบอาเซียน เช่น เมียนมา ลาว กัมพูชาและเวียดนาม จากข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานข้ามชาติ กระทรวงแรงงาน ณ เดือน มิถุนายน 2563 ประเทศไทยมีแรงงานข้ามชาติใน 4 สัญชาติดังกล่าว เข้ามาทำงานในประเทศไทย สูงถึง 2,261,796 คน⁽²⁾ และจากข้อมูลจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร เดือนกันยายน 2565 ของ

กรมการจัดหางาน พบว่า พื้นที่ภาคใต้มีจำนวนรวมของแรงงานข้ามชาติมากที่สุดรองลงมาจากเขตภาคกลางและปริมณฑล และจังหวัดภูเก็ตมีแรงงานข้ามชาติ 52,332 คน ถือได้ว่าเป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติทำงานอยู่มากที่สุดในภาคใต้เป็นอันดับสองรองลงมาจากจังหวัดสุราษฎร์ธานี⁽³⁾

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 มีผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 4,608,336 คน (ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 23 สิงหาคม 2565) สำหรับในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตมีประชากรทั้งหมด 539,183 คน พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 73,254 คน จำนวนผู้ติดเชื้อต่อประชากรล้านคน คิดเป็น 135,861.11 คน และจำนวนผู้เสียชีวิตต่อประชากร ล้านคน คิดเป็น 537.85 คน แม้ว่าจะมีการวางมาตรการป้องกันควบคุมโรคในระดับหนึ่ง แต่ยังพบการเดินทางไปมาระหว่างกันในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าบ้านพักอาศัยร่วมกัน และจะอยู่รวมกันเป็นกลุ่มก้อนใหญ่⁽⁴⁾ สถานการณ์

การระบาดยังดำเนินต่อไปอีกระยะหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการระบาดในสถานประกอบการ ผู้ติดเชื้อในสถานที่ทำงานมีโอกาสที่จะแพร่เชื้อไปสู่ครอบครัวและชุมชนอื่น⁽⁵⁾ แรงงานข้ามชาติกับโรค แรงงานข้ามชาติ มักถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะนำโรคต่าง ๆ เข้ามา โดยเฉพาะแรงงานที่เข้ามาอย่างผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ผ่านการตรวจสุขภาพ โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากไวรัส⁽⁶⁾ ดังนั้นกลุ่มแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงค่อนข้างสูงในการระบาดของโรค เนื่องด้วยความแออัดของแต่ละครัวเรือนที่อาศัยอยู่ และการเข้าถึงบริการที่อาจจะไม่ครอบคลุม การส่งเสริมป้องกัน และควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ

ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ความเท่าเทียมคือหัวใจของวาระ ค.ศ. 2030 ระบุอย่างชัดเจนว่าประเทศต่าง ๆ จะต้องบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายหลัง⁽⁷⁾ ระบบสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นที่รู้จักทั่วโลก โดยเฉพาะการป้องกันควบคุมโรคด้วยระบบอาสาสมัครสาธารณสุข⁽⁸⁾ สำหรับแรงงานข้ามชาติ ยังคงขาดระบบการดูแลในลักษณะนี้ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ แม้แรงงานข้ามชาติจะสามารถเข้าถึงสถานบริการสุขภาพได้ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงแตกต่างกันไปตามพื้นที่ หากเป็นพื้นที่ชายแดน การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของ

แรงงานข้ามชาติทำได้ยากกว่าในพื้นที่เมือง⁽⁶⁾ ผู้วิจัยจึงได้จัดระบบเครือข่ายอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ และจัดทำระบบฐานข้อมูลเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพลดความเหลื่อมล้ำเขตเมือง และพื้นที่ชายแดน ด้านสุขภาพในกลุ่มของแรงงานข้ามชาติ โดยนำร่องพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่อย่างหนาแน่น และมีปัญหาด้านสุขภาพอย่างมาก ตามสถิติแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต⁽⁹⁾

ในเบื้องต้นผู้วิจัยจึงได้ทำการประเมินความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ตและฝึกปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ให้แก่แรงงานข้ามชาติในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ในปี 2565 เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพของแรงงานข้ามชาติด้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งวางแผนการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความรู้ และจัดการฝึกปฏิบัติแก่อาสาสมัครแรงงานข้ามชาติผู้ใช้แรงงานด้านอุตสาหกรรม ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดภูเก็ต

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบในการศึกษา

การเก็บข้อมูลแบบตัดขวางวัดความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม และการจัดอบรมอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการฝึกปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอดง และอำเภอกระทุ้ง จังหวัดภูเก็ต

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีประชากรเป้าหมายเป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติคัดเลือกทำการเลือกสุ่มแบบเจาะจงโดยต้องเป็นแรงงานข้ามชาติที่ถูกต้องตามกฎหมาย เป็นบุคคลอายุ 18 ปีขึ้นไป สัญชาติชาวเมียนมา กัมพูชา ลาว และเวียดนาม ที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต เพื่อจุดประสงค์การทำงานเป็นหลัก สื่อสารเป็นภาษาไทย เข้าใจภาษาไทย สามารถฟังและ/อ่าน ภาษาเมียนมา กัมพูชา ลาว และเวียดนาม และสามารถใช้อุปกรณ์ในโทรศัพท์มือถือได้ จากข้อมูลสำนักบริหารแรงงานข้ามชาติและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่ามีแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต สถิติข้อมูลแรงงานข้ามชาติสัญชาติได้รับอนุญาตทำงาน ประจำปี 2563 รวมทั้งหมด 61,5641 คน⁽¹⁰⁾ ส่วนใหญ่เป็นสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร $n = Z^2 \cdot P(1-P)/d^2$ ในอัตราส่วนสูงสุด 0.5 โดย $P = 0.05$ และ $d = 0.05$ ดังนั้นจำนวนต่ำที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจะเป็น 384 ราย และเมื่อ 5 เปอร์เซ็นต์สำหรับข้อมูลที่ไม่มีสมบูรณ์หรือมีการคลาดเคลื่อนของข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จึงเป็น 400 ราย ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 สิงหาคม 2565

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- **ขั้นตอนที่ 1** จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าพื้นที่และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมและทำแบบทดสอบก่อนเรียน - หลังเรียนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ ร่วมกับผู้ประกอบการบริษัทเอกชน โรงงาน ห้างร้าน แค้มป์แรงงานข้ามชาติ ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเทพกระษัตรี ท่าเทียบเรือประมงภูเก็ตในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต รวมถึงหน่วยงานภาครัฐสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอดง อำเภอป่าตองและหน่วยงานศุนย์มิตจังหวัดภูเก็ต

- **ขั้นตอนที่ 2** สร้างแบบทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ โดยมีผู้ทรงจำนวน 3 ท่าน จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว แขนงระบาดวิทยา จากกรมควบคุมโรค และนักวิชาการสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item - Objective Congruence หรือ IOC)⁽¹¹⁾ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.88 (ซึ่งค่ายอมรับได้ต้องมากกว่า 0.50 ขึ้นไป)

• **ขั้นตอนที่ 3** กำหนดวันในการจัดอบรม ให้ความรู้แก่อาสาสมัครแรงงานข้ามชาติตามพื้นที่ ในจังหวัดภูเก็ต ซึ่งจัดการอบรมรุ่นละ 1 วัน จำนวน 5 รุ่น ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 สิงหาคม 2565 ณ พื้นที่ในจังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วย 5 วิชา คือ วิชาที่ 1 การใช้ Application ระบบบันทึกอาสาสมัครสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดภูเก็ต วิชาที่ 2 การคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เบื้องต้นด้วยตนเอง วิชาที่ 3 วิธีการตรวจหาเชื้อโควิด 19 โดย Antigen Test Kit ด้วยตัวเอง วิชาที่ 4 การดูแลและป้องกันตนเองหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Home Isolation) วิชาที่ 5 สิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ครั้งสำหรับหัวข้อการอบรม อ้างอิงเนื้อหาจาก กรมควบคุมโรคคู่มือการดูแลสุขภาพกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ และนำมาปรับใช้กับการอบรมดังกล่าว⁽¹²⁾ การจัดอบรมประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งได้ทำการทดสอบความรู้ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งก่อน และหลังการอบรม โดยวิชาที่ 1 ใช้เวลาอบรม 1 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย การใช้ Application ระบบบันทึกอาสาสมัครสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดภูเก็ต วิชาที่ 2 ใช้เวลาอบรมรวมฝึกปฏิบัติ 1 ชั่วโมง ประกอบไปด้วย ระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตัวเอง, เกณฑ์การพิจารณารักษาแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตนเอง วิชาที่ 3 ใช้เวลาอบรมรวมฝึกปฏิบัติ 1 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย วิธีตรวจหาเชื้อโควิด 19 โดย Antigen Test Kit (ATK) ด้วยตัวเอง, วิธีการอ่านผลตรวจและแปลผลทดสอบ, การปฏิบัติตัวหลังทราบผลตรวจกรณีผลการทดสอบเป็นบวก วิชาที่ 4 ใช้เวลาอบรมรวมฝึกปฏิบัติ 1 ชั่วโมง ประกอบไปด้วย การปฏิบัติ

ตัวระหว่างการกักกัน หรือคุมตัวไว้สังเกตในที่พักอาศัย, การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงโควิด 19, วิชาที่ 5 ใช้เวลาอบรม 1 ชั่วโมง ประกอบไปด้วย สิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ การศึกษานี้จึงทำการประเมิน ความรู้ของผู้เข้ารับการอบรมจากฐานข้อมูลผลการทดสอบ Pre-test และ Post-test ของผู้เข้ารับการอบรม เพื่อให้ทราบถึงผลสัมฤทธิ์ของการจัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครแรงงานข้ามชาติตามพื้นที่ในจังหวัดภูเก็ตและเพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำมาพัฒนาต่อยอดเนื้อหาวิชาในการจัดอบรมให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การทดสอบความรู้ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ จากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ โดยทดสอบหลังจากเสร็จสิ้นของการอบรม แล้วนำมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Microsoft Excel

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน:

แบบทดสอบความรู้ก่อนอบรมและหลังอบรม แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านเวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว เวชศาสตร์ป้องกันแขนงระบาดวิทยา จากกรมควบคุมโรค และนักวิชาการสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เป็นผู้ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการสร้างแบบทดสอบจากเนื้อหาการอบรม และทำการตรวจสอบคุณภาพ

ของแบบทดสอบ โดยผู้ทรงจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC)⁽¹¹⁾ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.88 (ซึ่งค่ายอมรับได้ต้องมากกว่า 0.50 ขึ้นไป) ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ การดูแลสุขภาพ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ จำนวน 10 ข้อเกณฑ์การให้คะแนน

ข้อ 1 - 10 ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ถูก คะแนน 0 หมายถึง ผิด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติเชิงเปรียบเทียบด้วย Pair student's t-test

หมายเหตุ : ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่เอกสารรับรองเลขที่ : VPH REC 029/2021

ผลการศึกษา

การประเมินความรู้ และการฝึกปฏิบัติแก่อาสาสมัครแรงงานข้ามชาติผู้ใช้แรงงานด้านอุตสาหกรรม ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต มีอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ 404 คน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการประเมินองค์ความรู้และฝึกปฏิบัติอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ จำนวน 404 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.68% เพศชาย 43.32% มีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.58 อายุเฉลี่ย 45.20 ปี เป็นสัญชาติเมียนมา มากที่สุด ร้อยละ 77.97 และอาศัยที่อยู่อาศัยในอำเภอเมืองภูเก็ต ร้อยละ 77.72 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองภูเก็ต อำเภอถลาง และอำเภอกระบุรี จังหวัดภูเก็ต (n=404)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	229	57
หญิง	175	43
อายุ (ปี)		
20 - 39	145	35.89
40 - 59	168	41.58
60 ปีขึ้นไป	91	22.52
ค่าต่ำสุด = 20, ค่าสูงสุด = 70, Mean = 45.20, S.D. = 15.28		
สัญชาติ		
เมียนมา	315	77.97
กัมพูชา	74	18.31
ลาว	15	3.71
ที่อยู่อาศัยตามอำเภอ		
อำเภอกระบุรี	75	18.56
อำเภอถลาง	15	3.71
อำเภอเมืองภูเก็ต	314	77.72

ส่วนที่ 2 ความรู้การดูแลสุขภาพสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ

ทั้งก่อนและหลังการอบรม พบว่า ข้อความรู้อาสาตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อ 3. การปฏิบัติตัวป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการรับประทานอาหารและใช้ของใช้ร่วมกัน รองลงมาคือ ข้อ 4. ภาวะลองโควิด ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการต่อเนื่อง นานกว่า 3 เดือน และอาจมีผลต่อร่างกายถาวร และข้อ 5. มีอาการผิดปกติหลังจากติดเชื้อนานกว่า 2 - 3 เดือน เจ็บหน้าอก ใจสั่น ซา แขนขาอ่อนแรง เสี่ยงต่อการเป็นลองโควิด และควรไปพบแพทย์

ในส่วนที่ตอบได้ถูกต้องมากที่สุด คือ ร้อยละ 90.84 ข้อ 8. ขยะติดเชื้อ หมายถึง กระดาษทิชชู หน้ากากอนามัย ชุดตรวจ (Antigen Test Kit) ภาชนะใส่อาหารและชิ้นส่วนพลาสติก ลำดับที่สอง ตอบถูกร้อยละ 88.37 คือ ข้อ 1. การตรวจหาเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดย ATK ต้องล้างน้ำมูกก่อนตรวจ ล้างมือให้สะอาด แยกจุก และรออ่านผลประมาณ 5 นาที และข้อ 2. ผลบวก ติดเชื้อโควิด 19 จะปรากฏแถบสีแดง ทั้งที่แถบทดสอบ (T) และแถบควบคุม (C) ลำดับที่สาม คือ ตอบถูกร้อยละ 85.40 ข้อ 7. วิธีการสวมหน้ากากอนามัย ต้องทำความสะอาดมือก่อนใส่หน้ากาก ดึงหน้ากาก

ด้านล่างให้ถึงใต้คาง และกดแกนโลหะด้านบนให้แนบกับหน้า

เรื่องอื่น ๆ ที่ตอบได้ในเกณฑ์ที่สูง คือ ตอบถูกร้อยละ 81.68 ในข้อ 10. แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดการแพร่เชื้อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่ออยู่นอกบ้าน ตอบถูกร้อยละ 82.18 ในข้อ 9. ค่าออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่า 90 ถือว่าไม่อันตราย ตอบถูกร้อยละ 84.41 ในข้อ 6. กลุ่ม 608 หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้มีโรคเบาหวาน หรือ โรคอ้วน น้ำหนักมากกว่า 90 กก. (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ ระหว่างหลังเข้าร่วมการอบรม (N=404)

ข้อคำถาม	ก่อนอบรม				หลังอบรม			
	ถูก	ผิด	Mean	S.D	ถูก	ผิด	Mean	S.D
1. การตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดย ATK ต้องล้างน้ำมูกก่อนตรวจ ล้างมือให้สะอาด แยกจุก และรออ่านผล ประมาณ 5 นาที	343 (84.90)	61 (15.10)	0.88	0.32	357 (88.37)	47 (11.63)	0.88	0.32
2. ผลบวก ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะปรากฏแถบสีแดง ทั้งที่แถบทดสอบ (T) และ แถบควบคุม (C)	294 (72.77)	110 (27.23)	0.73	0.45	357 (88.37)	47 (11.63)	0.88	0.32
3. การปฏิบัติตัวป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019โดยการรับประทานอาหารและใช้ของใช้ร่วมกัน	131 (32.43)	273 (67.57)	0.32	0.32	187 (46.29)	217 (53.71)	0.68	0.47

ข้อคำถาม	ก่อนอบรม				หลังอบรม			
	ถูก	ผิด	Mean	S.D	ถูก	ผิด	Mean	S.D
4. ภาวะลองโควิด ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการต่อเนื่อง นานกว่า 3 เดือน และอาจมีผลต่อร่างกายถาวร	273 (67.57)	131 (32.43)	0.68	0.68	295 (73.02)	109 (26.98)	0.73	0.44
5. มีอาการผื่นผดหลังจากติดเชื้อนานกว่า 2-3 เดือน เจ็บหน้าอก ใจสั่น ซา แขนขาอ่อนแรง เสี่ยงต่อการเป็นลองโควิด และควรไปพบแพทย์	337 (83.42)	67 (16.58)	0.83	0.37	347 (85.89)	57 (14.11)	0.86	0.35
6. กลุ่ม 608 หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้มีโรคเบาหวาน หรือ โรคอ้วน น้ำหนักมากกว่า 90 กก.	259 (64.11)	145 (35.89)	0.64	0.48	341 (84.41)	63 (15.59)	0.84	0.36
7. วิธีการสวมหน้ากากอนามัย ต้องทำความสะอาดมือก่อน ใส่หน้ากากตั้งหน้ากาด้านล่างให้ถึงใต้คาง และกดแกนโลหะด้านบนให้แนบกับหน้า	244 (60.40)	160 (39.60)	0.60	0.49	345 (85.40)	59 (14.60)	0.86	0.35
8. ชยะติดเชื้อ หมายถึง กระจกทึบๆ หน้ากากอนามัย ชุดตรวจ (Antigen Test Kit) ภาชนะใส่อาหาร และช้อนส้อมพลาสติก	347 (85.89)	57 (14.11)	0.60	0.35	367 (90.84)	37 (9.16)	0.91	0.29
9. ค่าออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่า 90 ถือว่าไม่อันตราย	262 (64.85)	142 (35.15)	0.65	0.48	332 (82.18)	72 (17.82)	0.82	0.38
10. แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดการแพร่เชื้อโคโรนา 2019 คือ เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่ออยู่นอกบ้าน	319 (78.96)	85 (21.04)	0.65	0.41	330 (81.68)	74 (18.32)	0.79	0.39

*แต่ละข้อคำถาม ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังจากที่ได้รับการอบรมความรู้การดูแลสุขภาพ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 และ 7.40 พบว่า หลังการอบรม ผู้ผ่านการอบรมมีความรู้สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p > 0.01$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับความรู้ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ

ความรู้เรื่องโรค/โควิด -19	N	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig (1-tailed)
ก่อนได้ความรู้	404	28.09	6.95	10.87*	0.001
หลังได้ความรู้	404	32.58	8.06		

สรุปและอภิปราย

การประเมินความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต พบว่า แรงงานยังมีความไม่เข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ของใช้ร่วมกัน รองลงมาคือยังขาดความเข้าใจว่าโควิด 19 อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยระยะยาวที่เรียกว่าภาวะลองโควิด ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการต่อเนื่องนานกว่า 3 เดือน และอาจมีผลต่อร่างกายถาวรและมีอาการ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น ขาแขนขาอ่อนแรง ควรรีบไปพบแพทย์ ดังนั้น ในการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ควรมุ่งเน้นในเรื่องการปฏิบัติตัว เช่น การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกัน และการทำให้เข้าใจถึงอันตรายของการป่วยเป็นลองโควิด ดังนั้น หากต้องการสร้างความรู้และความเข้าใจให้กับอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ ต้องอาศัยความร่วมมือด้านสาธารณสุขจากภาครัฐ เอกชน และประชาชน สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของบทความวิจัยความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจาก

การติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทง จังหวัดสุพรรณบุรี สถานบริการทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ในการควบคุมและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดี อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้อย่างครบถ้วนทุกประเด็น⁽¹³⁾

เครือข่ายอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติมีความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรค แต่ในทางปฏิบัติควรมีการสื่อสารที่ดำเนินการโดยภาษาของกลุ่มอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ จำกัดจำนวนผู้เข้ารับการอบรม มีการจัดสรรทรัพยากร และสถานที่ให้เพียงพอ รวมถึงการเปิดโอกาสให้มีการซักถามระหว่างการอบรม ดังนั้นการแนะนำหรือความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงควรเพิ่มเติมในสื่อต่าง ๆ ทั้งในสื่อโทรทัศน์ หรือ เฟสบุ๊ก (Facebook) ควรจัดทำเป็นภาษาพม่า และภาษาอื่น ๆ เช่น กัมพูชาด้วย เพื่อการเข้าถึงสื่อของแรงงานต่างด้าว ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและลดการแพร่ระบาดของโรค⁽¹⁴⁾

ปัญหา และอุปสรรคที่พบในการดำเนินการจัดอบรมความรู้อาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ

1. แรงงานข้ามชาติมีข้อจำกัดในเรื่องภาษาไทยที่ใช้ในการสื่อสาร เพื่อเก็บข้อมูลจึงจำเป็นต้องมีล่ามแปลภาษาในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์
2. หากมีการถาม - ตอบ ในระหว่างให้ความรู้ ถ้ามีรางวัลตอบแทน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะมีความกระตือรือร้นในการตอบคำถามมากยิ่งขึ้น
3. ในส่วนของอุปกรณ์ประกอบการสาธิตและฝึกปฏิบัติควรได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมที่เพียงพอ
4. สถานที่ในการจัดการอบรมในส่วนของห้องประชุมค่อนข้างมีพื้นที่จำกัด ทำให้มีเสียงรบกวนจากฐานกิจกรรมอื่นอื่น
5. ควรกำหนดจำนวนคนเข้าร่วมกิจกรรมอบรม เข้าแต่ละหัวข้อไม่ควรเกิน 10 คน เพื่อที่จะให้ได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาได้
6. มีอุปกรณ์ช่วยในการสื่อสาร ช่วยขยายเสียง เช่น ไมโครโฟนไร้สาย ลำโพงเคลื่อนที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขเข้ามา มีบทบาทในการเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนองค์ความรู้ การอบรมสื่อ คู่มือต่าง ๆ ด้านโรคและภัยสุขภาพ โดยเฉพาะการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ให้อาสาสมัครข้ามชาติ อย่างต่อเนื่อง
2. ควรพัฒนาช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงและให้ความรู้ระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับอาสาสมัครข้ามชาติ เพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย
3. ควรมีการทำระบบเฝ้าระวังตามกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เพื่อตรวจการติดเชื้อได้เร็วขึ้น ส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจ และรักษาให้รวดเร็ว ไม่กีดกัน การรักษาแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย
4. ผู้ประกอบการ อาจต้องช่วยหาอุปกรณ์ส่วนบุคคล ให้แก่ลูกจ้าง และการจัดสถานที่ไม่ให้แออัด ควรเน้น การเว้นระยะห่าง การใช้ช้อนและแก้วน้ำร่วมกัน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

จริยา ดำรงค์ศักดิ์, แสนสุข เจริญกุล, สุทัศน์ โชตนะพันธ์, วาสินี ชลิตราพงศ์. การประเมินความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):1-14.

Suggested citation for this article

Damrongsak C, Charoenkun S, Chottanapund S, Chalisarapong W. Knowledge assessment and practice toward disease surveillance, prevention and control of Coronavirus Disease 2019 among migrant health volunteers in Phuket Province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):1-14.

เอกสารอ้างอิง

1. ภักสิริ แอนิน. รายงานต่างด้าว: การบริหารและการจัดการในประเทศไทย. วารสารศิลปการจัดการ. 2561;2(2):117-32.
2. เชียงใหม่นิวส์ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: เชียงใหม่รายวัน; c2020. ทำไม?แรงงานต่างด้าว ถึงนิยมทำงานในไทย; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2565]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก <https://www.chiangmainews.co.th/politics/1408850/>
3. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือนกันยายน 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานพัฒนาระบบควบคุมการดำเนินงานของคนต่างด้าว; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/45cff11596ce65a843feed952d80ce33.pdf
4. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 รายสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-daily-dashboard/?dashboard=main>
5. สุพัตรา รุ่งรัตน์, ชูลีฟีกอร์ มาโซ, ยุทธนา กาเต็ม. ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากสถานการณ์โควิด 19 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองยะลา จังหวัดยะลา. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2565];6(2):160-74. เข้าถึงได้จาก <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/download/245848/169255/877385>
6. ทรงชัย ทองปาน. องค์ความรู้ว่าด้วยแรงงานข้ามชาติกับสุขภาพ : ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยว่าด้วยแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย. วารสารสุขศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2565];43(2):1-17. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/muhed/article/download/243958/166580/>

7. Huguet JW, Chamratrithirong A. Thailand Migration Report 2011. Bangkok: IOM Thailand; 2011.
8. Park DI. Development and validation of a knowledge, attitudes and practices questionnaire on covid-19 (Kap covid-19). Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 Jul 2 [cited 2023 Mar 5];18(14):1-10. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/14/7493>
9. Kauffman KS, Myers DH. The changing role of village health volunteers in northeast Thailand: an ethnographic field study. International Journal of Nursing Studies. 1997;34(4):249-55.
10. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการจัดหางาน; c2017. ข้อมูลสถิติการทำงานของคนต่างด้าว; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก <https://www.doe.go.th/prd/alien/statistic/param/site/152/cat/82/sub/0/pull/category/view/list-label>
11. สุทิน ชนะบุญ. สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยด้านสุขภาพเบื้องต้น. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2560.
12. เตือนใจ นุชเทียน, จริยา ดำรงค์ดี, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลสุขภาพกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://online.pubhtml5.com/gowjr/qioe/#p=1>
13. ญัฐวรณ คำแสน. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566];4(1):33-48. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/247955/168669>
14. สุพัตรา นิลศิริ, เขมกร เทียงทางธรรม, กมลทิพย์ อัสวรานันต์, พรหมพร จำปาทอง, สุขญา โตมา. การประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่เขตเมือง. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566];7(1):106-121. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/iudcJ/article/view/256537/174332>

ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ต่อระบบการบริหารจัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ โรค COVID-19 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี (MIDA Hospitel)

Opinion of healthcare workers on administrative system of
special COVID-19 cohort wards at Mida Hotel Ngamwongwan,
Nonthaburi province

ภัสราภรณ์ นาสา¹, วณิดา สังยาหย้า¹, แพรวนภา พันธุ์โสรี¹, เตือนใจ นุชเทียน²

¹สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา, ²กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Patsaraporn Nasa¹, Wanida Sangyay¹, Praewnapha Pansoree¹,
Tuenjai Nuchtean²

¹Institute of Preventive Medicine, ²Division of AIDS and STIs

Received 2022 Dec 19, Revised 2023 Feb 21, Accepted 2023 Feb 22

DOI: 10.14456/iudcj.2023.16

บทคัดย่อ

กรมควบคุมโรค ได้จัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน ขึ้น ภายใต้มาตรฐานและการกำกับของสถาบันบำราศนราดูร เพื่อแก้ปัญหาการบริหารจัดการเตียงของหน่วยงานภาครัฐรองรับผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่มีจำนวนมาก โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 3 พฤษภาคม - 30 กันยายน 2564 เป็นการสำรวจภาคตัดขวางแบบผสมผสาน (mixed method) ในบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 70 คน โดยสุ่มบุคลากรระดับปฏิบัติการตามจำนวนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (quota sampling) มาเก็บข้อมูล โดยแบบสอบถาม จำนวน 56 คน และใช้การเลือกอย่างเจาะจง (purposive sampling) มาสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 12 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารจำนวน 2 คน

ในบุคลากรระดับปฏิบัติการ อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:3 อายุเฉลี่ย 32.1 ปี ลักษณะการปฏิบัติงาน คือ รับลงทะเบียน (48.2%) ประสานรับ-ส่งผู้ป่วย (42.9%) ติดตามอาการผู้ป่วย (37.5%) ด้านความเสี่ยงต่อผู้ป่วยพบว่า สัมผัสอุปกรณ์ผู้ป่วย (41.1%) สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (21.4%) และไม่ได้สัมผัสผู้ป่วย (37.5%) ความคิดเห็นต่อระบบการบริหารจัดการทั้ง 4 ด้าน พบว่า ด้านวัสดุอุปกรณ์ บุคลากร งบประมาณ และการจัดการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.0, 3.9, 3.6 และ 3.5 ตามลำดับ (คะแนนเต็ม

5 คะแนน) โดยทุกด้านอยู่ในระดับมาก ในกลุ่มผู้บริหาร พบว่า มีงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์เพียงพอมีศักยภาพสูงสามารถรับผู้ป่วยได้มากกว่าที่เป็นอยู่มีการนำระบบ COHORT system มาใช้ติดตามผู้ป่วย ส่วนผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจและเป็นเกียรติที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน จุดแข็งของระบบ คือ บุคลากรทำงานเป็นทีม ส่งต่องานได้รวดเร็ว ทุกคนรู้บทบาทหน้าที่ที่ตนต้องทำ จุดอ่อนของระบบ คือ มีความยุ่งยากในการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก อุปสรรคในการดำเนินงาน คือ การสื่อสารกับคนไข้ต่างชาติ

จากผลการศึกษาที่พบว่าความคิดเห็นต่อระบบการบริหารจัดการทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก หากจะนำไปประยุกต์ใช้กับระบบอื่นในอนาคตควรพัฒนาระบบ COHORT system ให้เสถียร เตรียมคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน ฝึกซ้อมระบบการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งวางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจริง ประชุมเพื่อสะท้อนปัญหาและหาแนวทางแก้ไขโดยเปิดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการ ภาควิชาเครือข่าย และผู้ป่วยทุกเดือน และพัฒนาระบบทั้งหมดควรอยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์สามารถสร้างรายงานได้แบบทันที

คำสำคัญ: ความคิดเห็น, บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข, ระบบการบริหารจัดการ, โรคโควิด 19

Abstract

The Department of Disease Control established COVID-19 special cohort wards at Mida Ngamwongwan hotel under the standards and supervision of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. This establish was to solve the problem of patient administration and accommodate the increasing number of COVID-19 patients from 2021 May, 3 to 2021 September, 30. This study is a cross-sectional survey with mixed method. There were 70 healthcare workers (HCWs) involved by randomly selecting. Quota sampling was done for 56 HCWs in operational level and data was collected by questionnaire. Through purposive sampling to conduct in-depth interviews with 12 HCWs in operational level and 2 executives.

Participants in operational level, male to female ratio was 1:3, the mean age was 32.1 years. Types of jobs were registration (48.2%), coordination of admit and refer patients (42.9%) and monitoring symptom (37.5%). In terms of risk of contact with patients, 41.4% reported contacts with patients' equipment (41.1%), 21.4% directly contact the patients and 37.5% did not contact any patients. Opinions on the administrative system in all 4 components showed that material, personnel, budget and management had mean score of 4.0, 3.9, 3.6 and 3.5 respectively (from full score of 5), with all components at a high level. From the interview with executives, they perceived that budget, personnel, materials and medical supplies were sufficient. There was a high potential to accommodate

more patients. COHORT system was used to monitor patients. Most of HCWs were proud and honored to be part of this operation. The strength of the system was HCWs working as a team, working systematically. They were aware of the role they had to perform. On the other hand, the disadvantage was the difficulty in coordinating with external agencies. The problem in operation was communication with foreign patients.

From the results, it was found that the opinions on the administrative system in all 4 components were at a high level. If applied to other systems in the future, the COHORT system should be developed to be more stable, with guideline of operational standards prepared, as well as training patient care systems that include emergency operational plan for future events. Holding reflection meetings to finding solutions through discussion with stakeholders should be done every month. Apart from that, development of all systems into electronic form are essential to generate up-to-date reports.

Keyword: Opinion, Healthcare worker, Administrative system, COVID-19

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก โดยเริ่มต้นเกิดขึ้นที่ประเทศจีนเป็นครั้งแรก ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 จนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมากนั้น ข้อมูลล่าสุดจากเว็บไซต์ worldometer⁽¹⁾ ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อจำนวน 235,036,641 ราย ผู้เสียชีวิตจำนวน 4,809,580 ราย จากข้อมูลของ WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard⁽²⁾ รายงานจำนวนผู้ป่วยโควิด 19 ทั่วโลกในระหว่างวันที่ 5 เมษายน - 27 กันยายน 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 104,323,711 ราย และผู้เสียชีวิตจำนวน 1,835,926 ราย อัตราป่วยตายในช่วงเวลาดังกล่าวเท่ากับ 1.76% ข้อมูลในประเทศไทย จากกรมควบคุมโรค⁽³⁾ ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 มีจำนวน

ผู้ติดเชื้อจำนวน 1,574,612 ราย ผู้เสียชีวิตจำนวน 16,633 ราย (กระทรวงสาธารณสุข) โดยในช่วงเดือนเมษายน - ตุลาคม 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 1,883,161 ราย เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 19,111 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 1.01% จากการตรวจสอบสายพันธุ์พบว่า เป็นสายพันธุ์อังกฤษ ซึ่งแพร่ได้เร็วขึ้น 1.7 เท่า แต่ความรุนแรงไม่เพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ โดยศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด 19 (ศบค.)⁽⁵⁾ ได้รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในกรุงเทพมหานคร รายใหม่ และสะสม ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 30 กันยายน 2564 เท่ากัน 366,623 ราย ด้วยอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ ส่งผลให้จำนวนเตียงในโรงพยาบาลไม่เพียงพอและเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการรับดูแลรักษาผู้ป่วยกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีแนวคิดในการจัดเตรียมสถานที่สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่มีจำนวนมาก เรียกว่า “โรงพยาบาลสนาม” สำหรับผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ที่ไม่มีอาการ หรือ มีอาการเล็กน้อย

หรือดีขึ้นหลังจากการรักษาไว้ในโรงพยาบาลและ
มีอาการคงที่ เข้ารับบริการตามระบบการดูแล และ
เฝ้าสังเกตอาการในโรงพยาบาลสนาม และมีการ
ระบุถึงการจัดตั้ง “หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ” สำหรับ
รับดูแลผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นจากโรงพยาบาลเพื่อมา
รับการรักษา โดยใช้พื้นที่ของเอกชน ได้แก่ โรงแรม
โดยหอผู้ป่วยเฉพาะกิจนี้มีชื่ออีกอย่างหนึ่งว่า
“Hospitel”⁽⁶⁻⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับที่ กรมการแพทย์
รายงานสถานการณ์จำนวนเตียงในสถานพยาบาล
ภาครัฐ สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19) สีแดงมี จำนวนการครองเตียงอยู่ที่
409 ราย เหลือเตียงสำหรับการรองรับผู้ป่วย
โรคโควิด 19 สีแดงประมาณ 20 เตียง ซึ่งต้องเก็บ
ไว้สำหรับรองรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือต้อง
รับการผ่าตัดหรือการช่วยเหลือเร่งด่วน ขณะที่
ผู้ป่วยโรคโควิด 19 สีเหลืองมีจำนวนครองเตียงอยู่ที่
3,937 ราย และเหลือเตียงรองรับอีกประมาณ
300 ราย จากสถานการณ์ที่จำนวนเตียงเหลือน้อย
ในขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
ส่งผลให้การประสานงานผ่านระบบจัดหาเตียง 1668
มีความล่าช้า ทำให้สถานการณ์เตียงโรคโควิด 19
ในเขตกรุงเทพมหานครน่าเป็นห่วงอย่างมาก⁽⁹⁾
ดังนั้นกรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้
กระทรวงสาธารณสุข และในฐานะที่เป็นหน่วย
งานหลักในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค
จึงได้จัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19
(Hospitel) ภายใต้มาตรฐานและการกำกับของ
สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค เพื่อแก้ไข
ปัญหาการบริหารจัดการเตียงของหน่วยงานภาครัฐ
เพื่อรองรับผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่มีเป็นจำนวนมาก
โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 3 พฤษภาคม ถึงวันที่
30 กันยายน 2564

การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจเพื่อตอบ
สนองต่อภาวะภัยพิบัติจากการติดเชื้อ (COVID-19
pandemic) เกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น ภายใต้
ความร่วมมือกันหลายภาคส่วนซึ่งอาจไม่เคยได้
ปฏิบัติงานร่วมกันในภาวะปกติ ความคิดเห็นของ
บุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานในสถานการณ์
ดังกล่าวจะมีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อ
การพัฒนาการบริหารจัดการ และการกำหนด
แนวทางการดำเนินงานของหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ
ให้มีมาตรฐานต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลา
ที่การแพร่ระบาดยังไม่สิ้นสุดลง

คำถามงานวิจัย

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่
ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ ณ โรงแรมไมด้า
มีความคิดเห็นอย่างไรต่อการบริหารจัดการหอ
ผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมไมด้า
งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี (MIDA Hospitel)
โดยมุ่งความสนใจไปยังผู้ที่ผ่านการปฏิบัติงาน
ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมไมด้า
งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี (MIDA Hospitel)
ในวันที่ 3 พฤษภาคม ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากร
ทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อระบบการบริหาร
จัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 ณ โรงแรม
ไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี (MIDA Hospitel)
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และหาข้อ
เสนอแนะในการพัฒนาระบบจัดการจัดตั้งระบบ
หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 อื่น ๆ ในอนาคต

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตความสนใจในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี (MIDA Hospitel) ในช่วงระหว่างวันที่ 3 พฤษภาคม ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจ ชนิดวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Survey study, cross-sectional)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่สนใจได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ ณ โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี จำนวน 70 คน (ฝ่ายบริหาร 2 คน และฝ่ายปฏิบัติการ 68 คน) เพื่อสำรวจความคิดเห็นโดยตอบในแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อ และอีเมล ของประชากรที่สนใจจำนวน 70 ราย จากรายชื่อผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจฯ
2. ผู้วิจัยส่งอีเมล ซึ่งระบุรายละเอียดของงานวิจัย และข้อความขอคำยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยแนบลิงค์สำหรับทำแบบสอบถามไปกับอีเมล โดยผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้บันทึกอีเมล ไว้ในฐานข้อมูลผู้ปฏิบัติงาน จะได้รับการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านสื่อต่าง ๆ ภายในหน่วยงาน ได้แก่ โปสเตอร์หรือจดหมายแจ้งภายในหน่วยงาน

3. ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่สนใจโดยวิธีการเลือก และการสุ่มโดยกำหนดจำนวนล่วงหน้า ดังรายละเอียดในหัวข้อ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และติดต่อทางอีเมล เพื่อแจ้งข้อมูลการวิจัยและขออนุญาตการสัมภาษณ์หากได้รับความยินยอม

4. ข้อมูลจาก google form จะถูกบันทึกในรูปแบบ google sheet และข้อมูลการสัมภาษณ์ บันทึกในรูปแบบไฟล์เสียงและอัดโหลดลงในโทรศัพท์ที่มีการจำกัดผู้เข้าถึง โดยไฟล์เสียงในอุปกรณ์บันทึกเสียงจะถูกลบภายหลังจากที่ตรวจสอบว่าไฟล์ได้บันทึกลงในโทรศัพท์สำเร็จ

5. นำข้อมูลที่ได้จาก google sheet มาวิเคราะห์ด้วยวิธีเชิงปริมาณ โปรแกรม IBM SPSS Statistics 26.0

6. นำข้อมูลเสียงที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ด้วยวิธีเชิงคุณภาพ

7. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา⁽¹⁰⁾ แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อความเสียง (Content analysis)

ผลการศึกษา

จากจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 70 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 56 คน คิดเป็น 81.2% เป็นเพศชาย 21.4% เพศหญิง 78.6% อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1 : 3 อายุเฉลี่ย 32.1 ปี (SD= 8.01) อายุน้อยสุด 23 ปี และมากที่สุด 62 ปี โดยมีอายุระหว่าง 26 - 30 ปีมากที่สุด 51.8%

กลุ่มอายุ 31-35 ปี 21.4% สถานภาพสมรสโสดมากที่สุด 82.1% จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด 85.7% ส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข 37.5% พยาบาล 17.9% และแพทย์ 16.1% ปฏิบัติงานในทีมติดตามอาการ (Monitor) มากที่สุด 33.9% ทีม รับลงทะเบียน (Register) 26.8% ทีมพยาบาล 23.2% และทีมแพทย์ 16.1% ลักษณะการปฏิบัติงานคือ รับลงทะเบียนมากที่สุด 48.2% ประสานรับ-ส่งผู้ป่วย 42.9% ติดตามอาการผู้ป่วย 37.5% ส่วนความเสี่ยงในการสัมผัสผู้ป่วย คือ สัมผัสอุปกรณ์ผู้ป่วย 41.1% สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง 21.4% และไม่ได้สัมผัสผู้ป่วย 37.5%

ความคิดเห็นต่อระบบการบริหารจัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี จากการสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ต่อระบบการบริหารจัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี ทั้ง 4 ด้าน แล้วนำมาวิเคราะห์ พบว่าด้านวัสดุอุปกรณ์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านการจัดการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.0, 3.9, 3.6 และ 3.4 ตามลำดับ โดยทุกด้านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายละเอียดในแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้

ด้านการจัดการพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีความเหมาะสม และช่องทางการติดต่อสื่อสารมีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.1 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มีคู่มือหรือแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อระบบการบริหารจัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี ด้านการจัดการ (Management) (n=56)

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น		แปลผล
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	
1. มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน	3.3	0.9	ปานกลาง
2. มีคู่มือหรือแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน	3.0	1.0	ปานกลาง
3. มีการชี้แจงหรือฝึกอบรมก่อนเริ่มดำเนินการ	3.3	1.0	ปานกลาง
4. มีการวางแผนงานสำหรับปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า	3.1	1.0	ปานกลาง
5. มีความชัดเจนของขอบเขตงาน	3.3	0.9	ปานกลาง
6. ช่องทางในการติดต่อสื่อสารมีความเหมาะสม	4.1	0.8	มาก
7. สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีความเหมาะสม	4.1	0.9	มาก
8. ท่านมีความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการระบบในภาพรวม	3.4	0.8	มาก

ด้านบุคลากรในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก โดยข้อบัพทหน้าที่ที่ท่านได้รับผิดชอบ มีความเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.8 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน มีเพียงพอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.6 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อระบบ การบริหาร จัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมโมด้า จามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี ด้านบุคลากร (n=56)

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น		แปลผล
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	
1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีเพียงพอ	3.6	1.0	มาก
2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความรู้ความสามารถ ในด้านที่ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม	3.7	0.8	มาก
3. บทบาทหน้าที่ที่ท่านได้รับผิดชอบมีความเหมาะสม	3.8	0.8	มาก
4. ท่านมีความพึงพอใจด้านบุคลากรในภาพรวม	3.9	0.9	มาก

ด้านงบประมาณพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยช่องทางที่ได้รับค่าตอบแทนมีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.0 โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ระยะเวลาที่ได้รับค่าตอบแทนมีความรวดเร็ว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อระบบ การบริหาร จัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมโมด้า จามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี ด้านงบประมาณ (n=56)

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น		แปลผล
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	
1. งบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนมีเพียงพอ	3.8	0.8	มาก
2. ค่าตอบแทนที่ท่านได้รับมีความเหมาะสม	3.9	0.8	มาก
3. ระยะเวลาที่ได้รับค่าตอบแทนมีความรวดเร็ว	2.8	1.0	ปานกลาง
4. ช่องทางที่ได้รับค่าตอบแทนมีความเหมาะสม	4.0	0.9	มาก
5. ท่านมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนด้านงบประมาณในภาพรวม	3.6	0.9	มาก

ด้านวัสดุอุปกรณ์พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยข้อวัสดุอุปกรณ์สำนักงานมีเพียงพอมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.1 ส่วนข้ออื่นๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อการระบบการบริหาร จัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมโมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี ด้านวัสดุอุปกรณ์ (n=56)

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น		แปลผล
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	
1. อุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์มีเพียงพอ	4.0	0.9	มาก
2. อุปกรณ์ด้านคอมพิวเตอร์ (คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ โน้ตบุ๊ก) มีเพียงพอ	4.0	1.0	มาก
3. วัสดุอุปกรณ์สำนักงานมีเพียงพอ	4.1	0.9	มาก
4. ระบบสื่อสารของหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ	4.0	0.9	มาก
5. ท่านมีความพอใจในการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ในภาพรวม	4.0	0.8	มาก

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมโมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้บริหารมองว่าเป็นประสบการณ์การทำงานรูปแบบใหม่ ทั้งการบริหารคน เงิน อุปกรณ์เวชภัณฑ์ ต่าง ๆ ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย สนับสนุนเจ้าหน้าที่ หอผู้ป่วยเฉพาะกิจมีศักยภาพสูง เจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน และมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้งานใหม่ ๆ มีการนำระบบ COHORT system มาใช้ในการติดตามผู้ป่วย ส่วนด้านสถานที่ คือ โรงแรมที่ใช้ในการรับผู้ป่วยมีความเหมาะสมในการใช้งานเนื่องจากอยู่ใกล้สถาบันบำราศนราดูร สำหรับผู้ปฏิบัติงานมองว่าการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเฉพาะ

กิจเป็นประสบการณ์ใหม่ มีความท้าทาย รู้สึกภาคภูมิใจ ส่วนลักษณะของการทำงานเกี่ยวข้องกับ ทีม/แผนกใดนั้น พบว่าทั้ง ทีมแพทย์ ทีมพยาบาล ทีมติดตามอาการ และทีมรับลงทะเบียน มีการประสานงานร่วมกับทุกทีม นอกเหนือจากทั้ง 4 ทีมหลัก ยังมีการประสานงานกับทีมอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ ฝ่ายต้อนรับของโรงแรม แผนกห้องบัตร แผนกห้องจ่ายยา เจ้าหน้าที่ห้องรังสี และห้องฉุกเฉิน เป็นต้นที่มีความท้าทาย ทำให้ได้เรียนรู้ และเป็นการเพิ่มศักยภาพให้ตนเอง ด้านจุดแข็งของระบบ ทุกคนรู้บทบาทหน้าที่ที่ของตนเองได้รับมอบหมาย มีการวางโครงสร้างของระบบงานที่ดี มีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน จุดอ่อนของระบบส่วนใหญ่บอกว่ามีความยุ่งยากในการประสานงานกับหน่วยงาน

ภายนอก เช่น การประสานงานเพื่อขอรถมารับส่งผู้ป่วย บางทีมบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้ภาระงานที่เพิ่มขึ้น เช่น ทีมพยาบาล รวมถึงการบริการจัดการของโรงพยาบาล เช่น การควบคุมคุณภาพอาหาร การบริการ และการกำจัดขยะที่มีข้อจำกัดอยู่ ส่วนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ส่วนใหญ่เห็นว่าการสื่อสารภายในทีม ระหว่างทีม และกับหน่วยงานภายนอก รวมถึงการสื่อสารกับคนไข้ต่างชาติเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อระบบการจัดการจัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงพยาบาลมิดา งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี (MIDA Hospitel) โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการศึกษาเชิงสำรวจชนิดวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Survey study, cross-sectional) มีผู้ตอบแบบสำรวจจำนวน 56 คน คิดเป็น 81.2% บุคลากรที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด เนื่องจากลักษณะของงานมีความหลากหลาย และสามารถทำงานได้หลายส่วนทั้งในส่วนของทีมรับลงทะเบียน (Register) และทีมติดตามอาการ (Monitor) ยกเว้นเฉพาะทีมแพทย์และพยาบาลที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในส่วนของคุณลักษณะการปฏิบัติงาน 3 อันดับแรกคือ รับลงทะเบียนมากที่สุด รองลงมาคือประสานรับ-ส่งผู้ป่วย และติดตามอาการผู้ป่วย ส่วนความเสี่ยงในการสัมผัสผู้ป่วย คือ มีการสัมผัสอุปกรณ์ผู้ป่วย และไม่ได้สัมผัสผู้ป่วย มีเพียง 21.4% ที่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งจากข้อมูลพบว่าจะเป็นส่วนของทีมพยาบาลที่ต้องมีการคัดกรองอาการผู้ป่วย

สำหรับความคิดเห็นต่อระบบการบริหารจัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงพยาบาลมิดา งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี ทั้ง 4 ด้านนั้น พบว่าด้านวัสดุอุปกรณ์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านการจัดการ โดยทั้ง 4 ด้านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทั้งหมด ใกล้เคียงกับการศึกษาของนิธยร์ดีใจอาษา ที่ศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อกระบวนการบริหารจัดการในองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี ในภาพรวม ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก⁽¹¹⁾ เนื่องจากในการบริหารจัดการหอผู้ป่วยต้องใช้เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความจำเป็นเร่งด่วน ประกอบกับงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนมีค่อนข้างเพียงพอ เมื่อจำแนกรายประเด็นในด้านการจัดการซื้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มีการวางแผนงานสำหรับปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า ทั้งนี้ เนื่องจากต้องมีการปรับเปลี่ยนงานอยู่ตลอดเวลาประกอบกับความเร่งด่วนในการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ อีกทั้งยังเป็นโรคใหม่และระบบใหม่ที่ยังไม่เคยมีการดำเนินการมาก่อน ทำให้ยังไม่มีคู่มือหรือแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจนมากนัก ผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้ทันต่อสถานการณ์อยู่ตลอดเวลาเพื่อให้มีความพร้อมกับจำนวนผู้ป่วยที่มีเป็นจำนวนมากในช่วงเวลาดังกล่าว ด้านบุคลากร ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีเพียงพอ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีเป็นจำนวนมาก จึงทำให้เจ้าหน้าที่ในบางทีมไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เช่น ฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น สำหรับด้านงบประมาณ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ระยะเวลาที่ได้รับคำตอบมีความรวดเร็ว ซึ่งจากการดำเนินการด้านการเบิกจ่ายคำตอบแทนทั้งคำตอบแทนจางเหมาะบริการรายเดือน ค่าเสี่ยงภัย

ที่ตอบแทนบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรคโควิด 19 และค่าเวร พบว่าเจ้าหน้าที่ได้รับคำตอบแทนดังกล่าวล่าช้ากว่ากำหนด เนื่องจากขั้นตอนการเบิกจ่ายและใช้แหล่งงบประมาณจากหลายที่ บางครั้งทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความสับสนในการจัดทำเอกสารและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มาจากหลากหลายหน่วยงานต้องใช้เวลาในการรวบรวมลายมือชื่อให้ครบถ้วนทุกคน ประกอบกับเอกสารต่าง ๆ ต้องใช้ความละเอียดรอบคอบส่งผลให้การดำเนินงานด้านการเงินล่าช้าไปด้วย ด้านวัสดุอุปกรณ์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ อุปกรณ์ด้านคอมพิวเตอร์ (คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ โน้ตบุ๊ก) มีเพียงพอในช่วงแรกของการดำเนินการนั้นอุปกรณ์สำนักงานยังมีไม่เพียงพอ ต้องยืมอุปกรณ์ดังกล่าวจากหน่วยงานที่เป็นผู้ดูแลมาใช้ก่อน เนื่องจากมีการจัดตั้งศูนย์ขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างไม่ทัน แต่ในช่วงหลังการดำเนินการพบว่าอุปกรณ์ต่าง ๆ เหล่านี้มีความเพียงพอต่อการใช้งานมากขึ้นสำหรับข้อมูลด้านการสัมภาษณ์ผู้บริหารให้ความเห็นว่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ มีงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์เพียงพอ มีศักยภาพสูงสามารถรับผู้ป่วยได้มากกว่าที่เป็นอยู่ ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในส่วนงานต่าง ๆ ผู้บริหารมองว่าเจ้าหน้าที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน กระตือรือร้นที่จะเรียนรู้งานใหม่ ผู้บริหารยังให้การชื่นชมเกี่ยวกับการดำเนินการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจฯ ว่าเป็นประสบการณ์การทำงานรูปแบบใหม่ ทั้งการบริหารงบประมาณ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย รวมถึงการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้ในหลายภาคส่วนอย่างมีประสิทธิภาพ ในกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจและเป็นเกียรติ

ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน โดยในแต่ละทีมสามารถที่จะบริหารจัดการภายในทีมของตนเองได้ จุดแข็งของระบบ คือ บุคลากรทำงานเป็นทีม ส่งต่องานได้รวดเร็ว ทุกคนรู้หน้าที่ที่ตนต้องทำ จุดอ่อนของระบบ คือ มีความยุ่งยากในการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก อุปสรรคในการดำเนินงาน คือ การสื่อสารกับคนไข้ต่างชาติ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. เจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นบุคลากรจากหลายหน่วยงาน แม้จะอยู่ในสังกัดกรมควบคุมโรคเหมือนกัน และมีบางส่วนที่เป็นเจ้าหน้าที่จ้างเหมาบริการภายนอกเพื่อมาปฏิบัติงาน ทำให้บางครั้งการประสานงานระหว่างฝ่ายอาจเกิดความล่าช้าไปบ้าง

2. ในช่วงแรกที่เริ่มดำเนินการ พบว่า มีปัญหาด้านการจัดการขยะติดเชื้อ เช่น ถังขยะไม่เพียงพอต่อความต้องการ รถขยะไม่มาเก็บขยะตามเวลาที่กำหนด รวมถึงจุดที่จัดไว้สำหรับล้างทำความสะอาดรถพยาบาลที่รับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 มาส่งที่ MIDA Hospital ทำให้ชาวบ้านที่พักอยู่บริเวณใกล้เคียงไม่ไว้วางใจในการจัดการ ซึ่งการแก้ปัญหาในเบื้องต้น คือ ปรับสถานที่ทำความสะอาดรถพยาบาลเป็นบริเวณหน้าโรงแรมแทน

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในครั้งนี้

1. ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายให้มีความชัดเจน โดยจัดทำเป็นคู่มือการดำเนินงานให้กับบุคลากรได้ศึกษา

2. ควรมีการประชุมหรือซักซ้อมกันภายในทีมและระหว่างทีมอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานและหาแนวทางแก้ไขกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินให้สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น

3. ควรมีการประเมินสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน เช่น ประเมินภาวะทางสุขภาพและความเครียดในการดำเนินงาน เป็นต้น

4. หากเป็นไปได้ MIDA Hospitel ควร มีรถ Ambulance ประจำ ไว้รับ-ส่งผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาพบว่าความคิดเห็นต่อระบบการบริหารจัดการทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก หากจะนำไปประยุกต์ใช้กับระบบอื่นในอนาคต ควรพัฒนาระบบ COHORT system ให้เสถียร จัดเตรียมคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน ฝึกซ้อมระบบการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งวางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจริง ประชุมเพื่อสะท้อนปัญหาและหาแนวทางแก้ไขโดยเปิดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการ ภาควิชาเครือข่าย และผู้ป่วยทุกเดือน และพัฒนาระบบทั้งหมดควรอยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์สามารถสร้างรายงานได้แบบทันที

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ภัสราภรณ์ นาสา, วนิตา สังยาหยา, แพรวนภา พันธุ์โสรี, เตือนใจ นุชเทียน. ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อระบบการบริหารจัดการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโรค COVID-19 โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี (MIDA Hospitel). วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):15-27.

Suggested citation for this article

Nasa P, Sangyay W, Pansoree P, Nuchtean T. Opinion of healthcare workers on administrative system of special COVID-19 cohort wards at Mida Hotel Ngamwongwan, Nonthaburi province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):15-27.

เอกสารอ้างอิง

1. Worldometer [Internet]. Delaware: Worldometers; c2021. COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC; 2021 [cited 2021 Sep 30]; [about 1 screen]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
2. World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2021. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard; 2021 [cited 2023 Feb 6]; [about 2 screen]. Available from: <https://covid19.who.int/>
3. กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; c2021. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): สถานการณ์ในประเทศไทย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]; [ประมาณ 1 น]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
4. พันธนิย์ ธิติชัย, กันทิลลา ทวีวิทยาการ. รายงานผลการทบทวนสถานการณ์โรคโควิด 19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลกและในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองระบาดและกองโรคไม่ติดต่อ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf>
5. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด 19 (ศบค.) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด 19; c2021. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19); 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2566]; [ประมาณ 1 น]. เข้าถึงได้จาก https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/300964.pdf
6. กรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; c2021. แนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (กรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวงกว้าง); 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2564]; [ประมาณ 9 น]. เข้าถึงได้จาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640111082302AM_Field%20Hospital%20GL_V_5_08012021.pdf
7. กรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; c2021. หลักเกณฑ์ แนวทางการเปลี่ยนโรงแรมเป็นโรงพยาบาลสนาม (HospitalHotel); 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2564]; [ประมาณ 2 น] เข้าถึงได้จาก <https://shorturl.asia/VT8Im>
8. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์; c2021. แนวทางการดำเนินการห่อผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) สำหรับผู้ป่วย COVID-19 มีอาการไม่รุนแรงไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วมสำคัญที่ควบคุมได้; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?-contentId=138

9. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน; c2021. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2566]; [ประมาณ 4 น]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no536-220664.pdf>
10. สุทิน ชนะบุญ. บทที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2560. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.kkpho.go.th/i2021/index.php/component/attachments/download/1931>
11. นิตยรัตน์ ใจอาษา. ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อกระบวนการบริหารจัดการในองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี [ปริญญานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.

พฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน ในช่วงวิกฤตการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่ตำบลผาช้างน้อย อำเภอปง จังหวัดพะเยา

Household Infection waste management behavior of people
during COVID-19 Pandemic in Pha-Chang-Noi subdistrict,
Pong district, Phayao province

พิมพ์ใจ กำรศิริเมธา, สามารถ ใจเตี้ย

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Pimjai Kamthonsirimetha, Samart Jaitae

Chiang Mai Rajabhat University

Received 2022 Dec 25, Revised 2023 Feb 22, Accepted 2023 Feb 23

DOI: 10.14456/iudcj.2023.17

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนในช่วงวิกฤตการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนจำนวน 216 ครัวเรือน และผู้มีส่วนได้เสียในการจัดการขยะติดเชื้อ จำนวน 11 คน ในพื้นที่ตำบลผาช้างน้อย อำเภอปง จังหวัดพะเยา มีระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2565 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมรวบรวม การคัดแยก และการกำจัดขยะติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.03\pm0.27$) โดยประสบการณ์เข้าร่วมอบรมการจัดการขยะติดเชื้อในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อของประชาชนในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.160, p<0.01$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมกำจัดขยะติดเชื้อ, ครัวเรือน, การระบาดโควิด 19

Abstract

The objectives of this research were 1) to study household infectious waste management behavior and 2) to study factors affecting household infectious waste management behavior during the outbreak of the Coronavirus 2019 (COVID-19) crisis. The sample consisted of 216 households and 11 stakeholders of infectious waste management in Pha Chang Noi Subdistrict, Pong District, Phayao Province. The study period was from October 2021 to December 2022. Data collection using questionnaires and focus group representative Data were analyzed by descriptive statistics, correlation analysis and content analysis. The study found that people's behavior of collecting, sorting and disposing of infectious waste was at a moderate level ($\bar{X}=2.03\pm0.27$) by participating in the infectious waste management training in the past 6 months. There was a statistically significant positive correlation with the household infectious waste management behavior ($r=0.160$, $p<0.01$). There are guidelines for managing infectious waste in households and communities by 1) infectious waste separation for each household, 2) relevant agencies support infectious waste bins, and 3) having appropriate infectious waste disposal sites.

Key words: infectious waste disposal behavior, household, the COVID-19 pandemic

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ขยะติดเชื้อในครัวเรือนเพิ่มขึ้น จากรายงานในประเทศออสเตรเลีย พบว่าขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในภาวะการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่เป็นวัสดุทางการแพทย์ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าตั้งแต่การระบาดของโรคมีขยะติดเชื้อเหล่านี้เกิดขึ้นทั่วโลกประมาณ 2.6 ล้านตันต่อวัน⁽¹⁾ เช่นเดียวกับในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนที่มีรายงานว่า ช่วงเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม ปี 2021 มีขยะติดเชื้อถึง 69.1 ตัน⁽²⁾ และด้วยวิธีการกำจัดที่ไม่เหมือนกับการกำจัดขยะจากครัวเรือนทั่วไป จากกรณีที่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการไม่รุนแรง และรักษาตัวเองอยู่ที่บ้าน ดังนั้น

สมาชิกในบ้านอาจไม่ทราบว่าขยะที่เกิดขึ้นสามารถปนเปื้อนเชื้อโรคได้ นับว่าเป็นขยะติดเชื้อประเภทหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถนำไปรีไซเคิลเหมือนขยะพลาสติกทั่วไป หรือไม่สามารถนำไปฝังกลบเหมือนกับขยะมูลฝอยชุมชนได้ ปรากฏการณ์นี้นำไปสู่ความเสี่ยงในกลุ่มพนักงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽³⁾ ในประเทศไทย เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 มีปริมาณขยะติดเชื้อ 40,228.65 ตัน หรือประมาณ 191.57 ตันต่อวัน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ที่มีปริมาณขยะติดเชื้อร้อยละ 53.15⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังมีขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยใช้แล้ว จากสถานที่รักษาผู้ป่วยโควิด 19 และผู้กักตัว ได้แก่ สถานที่กักตัวของรัฐ โรงแรม

ทางเลือกสำหรับผู้กักตัว โรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาล โรงแรม หน่วยบริการตรวจเชิงรุก ศูนย์บริการฉีดยาวัคซีน และสถานที่สำหรับผู้กักตัว ในอาคารพักอาศัยประเภทต่างๆ เช่น หอพัก อพาร์ทเมนต์ คอนโดมิเนียม และบ้านพักอาศัย ในพื้นที่กรุงเทพฯ เฉลี่ย 39.48 ตันต่อวัน โดยในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 มีปริมาณขยะติดเชื้อทั้งหมด เฉลี่ย 82.75 ตันต่อวันแบ่งเป็นขยะติดเชื้อทั่วไป เฉลี่ย 58.15 ตันต่อวัน และขยะติดเชื้อโควิด 19 เฉลี่ย 24.60 ตันต่อวัน⁽⁵⁾ สอดคล้องกับรายงาน การศึกษาในพื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑลที่พบว่า มี ปริมาณขยะหน้ากากอนามัยและขยะรีไซเคิล เพิ่มขึ้นในขณะที่ขยะอาหารมีปริมาณเท่าเดิมกับ ช่วงเวลาปกติ ทั้งนี้รูปแบบการจัดการขยะเหล่านี้ ส่วนใหญ่ คือ การทิ้งร่วมกับขยะมูลฝอยทั่วไปของ คราวเรือน⁽⁶⁾

จังหวัดพะเยามียอดผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 สะสมทั้งหมด 2,650 ราย จากผลการ สืบรวจล่าสุด วันที่ 5 ธันวาคม 2564 และตำบลผา ข้างน้อย อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา ในเดือนกันยายน 2564⁽⁷⁾ มีปริมาณหน้ากากอนามัยหลังการใช้งาน แล้วมีความเสี่ยงในการเป็นขยะติดเชื้อหากผู้ใช้ป่วย เป็นโรคติดเชื้อดังกล่าว และเป็นภาระให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ ดำเนินการจัดการ งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศไทยไม่มีการคัดแยก ประเภทขยะก่อนทิ้งเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ในการคัดแยกขยะอย่างถูกวิธี และยังไม่เห็นความสำคัญ ของการคัดแยกขยะ⁽⁸⁾ ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ให้ มีการสร้างจิตสำนึกและความตระหนัก โดยให้ ทราบปัญหาและค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะติดเชื้อ ในลักษณะของการจัดอบรม การรณรงค์ให้ความรู้

แก่บุคลากรผู้ป่วยและญาติ ให้มีส่วนร่วมในการ คัดแยกขยะติดเชื้อ⁽⁹⁾ และยังพบว่า คราวเรือน ไม่สามารถจัดการกับขยะหน้ากากอนามัย ได้อย่าง ถูกต้องและเหมาะสมในช่วงการแพร่ระบาดมาก ที่สุด คือ การไม่มีถังขยะสีแดงและจุดทิ้งขยะ ติดเชื้อโดยเฉพาะในชุมชน รองลงมา คือ หน่วยงาน จัดเก็บขยะในพื้นที่ไม่มีระบบการจัดเก็บขยะติดเชื้อ รวมถึงประชาชนมีความรู้ในการจัดการขยะอยู่ใน ระดับปานกลาง เช่น ชุมชนบ้านตลาด เขตจังหวัด กาญจนบุรี⁽⁶⁾ แต่อย่างไรก็ตามประชาชนส่วนใหญ่ ยังต้องการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะอย่าง ถูกวิธี และเสนอให้มีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความ รู้เกี่ยวกับการจัดการอย่างถูกวิธี⁽¹⁰⁾ จากสถานการณ์ และผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นการศึกษานี้จะนำ ไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหามารจัดการขยะติดเชื้อ ที่เหมาะสมในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะ ติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน ในช่วงวิกฤต การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 2019 (COVID-19)
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของ ประชาชน

สมมติฐานการวิจัย

ประชาชนที่มีเพศ อายุ รายได้ จำนวน สมาชิกในครัวเรือน และประสบการณ์เข้ารับ การอบรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัว เรือนแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ด้านนโยบาย ใช้เป็นข้อมูลให้กับกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่นและภาคประชาชนได้รับข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาพฤติกรรม การจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพได้อีกด้วย

2. ด้านการปฏิบัติ ประชาชนในพื้นที่ตำบลผาช้างน้อย อำเภอปง จังหวัดพะเยา ได้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย รวมถึงได้ข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบการจัดการขยะในครัวเรือนสู่การเป็นชุมชนจัดการขยะติดเชื้อต้นแบบ

3. ด้านชุมชน ประชาชนในพื้นที่ศึกษามองเห็นปัญหาที่แท้จริงร่วมกัน อันนำไปสู่การพัฒนา เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในครัวเรือนให้ประชาชนเกิดความตระหนักต่อการจัดการขยะติดเชื้อ และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาแบบปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาที่คณะผู้วิจัยใช้เป็น การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยได้กำหนดแนวทางการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ประชากรเป็นประชาชนในพื้นที่ตำบลผาช้างน้อย อำเภอปง จังหวัดพะเยา จำนวน 1,371 ครัวเรือน ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณ⁽¹¹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 261 ครัวเรือน การคัดเลือก

ครัวเรือนแต่ละหมู่บ้าน มาศึกษาผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มจับฉลากแบบไม่แทนที่ตามสัดส่วนของจำนวนประชากรแต่ละหมู่บ้าน คณะผู้วิจัยเลือกหัวหน้าครัวเรือนเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยถ้าไม่พบผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้ง และถ้าไม่พบเป็นครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้เปลี่ยนเป็นหลังคาเรือนถัดไป

ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2565

กลุ่มตัวอย่างการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย นักวิจัยจะป้อนคำถามให้แก่ที่ประชุมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้เชิญมา เพื่อให้ที่ประชุมได้ร่วมกัน ให้ข้อมูล ข้อคิดเห็นและร่วมกันอภิปรายในประเด็นสำคัญ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนในช่วงวิกฤตการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างนี้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนทั้งการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยตัวแทนชุมชนจำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน และหัวหน้าครัวเรือน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ การคัดแยกขยะติดเชื้อ การกำจัดขยะติดเชื้อขั้นสุดท้าย โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบของ Likert Scale ประกอบด้วย การเก็บรวบรวม

ขยะติดเชื้อ การคัดแยกขยะติดเชื้อ และการกำจัดขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน แบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน⁽¹²⁾ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1.00 - 3.00 คะแนน ส่วนการแปลผลเป็น 3 ระดับ น้อย ปานกลาง มาก โดยค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึงประชาชนมีพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง ประชาชนมีพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง ประชาชนมีพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนระดับมาก โดยมีวิธีกำหนดคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ความกว้างของอันตรภาคชั้น $= (3 - 1)/3 = 0.66$ ทั้งนี้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนในครัวเรือนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ครัวเรือน เพื่อทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) โดยการศึกษาครั้งนี้เครื่องมือมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังมีข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยปัญหา อุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน รวมถึงข้อเสนอแนะในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชน วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. ข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย
3. ข้อมูลการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของประชาชน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.10 มีอายุเฉลี่ย 38.48 ± 14.15 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.10 ระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ยเท่ากับ 31.45 ± 15.41 ปี มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ $5,133.00 \pm 12,794.81$ บาท ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 ± 1.54 คน และมีประสบการณ์การเข้ารับการอบรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 0.82 ± 0.95 ครั้ง

ประเภทขยะติดเชื้อในครัวเรือนเป็นหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ร้อยละ 96.20 โดยมีจำนวนหน้ากากอนามัยที่ซื้อต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 88.70 ± 72.78 ชิ้นต่อเดือน

2. ชนิดและปริมาณขยะติดเชื้อ

ตารางที่ 1 ชนิดและปริมาณขยะติดเชื้อ

ลักษณะทั่วไปในครัวเรือน	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทขยะติดเชื้อในครัวเรือน		
หน้ากากอนามัย	251	96.20
ชุดตรวจโควิด 19 แบบเร็ว (ATK)	207	79.30
ถุงมือยาง	79	30.40
กระดาษทิชชู	145	55.60
แผ่นป้องกันใบหน้า (Face Shield)	36	13.80
ผ้าพันแผล	44	16.90
*สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
ปริมาณขยะติดเชื้อในครัวเรือนในการเก็บรวบรวม 1 ครั้ง/สัปดาห์ (กิโลกรัม)		
ปริมาณขยะติดเชื้อสูงสุด 20 กิโลกรัม/สัปดาห์ เฉลี่ยเท่ากับ 3.28 ± 3.96 กิโลกรัม		

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า ประเภทขยะติดเชื้อในครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นหน้ากากอนามัย ร้อยละ 96.20 รองลงมา คือชุดตรวจโควิด 19 แบบเร็ว (ATK) ร้อยละ 79.30 และกระดาษทิชชู ร้อยละ 55.60 ตามลำดับ และปริมาณขยะติดเชื้อในครัวเรือนในการเก็บรวบรวม 1 ครั้ง/สัปดาห์ พบว่า ในครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณขยะติดเชื้อสูงสุด 20 กิโลกรัม/สัปดาห์ เฉลี่ยเท่ากับ 3.28 ± 3.96 กิโลกรัม

3. พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน

การจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
การรวบรวม	2.15	0.47	ปานกลาง
การคัดแยก	2.02	0.32	ปานกลาง
การกำจัด **ใช้วิธีกำจัดโดยการเผา	1.94	0.27	ปานกลาง
รวมเฉลี่ย	1.39	0.35	น้อย

4. การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย และพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ คือ ประสิทธิภาพการเข้ารับการอบรมการจัดการขยะติดเชื้อใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน (การรวบรวม การคัดแยก การกำจัด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก และมีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($r=0.160$, $p<0.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-Value
อายุ	0.017	น้อย	0.79
ระยะเวลาการอาศัยในชุมชน	0.090	น้อย	0.15
รายได้ต่อเดือน	0.028	น้อย	0.67
ประสิทธิภาพเข้าร่วมอบรมการจัดการขยะติดเชื้อในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	0.160*	น้อย	0.01

การสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนของประชาชน พบว่า

ประเด็นที่ 1 ปัญหาในการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน ไม่มีหน่วยงาน เทศบาล หรือ อบต. รับกำจัดขยะติดเชื้อ ในครัวเรือนไม่มีการคัดแยกขยะติดเชื้อออกจากถังขยะรวมของบ้าน ทำให้ขยะปะปนรวมกับขยะมูลฝอยทั่วไปแล้วนำไปทิ้งในชุมชนเพื่อทำการเผาทิ้ง

ประเด็นที่ 2 ข้อเสนอแนะในการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน ควรมีพื้นที่สำหรับทิ้งหรือกำจัดขยะติดเชื้อโดยเฉพาะในชุมชน อยากให้หน่วยงานเข้ามาช่วยเหลือโดยการให้ความรู้และจัดพื้นที่สำหรับแยกขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย ขยะรีไซเคิล ให้แก่ประชาชน

ประเด็นที่ 3 ควรส่งเสริมให้มีถังขยะสำหรับขยะติดเชื้อ และถุงขยะสีแดงเพื่อแยกขยะติดเชื้อ นอกจากนี้ยังอยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในตำบลผาช้างน้อย ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลผาช้างน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่า หรือหน่วยงานอื่น ๆ ในจังหวัดพะเยาเข้ามาดูแลและรับขยะติดเชื้อในครัวเรือนไปกำจัดอย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตามด้วยวิธีการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชนที่รูปแบบยังคงพึ่งพาและอาศัยอยู่เป็นครัวเรือนขนาดใหญ่ทำให้เมื่อเกิดการติดเชื้อของสมาชิกในครัวเรือนการควบคุมการแพร่ระบาดจะทำได้ยาก รวมถึงก่อให้เกิดปริมาณขยะติดเชื้อที่ปนกับขยะทั่วไปเพิ่มมากขึ้น

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน พบว่า พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อด้านการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ ด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อ และด้านการกำจัดขยะติดเชื้อในครัวเรือน อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้ขยะติดเชื้อในประชาชนยังมีความเข้าใจว่าการจัดเก็บขยะติดเชื้อใช้หลักการเดียวกับการจัดการขยะทั่วไป หรือนำมาเทรวมกันแล้วนำไปกำจัดโดยการเผาซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อคือ การรับรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับขยะติดเชื้อก่อให้เกิดความแตกต่าง ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อและการรับรู้ ภาวะสุขภาพมีผลให้เกิดความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹³⁾

ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนพบว่า ประสิทธิภาพการเข้ารับการอบรมการจัดการขยะติดเชื้อ ใน 66 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากประชาชนได้รับความรู้เรื่องการจัดการขยะติดเชื้อในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แพร่กระจายอย่างหนัก ทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดพะเยาเข้ามาให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนเชิงรุก ทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติได้ในช่วงการระบาดของโรค สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อ ได้แก่ การจัดการ

ขยะติดเชื้อ การรับทราบปัญหา เกี่ยวกับขยะติดเชื้อ การได้รับการอบรมการจัดการขยะติดเชื้อ และความคิดเห็นเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับยุทธศาสตร์การจัดการขยะติดเชื้อในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสนอแนะให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้ออย่างเคร่งครัด และให้มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. องค์การบริหารส่วนตำบลผาช้างน้อย นำปัญหาและข้อเสนอแนะไปพิจารณาเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยการสนับสนุนแหล่งกำจัดขยะติดเชื้อในชุมชนให้ครอบคลุม และส่งเสริมให้ประชาชนคัดแยกขยะติดเชื้อในครัวเรือน เพื่อให้เกิดสุขลักษณะและสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน ชุมชนที่ปลอดภัย

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน มาพัฒนารูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อ รวมถึงนำผลการศึกษารั้งนี้ไปส่งเสริมทักษะและความรู้ โดยอาจจะจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนในชุมชน นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรศึกษาระบบการจัดการขยะติดเชื้อของจังหวัดพะเยา หรือจังหวัดใกล้เคียง เช่น ศึกษาวิธีการจัดการขยะในกรณีที่ไม่มีหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนเข้ามาช่วยเหลือ วิธีการดำเนินงานของเทศบาลพะเยา เป็นต้น
2. ควรขยายพื้นที่ในการศึกษาให้ครอบคลุมชุมชนทั้งหมดในจังหวัดพะเยา เนื่องจากจังหวัดพะเยามีพื้นที่และหน่วยงานที่รับผิดชอบแตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้ระบบการจัดการขยะติดเชื้อของจังหวัดพะเยามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

พิมพ์ใจ กำธรศิริเมธา, สามารถ ใจเตี้ย. พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชนในช่วงวิกฤตการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่ตำบลผาซางน้อย อำเภอปง จังหวัดพะเยา. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):28-37.

Suggested citation for this article

Kamthonsirimetha P, Jaitae S. Household Infection waste management behavior of people during COVID-19 Pandemic in Pha-Chang-Noi subdistrict, Pong district, Phayao province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):28-37.

เอกสารอ้างอิง

1. Andeobu L, Wibowo S, Grandhi S. Medical Waste from COVID-19 Pandemic-A Systematic Review of Management and Environmental Impacts in Australia. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(3):1-25.
2. Chen C, Chen J, Fang R, Ye F, Yang Z, Wang Z, et al. What medical waste management system may cope with COVID-19 pandemic: Lessons from Wuhan. Resources, Conservation & Recycling. 2021;170:1-9.
3. มนูญญา ภูแก้ว [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท]: สำนักกฎหมาย; c2020. ปัญหามูลฝอยติดเชื้อจากโรคระบาดโควิด - 19; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2564]; [ประมาณ 14 น.]. เข้าถึงได้จาก https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=2599
4. กรมควบคุมมลพิษ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; c2022. คพ. เผยปี 2564 ขยะมูลฝอยลดลง ขยะติดเชื้อและขยะอันตรายเพิ่มขึ้น แนะนำการจัดการอย่างถูกวิธี; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2565]; [ประมาณ 2 น.]. เข้าถึงได้จาก https://www.pcd.go.th/pcd_news/20802

5. ไทยรัฐออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ไทยรัฐ; C2021. ขยะโควิด 19 วันละ 17 ตัน กรุงเทพมหานคร ส่งเผาที่โรงขยะอ่อนนุช, หนองแขม; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤศจิกายน 2564]; [ประมาณ 1 น.] เข้าถึงได้จาก <https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/2132521>
6. ภัทรานิษฐ์ ศรีจันทร์พานธุ์, อำพรณ ไชยบุญชู. การศึกษาปริมาณขยะในครัวเรือนช่วงการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทยมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2564]; 41(2):1-17. เข้าถึงได้จาก https://utcc2.utcc.ac.th/utccjournal/412/1_17.pdf
7. ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. พะเยา: สำนักงาน; c2021. COVID-19 CENTER PHAYAO PROVINCE; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2564]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก <http://www.phayao.go.th/covid/>
8. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ไวไวซอฟต์แวร์; c2020. ปัญหาขยะหน้ากากอนามัย; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2564]; [ประมาณ 3 น.]. เข้าถึงได้จาก <https://tdri.or.th/2020/04/covid-19/>
9. ธงชัย มั่นคง. พฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา จังหวัดเชียงใหม่. 2559;13(1):37-50.
10. สวรรยา ธรรมอภิพล, กรวรรณ ม่วงลับ, นงลักษณ์ สืบนาค. ความรู้ในการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ในครัวเรือนของชุมชนบ้านตลาดเขต จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ). 2560;10(3):1630-42.
11. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. 9 Th Ed, Isv. India: Wiley India; 2009.
12. Anderson LW. Likert Scales, Education Research Methodology and Measurement: An International Handbook. Victoria. Pergamon; 1988.
13. ปราสาท รุจิรัตน์. ปัจจัยพฤติกรรมการจัดการของเสียติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาลวังน้ำเขียว. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2564]; 5(2):35-52. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247529/168146>
14. Das AK, Islam MN, Billah MM, Sarker A. COVID-19 pandemic and healthcare solid waste management strategy - A mini-review. Science of the Total Environment. 2021;778:1-8.

การบริหารจัดการความเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากร โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**Burnout management of Bang Bua Thong 2 Hospital personnels
during the Coronavirus epidemic situation**

กวิทย์ ชูมัน

โรงพยาบาลบางกรวย

Kavit Zueman

Bangkruai Hospital

Received 2022 Dec 29, Revised 2023 Jan 25, Accepted 2023 Feb 2

DOI: 10.14456/iudcj.2023.15

บทคัดย่อ

จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ปรับการให้บริการเพื่อการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงานสร้างความเครียดสะสมที่ก่อให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน โดยการศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศึกษาในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่มย่อย ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จำนวน 89 คน เป็นเพศหญิง 68 คน (ร้อยละ 76.4) และชาย 21 คน (ร้อยละ 23.6) เวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 62.5 ชั่วโมง/สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอร้อยละ 55 และร้อยละ 55 เคยมีความคิดที่จะลาออกจากงานโดยมีสาเหตุมาจากภาระงานที่มากเกินไปและความขัดแย้งในการทำงานร้อยละ 23 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเหนื่อยล้าจากงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 52.8 ด้านการลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 39.3 และมีการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำร้อยละ 68.5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากงานในช่วงสถานการณ์ระบาดของ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ความเครียดในการนอนหลับ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และความคิดล้าจากการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ควรจัดสรรจำนวนบุคลากรให้มีความเหมาะสมต่อภาระงาน โดยพิจารณาถึงความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล และจัดสรรเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ช่วยลดภาระในการทำงาน ให้มีความเพียงพอ

คำสำคัญ: ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน, โรงพยาบาลบางบัวทอง 2, สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

Working is one of the most time spending activities especially in public health personnel. They usually spend one-third of time in their life at work. If they worked in satisfied jobs, they would work happily and efficiently. However, the 2019 coronavirus epidemic affected most of their jobs. They worked under pressure during 2020 to 2022. According to 2019 coronavirus epidemic situation, Bang Bua Thong 2 hospital was changed into field hospital and cohort ward for 5 times. Burnout in personnel occurred due to concern about safety of their health and their family, chronic workload, insufficiency in personal protective equipment (PPE), failure of treatment and chronic stress. The objective is to study burnout in Bang Bua Thong 2 hospital personnel during 2019 Coronavirus epidemic. This research collected data from Bang Bua Thong 2 hospital personnel during November 2022 to December 2022. Data was collected by surveying form and interviewing form that contain personal factor, workload factor, Maslach Burnout Inventory (MBI) Thai version and small group interview for problem solutions. The study used descriptive statistics for personal factor, workload factor, burnout in personnel and multiple regression analysis (MRA) for analyzing relation between factors.

The results of the research studied in 89 Bang Bua Thong 2 personnel. There are 68 women (76.4%) and 21 men (23.6%). Average work time was 62.5 hours per week. 55% of personnel had sleep deprivation. 55% of personnel had considered about resignation because of work overloaded and 23% because of conflict at work. The study of burden in personnel with Maslach Burnout Inventory (MBI) showed that burnout from emotional exhaustion in high level was 52.8%, depersonalization in high level was 39.3% and reduced personal accomplishment in low level was 68.5%. From the multiple regression analysis (MRA), factors that affected emotional exhaustion were income, family burden,

work experience, psychoactive drugs and thought about resignation. Factors that affected depersonalization were age, income, marriage status, family burden, economic status, sleep deprivation and thought about resignation. Factors that affected reduced personal accomplishment were job position, income, work experience, sleep deprivation and support from colleagues. Suggestions from personnel were allocation of personnel and equipment appropriately to workload, spare equipment for emergency situation and considering suggestions from all involved personnel for acceptable solutions.

Keywords: Burnout, Bang Bua Thong 2 hospital, Coronavirus 2019 epidemic

บทนำ

การทำงานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ปฏิบัติมากกว่ากิจกรรมใดๆ โดยบุคลากรสาธารณสุขใช้เวลาถึง 1 ใน 3 ของชีวิตเป็นอย่างน้อยอยู่ในที่ทำงาน หากว่าเวลาส่วนมากในการทำงานได้อยู่กับงานที่ตนเองพอใจ จะส่งผลให้มีสภาพจิตใจและอารมณ์ที่ส่งเสริมให้ทำงานได้ดีขึ้น โดยโรงพยาบาลชุมชนถือได้ว่าเป็นสถานบริการที่ประชาชนส่วนใหญ่เข้ามารับบริการเพื่อรักษาพยาบาลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความใกล้ชิดประชาชนเนื่องจากอยู่ในชุมชน จึงนับได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขและโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และในปัจจุบันระบบบริการของโรงพยาบาลชุมชนมุ่งเน้นการให้บริการที่สำคัญคือให้ผู้มารับบริการทางด้านสาธารณสุขเกิดความประทับใจในการมารับบริการ ดังนั้นการที่ประชาชนจะได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพและทั่วถึงก็ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นสำคัญ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลกในประเทศต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าการเกิดวิกฤติภัยพิบัติของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสาเหตุของการ

แพร่กระจายที่รวดเร็วมากในสภาพของอากาศที่หนาวเย็นอย่างเช่นในทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกา⁽¹⁾ สำหรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย มีการระบาดลามไปในหลายจังหวัด และระบาดเข้ามาถึงกรุงเทพมหานคร เช่น นนทบุรี นครปฐม ปทุมธานี นอกจากนี้ยังมีปัญหาการข้ามพรมแดนทั้งคนไทยที่ไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน และแรงงานข้ามชาติที่ลักลอบเข้ามาในประเทศไทยที่นำเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าประเทศ และพบมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในแคมป์คนงานก่อสร้างในกรุงเทพมหานคร ทำให้มีคำสั่งล็อกดาวน์จังหวัดในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และ 4 จังหวัดภาคใต้ ส่งผลให้มีแรงงานอพยพกลับต่างจังหวัดและนำเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปแพร่ระบาดในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว^(1,2) ผลที่ตามมาคือพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ซึ่งในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 มีสถิติผู้ป่วยรายใหม่ต่อวันสูงสุด 23,418 คน (ข้อมูลรายงานวันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2564) และเสียชีวิตต่อวันสูงสุด 312 ราย (ข้อมูลรายงานวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2564)⁽¹⁾ ทำให้สถานพยาบาลต้องขยายเตียงรับผู้ป่วยเปิดโรงพยาบาลสนามจำนวนมากทั่วประเทศส่งผลให้บุคลากรสุขภาพทุกระดับต้องทำงานอย่างหนัก

ในการดูแลผู้ป่วยและการควบคุมโรคภายใต้จำนวนบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ ที่มีไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจำนวนมาก เกินศักยภาพของสถานพยาบาลถึงแม้รัฐบาลจะมีนโยบายฉีดวัคซีนให้กับบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานด้านหน้าเป็นกลุ่มแรกๆ เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อแต่ก็มีบุคลากรสุขภาพจำนวนหนึ่งที่ติดเชื้อจากการทำงานและจากชุมชน

โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 และบุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ถูกกำหนดให้มีหน้าที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และถูกปรับบริการทุกด้านของโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลสนามและ Cohort ward และยังคงเปิดให้บริการทั่วไปสำหรับผู้ป่วยรายเก่าที่มารักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง โดยครั้งที่ 1 ถูกปรับให้เป็น Cohort ward ตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคมถึง 21 เมษายน พ.ศ. 2563 ครั้งที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 26 มกราคม พ.ศ. 2564 ครั้งที่ 3 ถูกปรับให้เป็นโรงพยาบาลสนามขนาด 100 เตียง ตั้งแต่วันที่ 8 เมษายน ถึง 18 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ครั้งที่ 4 ถูกปรับให้เป็น Cohort ward ตั้งแต่วันที่ 12 เมษายน ถึง 18 ตุลาคม พ.ศ. 2564 และครั้งที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 18 กุมภาพันธ์ ถึง 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 347 วัน⁽³⁾ แม้ปัจจุบันจะเปิดให้บริการทั่วไปตามปกติแล้ว แต่ยังคงมีบริการบางส่วนที่ให้บริการในการควบคุม ป้องกัน รักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงปัจจุบัน โดยในช่วงที่มีการระบาดที่ผ่านมาทำให้บุคลากรทุกแผนกในโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ต้องปรับเปลี่ยนหน้างานประจำ มาทำงานให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างหนัก ตามความต้องการของผู้มารับบริการที่เพิ่มขึ้น

มากขึ้นรายวัน และต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ในขณะที่มีทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยอย่างจำกัด กอปรกับบุคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้สูงเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีจำนวนหลายคนต่อวัน และยังมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะนำไปติดคนในครอบครัว แม้ว่าบุคลากรหลายท่านจะเกิดความกังวลและอย่างหลีกเลี่ยงการสัมผัสความเสี่ยงสูงเช่นนี้ แต่ด้วยบทบาทหน้าที่ที่ต้องช่วยเหลือประชาชนที่ต้องการการรักษาพยาบาลจึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และต้องรับภาระในการดูแลที่หนักเกินกว่าภาระงานที่ควรได้รับจนสะสมเกิดเป็นภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน ซึ่งการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพภายใต้สถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าการระบาดจะสิ้นสุดเมื่อใด ความกังวลใจในเรื่องความปลอดภัยต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว ความเหนื่อยล้าจากการทำงานหนักที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน การมีทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ/อุปกรณ์ขาดคุณภาพ การที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยบางรายที่มีอาการหนัก รวมทั้งการที่ตนเองต้องเว้นระยะห่างทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนฝูง และเพื่อนร่วมงาน จะยิ่งเป็นสถานการณ์ที่สร้างความเครียดสะสมที่ก่อให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้สูง

จากสาเหตุที่ทราบโดยทั่วกันของภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานคือ ภาระงานที่มากเกินไป ซึ่งมากเกินไปกว่าข้อจำกัดที่มนุษย์จะรับได้ ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์สอดคล้องกันกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน โดยเฉพาะในด้านของความเหนื่อยล้า^(4,5) ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน เป็นผลที่สนองตอบในระยะยาวต่อตัวกระตุ้นความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงาน ซึ่งถือเป็นผลเสีย

อย่างยิ่งต่ออาชีพที่มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น⁽⁶⁾ บุคลากรที่เหนื่อยหน่ายในการทำงานอาจเลือกที่จะลาออกในขณะที่ส่วนใหญ่ยังคงทำงานต่อไป เนื่องจากการเปลี่ยนงานไปสู่อาชีพใหม่ไม่สามารถทำได้ง่ายเพราะมักจะขาดทักษะในการทำงานด้านอื่น ส่วนบุคลากรที่ยังคงอยู่ จะทำงานตามหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเท่านั้น โดยไม่ทุ่มเทเพื่อมอบสิ่งที่ดีที่สุดให้กับการทำงาน⁽⁵⁾ ผลเสียของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสำคัญต่อทั้งตัวบุคคลและองค์กร เพราะก่อให้เกิดผลเสียหลายๆ ด้าน นอกจากนี้คนกลุ่มนี้ยังมักจะแยกตัว ไม่สื่อสารกับผู้ร่วมงาน ไม่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน ขาดความคิดริเริ่มที่จะพัฒนาสิ่งใหม่ๆ จนทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานขององค์กรแยลง และสุดท้ายหากเป็นมาก ก็จะเป็นโรคซึมเศร้าได้หรืออาจจะลาออกจากการทำงานไปเลย ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานเมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมส่งผลเสียต่อหน่วยงานนั้นไม่มากนักน้อย แต่หากมีการป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดหรือความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานได้เต็มกำลังความสามารถ และมีผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁽⁷⁾

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ประกอบกับในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเหนื่อยหน่ายจากงานของบุคลากรการแพทย์ที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบบริหาร และบริหารจัดการโรงพยาบาลให้พร้อมรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนหน่วยบริการอื่นทุกครั้ง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาการบริหารจัดการความเหนื่อยหน่ายจากงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่นำมาสู่การสูญเสียบุคลากรจากระบบสุขภาพ จึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะต้องการให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญและร่วมกันป้องกันปัญหานี้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของความเหนื่อยหน่ายจากงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยใช้แบบวัดภาวะความเหนื่อยหน่ายในการทำงานฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach burnout inventory (MBI)⁽⁸⁾ เพื่อหาแนวทางการบริหารจัดการความเหนื่อยหน่ายจากงานและป้องกันความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานในบุคลากรสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับความเหนื่อยหน่ายจากงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติกับความเหนื่อยหน่ายจากงานในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey study) ในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ที่ปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือบุคลากรของโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ผู้ช่วยเภสัชกร และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน ที่ปฏิบัติงานในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 89 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเหนื่อยล้าจากงาน และประยุกต์มาจากแบบวัดภาวะความเหนื่อยล้าในการทำงานฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI)⁽⁸⁾ และนำมาปรับใช้กับงานวิจัย แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล **ส่วนที่ 2** ปัจจัยด้านงาน **ส่วนที่ 3** แบบวัดภาวะความเหนื่อยล้าในการทำงานฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) โดยสิระยา สัมมาวาท แบ่งการประเมินเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล โดย MBI ได้รับการทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาว่ามีความเชื่อถือได้ (Reliability) มีค่าความสัมพันธ์ด้านความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) สูง ใช้เวลาทำแบบทดสอบประมาณ 5 - 10 นาที โดย MBI-HSS (Human Service Survey) ได้รับการ

ทดสอบความสัมพันธ์ด้านความสอดคล้องภายใน โดยใช้ Cronbach's coefficient alpha โดยผลในแต่ละ subscale มีค่าดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีค่าเท่ากับ 0.90 ด้านการลดความเป็นบุคคล มีค่าเท่ากับ 0.79 และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล มีค่าเท่ากับ 0.71 **ส่วนที่ 4** ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 และ **ส่วนที่ 5** การสัมภาษณ์สนทนากลุ่มย่อย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามและเอกสารแนะนำโครงการวิจัย ให้กับบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ที่ปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแบ่งเป็น 2 ชอง ชองแรกบรรจุแบบสอบถามและเอกสารแนะนำโครงการวิจัย และชองที่ 2 บรรจุแบบยินยอมให้ข้อมูล เพื่อเป็นการปกปิดรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามกลับ และทำการเก็บข้อมูลในการสนทนากลุ่มย่อยในแต่ละกลุ่มงาน/ฝ่าย หลังจากทำการตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่ 24/2565

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบไปด้วย การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของประชากรและตัวแปรที่ศึกษา และการ

วิเคราะห์เชิงอนุมาน) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression analysis) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านงาน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

ตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จำนวน 89 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.4 และเพศชายร้อยละ

23.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี อายุเฉลี่ย 34.5 ± 9.0 ปี โดยบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ รองลงมาคือผู้ช่วยเหลือคนไข้ และแพทย์ ร้อยละ 23.6 18.0 และ 5.6 ตามลำดับ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งต่างๆ เฉลี่ย 8.67 ± 7.9 ปี รายได้ทั้งหมดเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ $27,419.33 \pm 20,597.81$ บาทต่อเดือน ต่ำสุด 5,000 บาทต่อเดือน และสูงสุด 100,000 บาทต่อเดือน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n=89)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	68	76.40
ชาย	21	23.60
อายุ (ปี)		
30 หรือน้อยกว่า	30	33.70
31 - 40	39	43.80
41 - 50	13	14.60
51 - 59	7	7.90
ค่าเฉลี่ย = 34.5, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.0, ต่ำสุด - สูงสุด = 20 - 59		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	71	79.80
โรคภูมิแพ้	4	4.50
โรคความดันโลหิตสูง	3	3.40
โรคไขมันในเลือดสูง	3	3.40
โรคอื่น ๆ	19	8.90

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	49	55.10
สมรส	26	29.20
อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียน	9	10.10
หม้าย	3	3.40
หย่าร้าง	2	2.20
ตำแหน่งงาน		
แพทย์	5	5.60
พยาบาล	21	23.60
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	16	18.00
ตำแหน่งอื่น ๆ	47	57.30
ลักษณะการจ้างการ		
ข้าราชการ	49	55.10
พนักงานราชการ	4	4.50
พนักงานกระทรวง	18	20.20
ลูกจ้างรายวันและอื่น ๆ	18	20.20
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (ปี)		
น้อยกว่า 5 ปี	33	37.10
6 - 10 ปี	34	38.20
11 - 15 ปี	10	11.20
มากกว่า 16 ปีขึ้นไป	12	13.50
ค่าเฉลี่ย = 8.67, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.88, ต่ำสุด-สูงสุด = 1 - 39		
รายได้เฉลี่ย 27,419.33 บาท/เดือน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 20597.81, ต่ำสุด-สูงสุด = 5,000 - 100,000		

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n=89)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพทางเศรษฐกิจ		
มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บออม	33	37.10
มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บออม	36	40.40
มีรายได้ไม่พอใช้และไม่มีเงินเก็บออม	20	22.50
มีรายได้สูง และมีทรัพย์สินหลายรูปแบบในการเก็บออม	0	0.00
ภาวะครอบครัว		
ภระน้อย	22	24.70
ภระปานกลาง	51	57.30
ภระหนัก	16	18.00
ความสูญเสียในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ไม่มี	58	65.20
มี	31	34.80
ไม่มีเวลาดูแลคนในครอบครัว	15	48.40
สูญเสียเวลาส่วนตัว	8	25.80
มีคนในครอบครัวเสียชีวิต	4	12.90
เลิกกับคนรัก/มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับคนรัก	4	12.90

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การออกกำลังกายในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน	2	2.20
ออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์	36	40.40
ไม่ได้ออกกำลังกาย	51	57.30
สาเหตุของการไม่ออกกำลังกาย		
ไม่มีเวลาเพียงพอในการออกกำลังกาย	15	16.90
ไม่ชอบออกกำลังกาย	3	3.40
ขี้เกียจออกกำลังกาย	7	7.90
มีความเหนื่อยล้าจากงานจนไม่อยากออกกำลังกาย	40	44.90
มีปัญหาด้านสุขภาพ	1	1.10
ไม่ระบุสาเหตุ	23	25.80
การใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ไม่ใช้	77	86.50
ใช้ยา	12	13.50
กลุ่มยานอนหลับ	8	9.00
กลุ่มยาคลายเครียด	3	3.40
กลุ่มยาต้านโรคซึมเศร้า	1	1.10

ภาระงานที่รับผิดชอบของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีจำนวนชั่วโมงในการรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ย 19.93 ± 32.73 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รองลงมาคือจำนวนชั่วโมงในงานส่งเสริมสุขภาพเฉลี่ย 14.29 ± 23.91 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อย่างไรก็ตามพบว่าบุคลากรบางวิชาชีพถูกจัดสรรให้ทำงานบริการอื่นๆ เช่น จัดหาสิ่งของส่วนตัวให้ผู้ป่วย จัดส่งอาหารและยาให้ผู้ป่วย และประสานงานระหว่างครอบครัวผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในงานบริการอื่นๆ เฉลี่ย 13.82 ± 22.13 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยมีจำนวนชั่วโมงต่องานที่ให้บริการผู้ป่วยต่อวัน 12.74 ± 6.14 ชั่วโมง ต่ำสุด 2 ชั่วโมงต่อวัน และสูงสุด 24 ชั่วโมงต่อวัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การะงานที่รับผิดชอบของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (n = 89)

รายการ	จำนวนชั่วโมง/สัปดาห์		
	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	สูงสุด	ต่ำสุด
งานตรวจผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	6.04±19.52	80	0
งานรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	19.93±32.73	90	0
งานส่งเสริมและป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	14.29±23.91	80	0
งานติดตามและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	1.03±6.02	40	0
งานเอกสารเกี่ยวกับผู้ป่วย	7.33±13.59	60	0
งานบริการอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย	13.82±22.13	84	0
จำนวนชั่วโมงต่องานต่อสัปดาห์ 62.45 ชั่วโมง, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 31.51, ต่ำสุด-สูงสุด = 8 - 132 ชั่วโมงต่อสัปดาห์			
จำนวนชั่วโมงต่องานต่อวัน 12.74 ชั่วโมง, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.14, ต่ำสุด-สูงสุด = 2 - 24 ชั่วโมงต่อวัน			

ตารางที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านงานในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 89)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้สึกรู้สึกต่อภาระงาน		
มากเกินไป	40	44.90
พอดี	49	55.10
การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร		
เพียงพอ	64	73.00
ไม่เพียงพอ	24	27.00
การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน		
เพียงพอ	73	82.00
ไม่เพียงพอ	16	18.00
ความเพียงพอในการนอนหลับ		
เพียงพอ	40	44.90
ไม่เพียงพอ	49	55.10

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของเวลาส่วนตัว		
เพียงพอ	41	46.10
ไม่เพียงพอ	48	53.90
ความพึงพอใจในวิชาชีพ		
พึงพอใจ	77	86.50
ไม่พึงพอใจ	12	13.50
ความพึงพอใจของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ		
พึงพอใจ	68	76.40
ไม่พึงพอใจ	21	23.60
สาเหตุของความไม่พึงพอใจ		
ไม่มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ/สถานที่ออกกำลังกาย	8	38.10
สิ่งแวดล้อมไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย	5	23.80
ขาดสถานที่พักผ่อนแบบเป็นสัดส่วนจากที่ทำงาน	8	38.10
ความพึงพอใจในค่าตอบแทน		
พึงพอใจ	59	66.30
ไม่พึงพอใจ	30	33.70
สาเหตุของความไม่พึงพอใจ		
ได้รับค่าตอบแทนล่าช้า	16	53.30
ค่าตอบแทนน้อยกว่าภาระงานที่ได้รับผิดชอบ	12	40.00
มีความเหลื่อมล้ำต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ	2	6.70
ความคิดลาออกจากการปฏิบัติงาน		
ไม่เคยคิดลาออกจากงาน	40	44.90
เคยคิดลาออกจากงาน	49	55.10
สาเหตุของความคิดลาออกจากงาน		
ภาระงานที่มากเกินไป	11	22.50
ความขัดแย้งในการทำงาน	11	22.50
ไม่มีเวลาให้ครอบครัว	7	14.20
เบื่อหน่ายกับการทำงานในสายนี้	6	12.20
ค่าตอบแทนน้อยกว่าภาระงานที่ทำ	6	12.20
มีความอ่อนล้าจากงานและมีเวลาพักผ่อนน้อย	4	8.20
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการทำงาน	4	8.20

ผลการประเมินความเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายงานพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 52.8 มีการลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 39.3 และมีการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำร้อยละ 68.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แยกรายด้าน (n = 89)

รายการ	ระดับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน							
	(X̄)	SD	สูง		กลาง		ต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.44	10.26	47	52.80	17	19.10	25	28.10
การลดความเป็นบุคคล	9.43	5.06	35	39.30	36	40.40	18	20.20
การลดความสำเร็จส่วนบุคคล	42.67	10.77	18	20.20	10	11.20	61	68.50

ความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression analysis) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากงานได้แก่ อายุ สถานภาพ รายได้ ภาระครอบครัว สถานภาพทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยด้านงานที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากงานได้แก่ ความคิดลาออกจากการปฏิบัติงาน ความเพียงพอในการนอนหลับ และการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงานกับภาวะเหนื่อยล้าจากงานด้านต่าง ๆ ($n = 89$)

ปัจจัยที่ศึกษา	B	Beta	t	p-value
ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($R = 0.662, R^2 = 0.438, F = 6.371$)				
ภาระครอบครัว	5.21	0.33	3.65	<0.000
รายได้	<0.00	0.48	5.15	<0.000
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	-0.59	-0.45	-4.58	<0.000
การใช้จ่ายที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	5.24	0.27	3.30	<0.001
ความคิดล้าจากการปฏิบัติงาน	1.90	0.53	5.85	<0.000
การลดความเป็นบุคคล ($R = 0.551, R^2 = 0.304, F = 18.743$)				
อายุ	-0.11	0.05	-2.12	<0.000
รายได้	<0.00	0.6	5.82	0.012
สถานภาพ	0.73	0.22	2.56	<0.000
ภาระครอบครัว	2.20	0.28	2.72	0.008
สถานภาพทางเศรษฐกิจ	2.34	0.79	0.35	0.004
ความเพียงพอในการนอนหลับ	-3.12	-0.30	-3.37	<0.001
ความคิดล้าจากการปฏิบัติงาน	0.90	0.16	5.61	<0.000
การลดความสำเร็จส่วนบุคคล ($R = 0.352, R^2 = 0.104, F = 6.095$)				
ตำแหน่งงาน	-0.60	-0.41	-4.03	<0.000
รายได้	<0.00	-3.35	-2.96	<0.000
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	0.58	0.15	0.43	<0.000
ความเพียงพอในการนอนหลับ	6.82	2.24	3.04	0.003
การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	-6.99	-0.25	-2.40	0.018

B = Unstandardized Coefficient, Beta= Standardized Coefficient

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาการบริหารจัดการความเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ร้อยละ 52.80 มีการลดความเป็นบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 39.30 และมีการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ ร้อยละ 68.50 สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา ตวงเพิ่มทรัพย์และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาเรื่องภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยพบว่าแพทย์ประจำบ้านมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ร้อยละ 50.70 มีการลดความเป็นบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 38.80 และมีการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ ร้อยละ 94.30 และสอดคล้องกับการศึกษาของนครินทร์ ชุนงาน⁽¹⁰⁾ เรื่องสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าแพทย์มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ร้อยละ 43.70 มีการลดความเป็นบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 45.50 และมีการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 100 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของศรัณย์ ศรีคำและคณะ⁽¹¹⁾ ที่ได้ศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่พบว่ามีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ

การศึกษาปัจจัยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากงานในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ภาระครอบครัว การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และการออกกำลังกาย โดยจากการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากงานในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ อายุ สถานภาพ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ภาระครอบครัว การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยพบว่ารายได้ และภาระครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากงานในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต และในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้หลายอาชีพขาดรายได้จากผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรค จากการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มย่อยพบว่า มีบุคลากรถูกจ้างรายวัน ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้บางท่านให้ข้อมูล เช่น “ข้าพเจ้าปฏิบัติงานอย่างหนักเพื่อหารายได้ดูแลคนในครอบครัว แม้จะไม่ได้กลับบ้านไปพบครอบครัว โดยในระหว่างช่วงที่ปฏิบัติงานได้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการทำงานและต้องพักรักษาตัวเป็นเวลา 14 วันทำให้ขาดรายได้และมีปัญหาภายในครอบครัว ส่งผลให้มีภาวะเครียดสะสมและเหนื่อยล้าในการทำงาน” สอดคล้องกับการศึกษาของวิเชียร มั่นแหล่⁽¹²⁾ เรื่องผลกระทบและการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบว่า ประชาชนอาชีพรับจ้าง/ค้าขายมีสภาพทางด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับรายได้ลดลง ร้อยละ 60 มีกำลังใช้จ่ายสิ่งของอุปโภค บริโภค

สินค้าต่างๆ ลดลงร้อยละ 42 และมีเงินออมลดน้อยลง ร้อยละ 64 เมื่อศึกษาข้อมูลในครัวเรือนพบว่ากลุ่มวัยทำงานได้รับผลกระทบอยู่ในระดับมากร้อยละ 65 ที่สูญเสียรายได้จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนันท์ ฤทธิ์สำเร็จและคณะ⁽¹³⁾ เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่พบว่าบุคลากรที่มีรายจ่ายมากกว่ารายได้แต่ไม่มีหนี้สิน จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าผู้ที่มีรายจ่ายมากกว่ารายได้และมีหนี้สินอยู่ 6.65 คะแนน ในส่วนของการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 เคยใช้ยาในกลุ่มดังกล่าวในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งออกเป็นกลุ่มยานอนหลับ กลุ่มยาคลายเครียด และกลุ่มยาด้านโรคซึมเศร้า จากผลการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มย่อยพบสาเหตุที่ต้องใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเนื่องจากมีความเครียดสะสมจนเกิดความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงานและต้องการนอนหลับพักผ่อนให้มากที่สุดจึงตัดสินใจใช้ยาดังกล่าว และมีบุคลากรที่กำลังจะเข้ารับการรักษาใหม่กับแพทย์อีกจำนวน 2 คน สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา ดวงเพิ่มทรัพย์และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าแพทย์ที่มีความเหนื่อยล้าในการทำงานมีอัตราการทางจิตเวชจำนวน 9 คน จำแนกเป็นภาวะโรคซึมเศร้าร้อยละ 11.90 และในส่วนของประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพบว่าผู้ที่ปฏิบัติงานระยะเวลา 6-10 ปี มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานในด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำร้อยละ 68.50 จากการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มย่อยกลับเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปให้ข้อมูลว่า

“แม้จะมีความเครียดที่สะสมจากการทำงานจนเกิดภาวะเหนื่อยล้า แต่ยังคงปฏิบัติงานต่อไปด้วยความรู้สึกเพิกเฉยต่อความเครียดที่เกิดขึ้น เพราะไม่สามารถหลีกเลี่ยงงานดังกล่าวได้” สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชชุนันท์ ประสารพันธ์⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี สถานภาพโสดประสบการณ์ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี และไม่มีภาระรับผิดชอบดูแลคนในครอบครัว มีภาวะสุขภาพโดยรวมและภาวะสุขภาพด้านจิตใจในระดับไม่ดี ต่างจากบุคลากรที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ส่วนตัวและประสบการณ์ทำงานมากกว่า ถึงจะมีความเครียดจากการทำงานแต่มีความสามารถในการจัดการกับงานหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่า จึงเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนันท์ ฤทธิ์สำเร็จและคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานสูงกว่า 10 ปี มีภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่ำกว่า 10 ปี อาจมีสาเหตุมาจากการที่บุคลากรมีระยะการทำงานที่นาน มีการสะสมความรู้และประสบการณ์ทำงาน ทำสามารถแก้ไขปัญหาและปรับตัวตอบสนองต่อปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่น้อย ส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดต่ำกว่าเกิดภาวะหมดไฟได้ง่ายกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของวีระยุทธ บุญเกียรติเจริญและคณะ⁽¹⁵⁾ เรื่องความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าปัจจัยด้านประสบการณ์การทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดมีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน

การศึกษาปัจจัยปัจจัยด้านงานที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากงานในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ภาระงานที่รับผิดชอบ จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงาน ความรู้สึกต่อภาระงาน การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ความเพียงพอในการนอนหลับ ความเพียงพอของเวลาส่วนตัว ความพึงพอใจของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ความพึงพอใจในวิชาชีพ ความพึงพอใจในค่าตอบแทน และความคิดลาออกจากการปฏิบัติงาน โดยจากการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากงานในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ความเพียงพอในการนอนหลับ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และความคิดลาออกจากการปฏิบัติงาน โดยพบว่าบุคลากร ส่วนใหญ่ร้อยละ 55 นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ และมีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ในด้านการลดความเป็นบุคคลและด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล จากการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มย่อยพบว่าถึงแม้ว่าจะอยู่ในช่วงเวลาในการนอนแต่มักจะประสบปัญหาการนอนไม่หลับมากถึงร้อยละ 48 สาเหตุมาจากคิดเกี่ยวกับเรื่องงาน ร้อยละ 26 เกี่ยวกับปัญหาภายในครอบครัวร้อยละ 22 ปัญหาสุขภาพทางกายร้อยละ 4 และปัญหาอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา ดวงเพิ่มทรัพย์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าแพทย์ประจำบ้านมีชั่วโมงในการนอนหลับที่ไม่เพียงพอร้อยละ 60 โดยมีคุณภาพในการนอนหลับที่ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์ ในส่วนของความคิดลาออกจากการปฏิบัติงานพบว่ามีความสัมพันธ์กับความอ่อน

ล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล โดยสาเหตุของความคิดลาออกจากการปฏิบัติงาน มีที่มาจากภาระงานที่มากเกินไป และความขัดแย้งในการทำงาน และพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์กับการลดความสำเร็จส่วนบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนันท์ ฤทธิ์สำเร็จและคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าผู้ที่เคยคิดลาออกมีภาวะหมดไฟสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยคิดลาออกจากงาน อาจเป็นสาเหตุมาจากงานหนัก เงินเดือนน้อย และเปื่องาน เนื่องจากบุคลากรต้องทำงานหนักเพื่อหารายได้พิเศษ อาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถหรือประเมินตนเองในทางไม่ดี เพราะต้องทำงานหนักแต่มีรายได้ไม่เพียงพอ รวมถึงลักษณะงานเป็นรูปแบบเดิมที่ต้องทำประจำ การพบเจอปัญหาแบบเดิมแต่แก้ไขไม่ได้ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน ปัญหาจากระบบงาน ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายและมีความคิดที่จะลาออกเพื่อหาเส้นทางใหม่ที่ตอบสนองต่อความต้องการ ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ในด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล ต่างจากการศึกษาของวีระยุทธ บุญเกียรติเจริญและคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรถึงแม้จะไม่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในด้านการลดความเป็นบุคคลและการลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคล แต่ก็ปัจจัยที่มีอิทธิพลในเชิงลบต่อความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากมีการสนับสนุนให้บุคลากรมีปฏิสัมพันธ์อันดีต่อเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานจะช่วยลดความเหนื่อยกาย เหนื่อยใจ และลดความรู้สึกหมดพลังในการทำงานลงได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จัดสรรจำนวนบุคลากรให้มีความเหมาะสมต่อภาระงาน โดยพิจารณาถึงความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล
2. จัดสรรเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ช่วยลดภาระในการทำงาน ให้มีความเพียงพอ
3. ผู้บังคับบัญชาควรให้โอกาสผู้ใต้บังคับบัญชาในการแสดงความคิดเห็นเมื่อมีเหตุการณ์ที่ควรได้รับการตัดสินใจร่วมกัน
4. เมื่อมีปัญหาในการทำงานเกิดขึ้น ควรจัดให้มีเวทีรับฟังและแสดงความคิดเห็นจากบุคลากรทุกระดับ
5. ควรจัดสรรสถานที่ในการพักแรมอย่างเป็นสัดส่วน แยกออกจากห้องทำงานอย่างชัดเจน
6. เสริมสร้างความก้าวหน้าทางวิชาชีพ อาทิเช่น การผลักดันให้ได้รับการบรรจุข้าราชการ ส่งเสริมให้เข้าประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ การลาศึกษาต่อ หรือการปรับตำแหน่งเป็นบุคลากรประจำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน เพื่อเป็นการปิดช่องว่างปัญหาของความเปราะบางในการปฏิบัติงาน

2. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถรู้ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานได้ครอบคลุมทุกปัจจัยและสามารถนำไปใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ ในด้านปัจจัยและผลกระทบที่เกิดภาวะหมดไฟของบุคลากรที่มีภาวะหมดไฟสูง ซึ่งจะทำให้สามารถอธิบายสาเหตุ ปัญหา ผลกระทบ ได้ละเอียดมากขึ้น

4. การศึกษาต่อไปควรมีการปรับการสุ่มตัวอย่าง/สัดส่วนที่เหมาะสมให้มีการกระจายปริมาณของกลุ่มแต่ละวิชาชีพอย่างเท่า ๆ กัน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์และครอบคลุมในการประเมินบุคลากรขององค์กรอย่างเท่าเทียมกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ซึ่งเก็บข้อมูลทั้งตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ณ จุดเวลาเดียวกัน ดังนั้นจึงไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุและผลของตัวแปรได้ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

กวิตม์ ชี้อยู่มน. การบริหารจัดการความเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):38-57.

Suggested citation for this article

Zueman K. Burnout management of Bang Bua Thong 2 Hospital personnels during the Coronavirus epidemic situation. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):38-57.

เอกสารอ้างอิง

1. งานโรคติดต่ออุบัติใหม่กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
2. โรจน์ งามแมน. ไทยโพสต์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ไทยโพสต์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipost.net/main/detail/99304>
3. สมพร หุ่นเลิศ. เอกสารรายงานภาพรวมโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 เพื่อขอรับการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA). การประชุมการขอรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นที่ 2; 26 กันยายน 2565; โรงพยาบาลบางบัวทอง 2. นนทบุรี: กลุ่มการพยาบาล; 2565.น.10-2.
4. Cordes CL, Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. Academy of Management Review.1993;18(4):621-656.
5. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. Applied and Preventive Psychology. 1998;7:63-74.
6. Moreno ES, Roldán INLS, Peralta LPG, Roda ABL. Burnout, Informal Social Support and Psychological Distress among Social Worker. The British Journal of Social Work. 2015;45(8):2368-386.
7. กรมสุขภาพจิต. การดูแลจิตใจบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=64>

8. สิริยา สัมมาวาจ. ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลศึกษาเฉพาะกรณีหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามารามิบัติ. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2534.
9. รุจิรา ดวงเพิ่มทรัพย์, วินิตรา นวลละออง, ธรรมนาถ เจริญบุญ. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2564;66(2):189-202.
10. นครินทร์ ชุนงาม. สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(4):348-59.
11. ศรัณย์ ศรีคำ, วิโรจน์ เจริญศรีสร้าง, เดชา ลลิตอนันต์พงษ์. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59(2):139-50
12. วิเชียร มั่นแหล่. ผลกระทบและการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2564;8(11):327-340.
13. ณัฐนันท์ ฤทธิ์สำเร็จ, ธีระวุธ ธรรมกุล, ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน อำเภอมือบิลบุรี จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2565;17(1):86-99.
14. นิชชุนันท์ ประสารพันธ์. ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(3):48-63.
15. วีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ, บุญเต็ม แสงดิษฐ์, ทศพร วิมลเก็จ. ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2561;71(3):163-72.

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อโรคของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในประเทศไทย

Knowledge and Preventive Behavior toward Infectious Diseases and Pathogen Transmission among High School Students in Thailand

ธันยณณ์ เพ็ชรตระกูล¹, อารักษ์รา สังขฤกษ์², ธนัชชา ดวงแก้ว³, ณภัทร วัฒนโรจนารพ⁴,
เทพสุดา นากดวงตา⁵, วุฒิภัทร วีระเปรม⁶, พัทธมน ศิริพิมพ์รัตน์⁷, ชนัญทิศา ปาตีปาเล⁸,
ภูริณัฐ มะโนวรรณ⁹, ปุญญพัฒน์ บงกชโอสถ¹⁰, ณัฐธรา บุษหมั่น¹¹,
ศรัญปรียา ศรีสินรุ่งเรือง¹², กนกอร ทางจงราช¹³, ศุภิมณ มังคลรังษี¹⁴

¹โรงเรียนนานาชาติโซเรสเบอรี, ²โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช, ³โรงเรียนหลวงวัง,
⁴โรงเรียนนานาชาติบรอมสโกรฟ, ⁵โรงเรียนองค์การบริหารส่วนจังหวัดกระบี่, ⁶โรงเรียนอัสสัมชัญ,
⁷โรงเรียนบุรีรัมย์พิทยาคม, ⁸โรงเรียนวิทยาศาสตร์จุฬาภรณราชวิทยาลัย, ⁹โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม), ¹⁰โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยรังสิต, ¹¹โรงเรียนสาธิต
ปทุมวัน, ¹²โรงเรียนหาดใหญ่วิทยาลัย, ¹³โรงพยาบาลชุมแพ ¹⁴มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

Thunyanon Phettrakool¹, Arphatsara Sangkharerk², Thanatcha Duangkaew³,
Naphat Wattanarojanaporn⁴, Tepsuda Nakduangta⁵, Wutthiprat Veeraprem⁶,
Pipat Sirapimonrat⁷, Chanunthita Patipalate⁸, Phurinat Manowan⁹,
Punyapat Bongkot - Olarn¹⁰, Natthara Boosamund¹¹,
Saranpreeya Srisinroongruang¹², Kanokorn Tangjongraj¹³, Sujimon Mungkalarungsi¹⁴

¹Shrewsbury International School, ²Benchama Maharat School, ³Horwang School,
⁴Bromsgrove International School, ⁵School Krabi Provincial Administration Organization,
⁶Assumption College, ⁷Buriram Pittayakhom School, ⁸Princess Chulabhorn Science High Schools,
⁹Srinakharinwirot University Demonstration School Prasarnmit (Secondary Division),
¹⁰Satit Bilingual School of Rangsit University, ¹¹Patumwan Demonstration School,
¹²Hatyai Wittayalai school, ¹³Chum Phae Hospital, ¹⁴Assumption University

Received 2023 Jan 11, Revised 2023 Feb 8, Accepted 2023 Feb 22

DOI: 10.14456/iudcj.2023.14

บทคัดย่อ

จากการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อ
สร้างผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ และสังคม การที่ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการ
ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ช่วยลดความเสี่ยงในการได้รับเชื้อ โรงเรียนเป็นหนึ่งในแหล่งที่มีความเสี่ยง
หากมีการระบาดของโรคติดเชื้อ การวิจัยนี้ ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจาย
เชื้อโรค ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียน

ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 จำนวน 586 คน ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2565 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเป็นแบบสอบถาม ซึ่งมีค่า Cronbach's alphas เท่ากับ 0.87 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ บรรณนาและสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 586 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.3 ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 51.9 ศึกษาในแผนการเรียนวิทย์ - คณิต ร้อยละ 82.9 ส่วนใหญ่ผู้ปกครองของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเจ้าของธุรกิจร้อยละ 26.8 กลุ่มรายได้สูงสุดคือระดับรายได้ต่อเดือนที่ 20,001 - 40,000 บาท ร้อยละ 27.0 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากสื่อสังคมออนไลน์ร้อยละ 59.7 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 88.1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอยู่ระดับดี ($M=13.58$, $SD=1.54$) คำถามที่ตอบถูกมากที่สุดเป็นคำถามเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคส่วนคำถามที่ตอบถูกน้อยสุดเป็นคำถามเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อโรค (Mode of Transmission) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอยู่ระดับดี ($M=69.72$, $SD=10.87$) ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคพบว่า รายได้ต่อเดือนของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta\ 0.102$, $p<0.05$)

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อ, ความรู้ความเข้าใจ, การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

Abstract

The outbreak of emerging infectious diseases such as COVID-19 and re-emerging infectious diseases such as smallpox, tuberculosis, and influenza, has affected the health of those who have been impacted. Moreover, this has caused impacts on economic and social aspects. School is one of the most vulnerable places where infectious disease outbreaks can occur. Objectives: To assess the level of knowledge on infectious diseases and prevention of disease transmission among students in grade 10 - 12. Study Methods: This study was survey research which studied 586 grade 10 - 12 students during October - November 2022. An online survey created on Google Form was used to collect data, Cronbach's alpha of this tool equal to 0.87 and 0.87 subsequently. Descriptive statistics and Multiple Regression Analysis were used to analyze the data collected. Results: A total of 586 students participated in this study. Majority were female (71.3%), 51.9% of participants studied in grade 11 and 82.9% enrolled in the Science - Math program. The biggest group of participants' parents worked as business owner (26.8%). Participants' household monthly

earnings were from 20,001 - 40,000 baht (27.0%). Most participants learned about infectious disease and transmission prevention from online sources such as from social media (59.7%). Most participants had no underlying medical conditions (88.1%). Concerning Knowledge and understanding about infectious disease and pathogen spreading prevention, participants showed a good level of knowledge ($M=13.58$, $SD=1.54$) however least corrected answered questions were about mode of transmission related questions. Regarding behavior toward pathogen spreading prevention, participants revealed a good level of behavior ($M=69.72$, $SD=10.87$). In addition, the coefficient of regression (Beta), the results showed that monthly household income was the significant influencing factor ($Beta\ 0.102$, $p<0.05$).

Keywords: Infectious disease, knowledge and understanding, prevention of pathogen spread

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging infectious diseases) เช่น ไข้หวัดสเปน อหิวาตกโรค ไข้หวัดใหญ่^(1,2) และโรคอุบัติใหม่ที่กำลังเผชิญอยู่ COVID-19 โรคติดเชื้ออุบัติใหม่เหล่านี้ทำให้มีผู้ติดเชื้อ และมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก⁽³⁾ ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อ และส่งผลกระทบต่ออื่นๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ และสังคม⁽⁴⁻⁷⁾

โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ หมายถึงโรคติดเชื้อชนิดใหม่ ๆ ที่มีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระยะประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา มีโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ปรากฏขึ้นมากมาย เช่น โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ส โรคไข้สมองอักเสบนิปาห์ โรคอีโบล่า เป็นต้น⁽⁸⁾ แม้ว่า การระบาดของโรคอุบัติใหม่บางโรคได้สิ้นสุดลงแล้ว แต่ก็มีอีกหลายโรคที่ยังคงระบาดต่อเนื่อง มาจนถึงปัจจุบัน และยังรวมถึงโรคติดเชื้อที่เคยควบคุมได้ด้วยยาปฏิชีวนะแต่เกิดการดื้อยา โรคติดเชื้อที่เคยแพร่ระบาดในอดีต และสงบไปแล้วเป็นเวลานานหลายปี แต่กลับมาระบาดขึ้นอีก หรือ โรคติดเชื้อ

อุบัติซ้ำ (Re - emerging infectious diseases) เช่น ฝัฒาขวานร วณโรค⁽⁹⁾ ไข้เลือดออก มือเท้าปาก คอติบ เป็นต้น⁽¹⁰⁾

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขึ้นอยู่กับวิธีการแพร่กระจายของเชื้อโรคนั้นๆ (mode of transmission) เช่น การป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ทำได้โดยการใส่หน้ากากอนามัย เพื่อปิดช่องทางการรับเชื้อโรคเข้าสู่ (Portal of entry) หรือออกจากร่างกาย (Portal of exit) การล้างมืออย่างสะอาดบ่อย ๆ เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อโรคที่มือ หรือการรับวัคซีนเพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกัน การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อโรค และลดความเสี่ยงจากการได้รับเชื้อทั้งโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ โรงเรียนเป็นหนึ่งในพื้นที่เสี่ยงการเกิดเป็นคลัสเตอร์การระบาด⁽¹¹⁻¹³⁾ เนื่องจากสภาพแวดล้อมในห้องเรียนส่วนใหญ่ นักเรียนนั่งเรียนกันอย่างหนาแน่น แออัด อีกทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขอนามัยที่แตกต่างกัน

ของตัวนักเรียนเอง ซึ่งปัจจัยสำคัญของพฤติกรรมสุขอนามัยที่ดีคือการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม⁽¹⁴⁾ และในพื้นที่กรุงเทพมหานคร^(15 - 16) พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค อยู่ระดับกลาง และระดับต่ำ หากมีการระบาดขึ้นอีกครั้งอาจมีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคติดเชื้อ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้ทราบระดับของความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในการที่จะนำไปส่งเสริมและพัฒนาการให้ความรู้ความเข้าใจตลอดจนการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อของนักเรียนให้ถูกต้องตรงตามระดับขนาดของปัญหา อีกทั้งเป็นการป้องกันการเกิดขึ้นในระยะยาวได้เนื่องจากเป็นวัยที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่เติบโตและพัฒนาต่อไปได้อีกนาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกัน
2. เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็น วิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ พัฒนาเป็นแบบฟอร์มออนไลน์ Google Form และส่งให้กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น กลุ่มสังคมออนไลน์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) และกลุ่มไลน์ชั้นเรียนของโรงเรียน

เครื่องมือ และการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งทีมผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามหลักการพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัย โดยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ประเภทของเชื้อโรค โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในปัจจุบัน การแพร่กระจายของเชื้อโรค พฤติกรรมสุขอนามัย และได้ทำการศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นการถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ ระดับชั้น แผนการศึกษา อาชีพ ผู้ปกครอง รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกัน ซึ่งครอบคลุมหัวข้อความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ประเภทของเชื้อโรค โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในปัจจุบัน การแพร่กระจายของเชื้อโรค การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค พฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ถูกต้อง มีทั้งหมด 16 คำถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบตัวเลือกหลายข้อ มีตัวเลือกที่ถูกต้องเพียง 1 ข้อ หากตอบถูกจะนำคะแนนมารวมกัน เกณฑ์การประเมินความรู้ระดับดี คือ ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับกลางคือร้อยละ 60 - 79 และระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามวัดระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค มีทั้งหมด 17 คำถาม ครอบคลุมพฤติกรรมสุขอนามัย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคทางอากาศ ละอองฝอย และการสัมผัส การเว้นระยะห่าง การฉีดวัคซีน ลักษณะคำถามเป็นแบบการให้

คะแนนพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ โดยตัวเลือก 1 - 5 ซึ่ง 5 หมายถึงปฏิบัติตามเสมอ (ร้อยละ 80 - 100) 4 หมายถึง ปฏิบัติตามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60 - 79) 3 หมายถึง ปฏิบัติบ้าง (ร้อยละ 40 - 59) 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 10 - 39) และ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ (ต่ำกว่าร้อยละ 10) โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน พิสัยของคะแนนอยู่ที่ 17 - 85 เกณฑ์การประเมินคะแนนพฤติกรรมมีดังนี้ คะแนนพฤติกรรมระดับดี คือได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ระดับกลางคือได้คะแนนร้อยละ 60 - 79 และ ระดับต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในศึกษาครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้ทำการทดสอบความยากง่ายของแบบสอบถามกับกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ก่อนนำไปเริ่มเก็บข้อมูลจริง ซึ่งมีค่า Cronbach's alphas เท่ากับ 0.87 และ 0.87 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การนำข้อมูลที่เก็บมาไปใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบนิรนาม บนแบบฟอร์มแบบสอบถาม เมื่ออาสาสมัครอ่านจนเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยกดปุ่ม “**เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย**” เพื่อตอบคำถามในแบบสอบถามออนไลน์

ผลการศึกษา

มีผู้เข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ทั้งหมดจำนวน 586 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.3 และเพศชายร้อยละ 28.7 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 51.9 ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 26.3 และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 21.8 ทางด้านแผนการเรียน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เรียนแผนวิทย์ - คณิต ร้อยละ 82.9 รองลงมาเป็นแผนการเรียนสังคม / ภาษา ร้อยละ 8.4 คณิต - อังกฤษ ร้อยละ 6.1 และ วิชาชีพร้อยละ 2.6 ผู้ปกครองของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นเจ้าของธุรกิจ ร้อยละ 26.8 รองลงมาอาชีพรับจ้างร้อยละ 23.9 พนักงาน/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 19.8 อาชีพสายวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร้อยละ 12.5 ประกอบอาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 10.6 และ อาชีพครูอาจารย์ ร้อยละ 6.5 ทางด้านรายได้ครอบครัวต่อเดือน กลุ่มรายได้ 20,001 - 40,000 บาท ต่อเดือนเป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุด ร้อยละ 27 ตามด้วยกลุ่มรายได้ต่อเดือน <20,000 บาท ร้อยละ 23.7 กลุ่ม 40,001 - 80,000 บาท ร้อยละ 19.6 กลุ่มรายได้ 80,001 - 150,000 บาท ร้อยละ 15.7 และกลุ่มรายได้มากกว่า 150,000 บาท ร้อยละ 14.0 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 59.7 ได้รับข่าวสารจากที่โรงเรียน ร้อยละ 22.2 ได้รับข่าวสารจากผู้ปกครอง ร้อยละ 10.4 จากประสบการณ์ตนเองที่เคยเจ็บป่วย ร้อยละ 4.1 และ ได้รับข่าวสารจากเพื่อน ร้อยละ 3.6 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.1

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันอยู่ระดับดี ($M=13.58$, $SD=1.54$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ($M=13.65$, $SD=1.40$) ได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันสูงกว่าผู้ตอบแบบสอบถามเพศชาย ($M=13.39$, $SD=1.82$) นอกจากนี้ผู้ที่ตอบแบบสอบถามที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีคะแนนความรู้การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคสูงกว่านักเรียนชั้นอื่น ๆ ($M=13.67$, $SD=1.42$) ส่วนแผนการเรียนนั้น นักเรียนที่ศึกษาแผนการเรียนคณิต - อังกฤษมีคะแนนความรู้การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคอยู่ระดับดี ($M=13.78$, $SD=1.51$) ตามมาด้วยสายวิทย์ - คณิต ($M=13.63$, $SD=1.51$) และสายสังคมหรือภาษา ($M=13.16$, $SD=1.61$) แต่สายวิชาชีพนั้มีคะแนนต่ำกว่าสายอื่น ๆ ($M=12.80$, $SD=2.24$) ในส่วนของอาชีพผู้ปกครองคะแนนความรู้ อาชีพครูหรืออาจารย์มีคะแนนสูงที่สุด ($M=13.89$, $SD=1.41$) ซึ่งตามมาด้วย อาชีพพนักงาน/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ($M=13.85$, $SD=1.62$) อาชีพอื่น ๆ ($M=13.68$, $SD=1.52$) อาชีพรับจ้าง ($M=13.46$, $SD=1.33$) และ อาชีพเจ้าของธุรกิจ ($M=13.38$, $SD=1.56$) ในส่วนของรายได้ครอบครัวต่อเดือน ครอบครัวที่มีรายได้ 40,001 - 80,000 บาท มีคะแนนความรู้การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคสูงที่สุดที่ ($M=13.69$, $SD=1.48$) ตามด้วยกลุ่ม รายได้ครอบครัว 80,001 - 150,000 บาท ($M=13.68$, $SD=1.78$) รายได้ครอบครัว >150,000 บาท ($M=13.61$, $SD=1.35$) รายได้ครอบครัว 20,001 - 40,000 บาท ($M=13.57$, $SD=1.68$) และรายได้ครอบครัว <20,000 บาท ($M=13.41$, $SD=1.35$) ตามลำดับในส่วนของการช่องทาง

ได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การได้รับความรู้จากผู้ปกครอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M=13.79$, $SD=1.81$) รองลงมาจากสื่อสังคมออนไลน์ ($M=13.70$, $SD=1.27$) ประสบการณ์ที่เคยเจ็บป่วย ($M=13.58$, $SD=1.59$) ที่โรงเรียน ($M=13.23$, $SD=1.84$) ส่วนโรคประจำตัวนั้น บุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคะแนนความรู้การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคสูงกว่าบุคคลที่มีโรคประจำตัว ($M=13.59$, $SD=1.57$) และผู้ที่มีโรคประจำตัว ($M=13.47$, $SD=1.25$)

ผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอยู่ระดับดี ($M=69.72$, $SD=10.87$) ผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิง ($M=69.84$, $SD=10.84$) มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสูงกว่าผู้ตอบแบบสอบถามเพศชาย ($M=69.41$, $SD=10.96$) นอกจากนี้ผู้ตอบแบบสอบถามที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ($M=71.03$, $SD=11.20$) มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสูงกว่านักเรียนที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 ($M=69.03$, $SD=10.10$) และชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ($M=69.78$, $SD=12.11$) ในส่วนของแผนการเรียน นักเรียนแผนการเรียนคณิต - อังกฤษ ($M=71.45$, $SD=10.02$) มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสูงกว่าผู้ตอบแบบสอบถามอื่น ๆ รองลงมาคือนักเรียนแผนการเรียนวิทย์ - คณิต ($M=70.41$, $SD=10.12$) นักเรียนแผนการเรียนสังคม/ภาษา ($M=64.73$, $SD=13.90$) และแผนการเรียนวิชาชีพ ($M=59.40$, $SD=15.72$) ตามลำดับ ในส่วนของ

อาชีพผู้ปกครอง อาชีพอื่น ๆ มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสูงสุด รองลงมาคือวิทยาศาสตร์การแพทย์ ($M=71.13$, $SD=12.29$) ตามด้วยครู/อาจารย์ ($M=70.97$, $SD=10.32$) พนักงาน/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ($M=69.46$, $SD=10.60$) เจ้าของธุรกิจ ($M=69.29$, $SD=10.74$) และรับจ้าง ($M=68.49$, $SD=10.94$) ตามลำดับ ในส่วนของรายได้ครอบครัวต่อเดือน รายได้ผู้ปกครอง 80,001 - 150,000 บาทต่อเดือน ($M=71.63$, $SD=8.89$) มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสูงสุด รองลงมาคือรายได้ผู้ปกครอง >150,000 บาทต่อเดือน ($M=70.46$, $SD=10.30$) รายได้ผู้ปกครอง 20,000 บาทต่อเดือน ($M=69.63$, $SD=10.71$) รายได้ผู้ปกครอง 40,001 - 80,000 บาทต่อเดือน ($M=69.16$, $SD=12.29$) รายได้ผู้ปกครอง <20,000 บาทต่อเดือน ($M=68.58$, $SD=11.27$) ในส่วนของช่องทางได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ช่องทางที่คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสูงสุดคือ ผู้ปกครอง ($M=71.26$, $SD=9.00$) ตามด้วยเพื่อน ($M=70.33$, $SD=12.58$) โรงเรียน ($M=69.62$, $SD=10.92$) สื่อสังคมออนไลน์ ($M=69.48$, $SD=10.93$) และประสบการณ์ที่เคยเจ็บป่วย ($M=60.33$, $SD=12.95$) ตามลำดับ ในส่วนของการมีโรคประจำตัวนั้น นักเรียนที่ไม่มีโรคประจำตัว ($M=70.12$, $SD=10.67$) มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสูงกว่านักเรียนที่มีโรคประจำตัว ($M=66.75$, $SD=11.90$)

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกัน และระดับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค (N=586)

ตัวแปร	N (%)	ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกัน (0 - 16) M (SD)	พฤติกรรมการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรค (17 - 85) M (SD)
เพศ			
ชาย	168 (28.7)	13.39 (1.82)	69.41 (10.96)
หญิง	418 (71.3)	13.65 (1.40)	69.84 (10.84)
ระดับชั้น			
มัธยมศึกษาปีที่ 4	154 (26.3)	13.53 (1.61)	71.03 (11.20)
มัธยมศึกษาปีที่ 5	304 (51.9)	13.67 (1.42)	69.03 (10.10)
มัธยมศึกษาปีที่ 6	128 (21.8)	13.43 (1.70)	69.78 (12.11)
แผนการเรียน			
วิทย์ - คณิต	486 (82.9)	13.63 (1.51)	70.41 (10.12)
คณิต - อังกฤษ	36 (6.1)	13.78 (1.51)	71.45 (10.02)
สังคม / ภาษา	49 (8.4)	13.16 (1.61)	64.73 (13.90)
วิชาชีพ	15 (2.6)	12.80 (2.24)	59.40 (15.72)
อาชีพผู้ปกครอง			
วิทยาศาสตร์การแพทย์	73 (12.5)	13.54 (1.76)	71.13 (12.29)
พนักงาน /ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	116 (19.8)	13.85 (1.62)	69.46 (10.60)
ครู/อาจารย์	38 (6.5)	13.89 (1.41)	70.97 (10.32)
เจ้าของธุรกิจ	157 (26.8)	13.38 (1.56)	69.29 (10.74)
รับจ้าง	140 (23.9)	13.46 (1.33)	68.49 (10.94)
อื่น ๆ	62 (10.6)	13.68 (1.52)	71.63 (9.96)

ตัวแปร	N (%)	ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกัน (0 - 16) M (SD)	พฤติกรรมกรรมการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรค (17 - 85) M (SD)
รายได้ครอบครัวต่อเดือน			
<20,000	139 (23.7)	13.41 (1.35)	68.58 (11.27)
20,001 - 40,000	158 (27.0)	13.57 (1.68)	69.63 (10.71)
40,001 - 80,000	115 (19.6)	13.69 (1.48)	69.16 (12.29)
80,001 - 150,000	92 (15.7)	13.68 (1.78)	71.63 (8.89)
>150,000	82 (14.0)	13.61 (1.35)	70.46 (10.30)
ช่องทางได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค			
ที่โรงเรียน	130 (22.2)	13.23 (1.84)	69.62 (10.92)
ผู้ปกครอง	61 (10.4)	13.79 (1.81)	71.26 (9.00)
สื่อสังคมออนไลน์	350 (59.7)	13.70 (1.27)	69.48 (10.93)
เพื่อน	21 (3.6)	13.14 (2.29)	70.33 (12.58)
ประสบการณ์ที่เคยเจ็บป่วย	24 (4.1)	13.58 (1.59)	69.33 (12.95)
มีโรคประจำตัว			
ไม่มี	516 (88.1)	13.59 (1.57)	70.12 (10.67)
มี	70 (11.9)	13.47 (1.25)	66.75 (11.90)
รวม	586 (100)	13.58 (1.54)	69.72 (10.87)

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเป็นรายข้อพบว่า ความรู้ที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ รับประทานอาหารเมื่อปรุงสุกใหม่ๆ (ร้อยละ 89.98) ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร ปรุงอาหาร และหลังการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 98.63) จำนวนผู้ตอบถูกเท่ากับกับคำถาม ควรดื่มน้ำที่สะอาดผ่านการกรอง หรือต้มให้สุก และภาชนะที่บรรจุต้องสะอาดทั้งภายในและภายนอก (ร้อยละ 98.63) ทางด้านคำถามที่ตอบถูกน้อยสุด 3 อันดับแรกได้แก่ วัคซีนโรคแพร่กระจายทางใด (ร้อยละ 29.86) โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น COVID-19 ใช้หวัดแพร่กระจายทางใด (ร้อยละ 69.62) และ โรคติดเชื้อคือ (ร้อยละ 63.99) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อและการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรค จำแนกเป็นรายข้อ (N=586)

คำถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อและการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรค	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)
1. รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ๆ	580 (98.98)
2. ควรดื่มน้ำที่สะอาด ผ่านการกรอง หรือต้มให้สุก และภาชนะที่บรรจุต้องสะอาด ทั้ง ภายในและภายนอก	578 (98.63)
3. ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร ปรุงอาหาร และหลังการขับถ่าย	578 (98.63)
4. ควรใช้จานชามซ้อนส้อมส่วนตัว ไม่รับประทานอาหารร่วมกัน	574 (97.95)
5. เชื้อโรคแบ่งออกเป็นกี่ประเภทอะไรบ้าง	566 (96.59)
6. เชื้อโรคแพร่กระจายได้กี่ทาง (Mode of Transmission)	551 (94.03)
7. ฝีดาษวานร แพร่กระจายเชื้อทางใด	536 (91.47)
8. ควรแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร และก่อนนอน	543 (92.66)
9. สามารถใส่เสื้อผ้าชุดเดิมซ้ำข้ามวันได้หากอยู่ในห้องแอร์	533 (90.96)
10. ควรล้างมือ 7 ขั้นตอนไม่ต่ำกว่า 20 วินาที	531 (90.61)
11. ผ้าเช็ดมือสามารถใช้ร่วมกันได้	513 (87.54)
12. อาหารที่ซื้อหรือสั่งมา ไม่ควรรับประทานจากห่อหรือกล่องบรรจุที่ร้านใส่ของส่ง มาควรเทใส่ชามที่บ้านเพื่อรับประทานเสมอ	507 (86.52)
13. ข้อใดต่อไปนี้เป็นโรคติดต่อทั้งหมด	409 (69.80)
14. โรคติดต่อทางเดินหายใจ เช่น COVID-19 ไข้หวัด แพร่กระจายทางใด	408 (69.62)
15. โรคติดต่อหมายถึงอะไร	375 (63.99)
16. วัณโรคแพร่กระจายทางใด	175 (29.86)

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเป็นรายข้อพบว่าพฤติกรรมที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 83.0 ปฏิบัติบ่อยครั้งร้อยละ 11.0 ปฏิบัติบางครั้งร้อยละ 4.0 ปฏิบัติบ้างร้อยละ 1.0 และ ไม่ปฏิบัติร้อยละ 3.0) จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ (ปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 81.0 ปฏิบัติบ่อยครั้งร้อยละ 6.0 ปฏิบัติบางครั้งร้อยละ 5.0 ปฏิบัติบ้างร้อยละ 2.0 และ ไม่ปฏิบัติร้อยละ 5.0) ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อเมื่อได้รับคำแนะนำจากแพทย์ (ปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 72.0 ปฏิบัติบ่อยครั้งร้อยละ 16.0 ปฏิบัติบางครั้งร้อยละ

9.0 ปฏิบัติบ้างร้อยละ 3.0 และ ไม่ปฏิบัติร้อยละ 1.0) ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติทุกครั้ง น้อยสุด 3 อันดับคือ ล้างมือทุกครั้งที่สัมผัสสิ่งของของผู้อื่น เช่น ดินสอ ปากกา โทรศัพท์มือถือ Tablet คีย์บอร์ดคอมพิวเตอร์ (ปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 25.0 ปฏิบัติบ่อยครั้งร้อยละ 17.0 ปฏิบัติบางครั้งร้อยละ 30.0 ปฏิบัติบ้างร้อยละ 19.0 และ ไม่ปฏิบัติร้อยละ 9.0) แปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร (ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 31.0 ปฏิบัติบ่อยครั้งร้อยละ 26.0 ปฏิบัติบางครั้งร้อยละ 29.0 ปฏิบัติบ้างร้อยละ 10.0 และไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 4.0) คุณออกจากบ้านเมื่อมีธุระที่จำเป็นเท่านั้น และ เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร (ปฏิบัติตามทุกครั้งร้อยละ 31.0 ปฏิบัติบ่อยครั้งร้อยละ 26.0 ปฏิบัติบางครั้งร้อยละ 29.0 ปฏิบัติบ้าง ร้อยละ 10.0 และ ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 4.0)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ แบบสอบถามที่มีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจำแนกเป็น รายข้อ (N=586)

พฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ บ้าง	ไม่ปฏิบัติ
1. อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	380 (65.0)	44 (8.0)	50 (9.0)	84 (14.0)	28 (5.0)
2. สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	314 (83.0)	40 (11.0)	14 (4.0)	2 (1.0)	10 (3.0)
3. ตัดเล็บมือ และเล็บเท้า ให้สั้นอยู่เสมอ	279 (48.0)	110 (19.0)	140 (24.0)	40 (7.0)	17 (3.0)
4. แปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร	175 (30.0)	127 (22.0)	175 (30.0)	68 (12.0)	41 (7.0)
5. ทำความสะอาดสถานที่อยู่ และรักษาความเป็น ระเบียบอยู่เสมอ	209 (36.0)	177 (30.0)	143 (24.0)	32 (5.0)	25 (4.0)
6. ล้างมือทุกครั้งที่สัมผัส หรือเล่นกับสัตว์เลี้ยง	333 (57.0)	123 (21.0)	90 (15.0)	23 (4.0)	52 (9.0)
7. ล้างมือทุกครั้งที่สัมผัสสิ่งของของผู้อื่น เช่น ดินสอ ปากกา โทรศัพท์ มือถือ Tablet คีย์บอร์ด คอมพิวเตอร์	144 (25.0)	101 (17.0)	178 (30.0)	111 (19.0)	52 (9.0)
8. (จะ) ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	473 (81.0)	38 (6.0)	31 (5.0)	2 (12)	31 (5.0)
9. คุณออกจากบ้านเมื่อมีธุระที่จำเป็นเท่านั้น และ เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร	183 (31.0)	150 (26.0)	171 (29.0)	56 (10.0)	26 (4.0)

พฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ บ้าง	ไม่ปฏิบัติ
10. สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อ	380 (65.0)	124 (21.0)	61 (10.0)	12 (20.0)	9 (2.0)
11. ในการเดินทางคุณใช้รถสาธารณะเมื่อจำเป็นเท่านั้น และ หลีกเลี่ยงบริเวณที่คนแออัด	312 (53.0)	148 (25.0)	93 (16.0)	14 (2.0)	19 (3.0)
12. ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อน รับประทานอาหาร หลังการใช้ห้องน้ำ หรือหลังจาก การไอจาม	299 (51.0)	128 (22.0)	125 (21.0)	26 (4.0)	8 (1.0)
13. คุณไม่สัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก หากไม่จำเป็น	212 (36.0)	143 (24.0)	172 (29.0)	43 (7.0)	16 (3.0)
14. คุณจะพยายามระวังตัว และป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อโรค ทั้งจากทางเดินหายใจ และการสัมผัส อย่างเคร่งครัด	288 (49.0)	160 (27.0)	110 (19.0)	18 (3.0)	10 (2.0)
15. ไม่ใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น	311 (53.0)	156 (27.0)	87 (15.0)	21 (4.0)	11 (2.0)
16. เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงร้อน ปรุงสุกใหม่ๆ และแยกอาหารตนเองกับผู้อื่น หรือ หากรับประทานอาหาร ร่วมกันก็ใช้ช้อนกลาง	347 (59.0)	146 (25.0)	74 (13.0)	12 (2.0)	7 (1.0)
17. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อเมื่อได้รับคำแนะนำ จากแพทย์	421 (72.0)	95 (16.0)	51 (9.0)	16 (3.0)	3 (1.0)

เพศ ระดับชั้น แผนการเรียน อาชีพผู้ปกครอง รายได้ครอบครัวต่อเดือน ช่องทางการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขอนามัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค โรคประจำตัว และ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ และการป้องกัน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค (Multiple R = 0.25, F=4.794, p - value <0.001) โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 6.2 (R²=0.062) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Beta) จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 9 ตัวแปรพบว่า รายได้ครอบครัวต่อเดือนเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคมามากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลเชิงบวก (Beta =0.102, t=2.251, p - value <0.05) ส่วน เพศ ระดับชั้น แผนการเรียน อาชีพผู้ปกครอง ช่องทางการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขอนามัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค โรคประจำตัว และ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของผู้ตอบแบบสอบถาม
(N=586)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p - value
1. เพศ	0.966	1.005	0.40	0.9262	0.337
2. ระดับชั้น	- 0.327	0.645	- 0.21	- 0.507	0.613
3. แผนการเรียน	- 2.749	0.613	- 0.185	- 4.482	0.000
4. อาชีพผู้ปกครอง	0.124	0.303	0.018	0.410	0.682
5. รายได้ครอบครัวต่อเดือน	0.818	0.363	0.102	2.251	0.025
6. ช่องทางการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขอนามัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค	- 0.129	0.442	- 0.012	- 0.291	0.771
7. โรคประจำตัว	- 3.224	1.366	- 0.96	- 2.359	0.019
8. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ	0.558	0.289	0.079	1.927	0.054

Multiple R= .25, R²=.062, Adj R²= .049, F=4.794, p - value <0.001**อภิปรายผล**

ในการศึกษารังนี้วัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 586 คน เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.3 ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 51.9 ส่วนใหญ่ศึกษาในแผนการเรียนวิทย์ - คณิต ร้อยละ ร้อยละ 82.9 ผู้ปกครองของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเจ้าของธุรกิจ ร้อยละ 26.8 กลุ่มรายได้สูงสุดคือระดับรายได้ต่อเดือนที่ 20,001 - 40,000 บาท ร้อยละ 27.0 ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจาก สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 59.7 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.1

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันอยู่ระดับดี (M=13.58, SD=1.54) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษารังนี้เก็บข้อมูลในช่วง ตุลาคม - พฤศจิกายน 2565 ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้มีประสบการณ์กับโรคอุบัติใหม่ COVID-19 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อที่แพร่กระจายได้เร็วและส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อ และมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จากสถานการณ์นี้ส่งผลให้ผู้คนได้มีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค อีกทั้งการระบาดของ COVID-19 เป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสังคมอย่างมาก ประชาชนที่สนใจติดตามข่าวการแพร่ระบาดหาข้อมูล ฟังข่าวเกี่ยวกับการแพร่ระบาด และแนวทางการป้องกัน รวมทั้งกลุ่มผู้ตอบ

แบบสอบถามซึ่งเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนใหญ่มีอุปกรณ์สื่อสารและสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางอินเทอร์เน็ต จึงค้นคว้าหาข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่กำลังระบาดและข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้

ผลการศึกษารั้ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการความรู้และการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งพบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ เช่น COVID-19 และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคในระดับดี⁽¹⁶⁾ ในขณะที่นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายบางกลุ่ม ที่ไม่ได้ตระหนักถึงความเสี่ยงในการได้รับเชื้อโรค ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการหาความรู้และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค⁽¹⁵⁾ เนื่องจากอาจไม่เห็นความสำคัญ ไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคนั้นๆ⁽¹⁷⁾

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ช่วยให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ถูกต้อง จากผลการศึกษาของ ฮานี กล่อมใจ และคณะ⁽¹⁸⁾ เกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และมีพฤติกรรมการป้องกันไวรัสโคโรนาอยู่ระดับมาก ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการป้องกันจากโทรทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุข และอินเทอร์เน็ต มากกว่าร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 51 - 60 ปี

สำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ควรเพิ่มบทเรียนหรือการให้ความรู้แก่นักเรียน เกี่ยวกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค เพื่อให้ นักเรียนทุกวัยได้ตระหนักถึงความสำคัญ และเป็นการสร้างพื้นฐานที่ดีเรื่องสุขอนามัยในระยะยาว ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการควบคุมโรคหากมีการระบาด

การวิเคราะห์คำถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค พบว่า 3 คำถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามถูกมากที่สุด เป็นคำถามเกี่ยวกับสุขอนามัย เช่น รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ๆ ตอบถูกร้อยละ 98.98 ควรดื่มน้ำที่สะอาด ผ่านการกรอง หรือต้มให้สุก และภาชนะที่บรรจุ ตอบถูกร้อยละ 98.63 และ ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร ปรุงอาหาร และหลังการขับถ่าย ตอบถูกร้อยละ 98.63 ในขณะที่คำถามที่ตอบถูกน้อยสุด 3 อันดับแรก เป็นคำถามเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทั้งหมด เช่น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น วัณโรคแพร่กระจายทางใด ตอบถูกร้อยละ 29.86 โรคติดเชื้อคือ ตอบถูกร้อยละ 63.99 และ COVID-19 ใช้หวัด แพร่กระจายทางใด ตอบถูกร้อยละ 69.62 แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากการระบาดของ COVID-19 ในปีที่ผ่านมา ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเป็นเรื่องที่ลึกกว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจึงตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องโรคติดเชื้อได้น้อยกว่า คำถามเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค เช่น โดยทั่วไปเชื้อโรคแพร่กระจายได้กี่ทาง (Mode of transmission) ถูกต้องร้อยละ 94.03 ในขณะที่

คำถามเกี่ยวกับ Mode of Transmission ของโรค เช่น COVID-19 ไข้หวัด แพร่กระจายอย่างไร ตอบถูกร้อยละ 69.62 ผิดาขวนรแพร่กระจายได้ อย่งไร ตอบถูกร้อยละ 91.47 และ วัณโรค แพร่กระจายได้อย่างไร ตอบถูกร้อยละ 29.86 แสดงให้เห็นว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อโรค กับโรคที่กำลังเกิดขึ้น เนื่องจากโรคเหล่านี้ กำลังเป็นข่าวดังในขณะนั้น ส่วนโรคติดเชื้อที่ยังคงมี การแพร่กระจายเชื้ออยู่ ซึ่งไม่ได้อยู่ในความสนใจ ของประชาชน จึงอาจไม่ได้ตระหนักถึง

การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรค พบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อโรคอยู่ระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากการ ระบาดของ COVID-19 ที่ผ่านมา มีการรณรงค์เรื่อง สุขอนามัยเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายของ COVID-19 ทั้งการให้ความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ ประกอบกับการให้ความร่วมมือของทั้งภาครัฐ และ เอกชน ร้านค้า และประชาชน ในการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรค เช่น เจลแอลกอฮอล์ สบู่ล้างมือ การกำหนดให้ใส่ หน้ากากอนามัยในบางพื้นที่ และการปฏิบัติตาม แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ทำให้ ประชาชนได้เรียนรู้ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขอนามัย อย่างต่อเนื่องมาตลอด ส่งผลให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี

เมื่อวิเคราะห์คำถามวัดระดับพฤติกรรมการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคพบว่า คำถามที่ ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตามน้อยสุดคือ ล้างมือ ทุกครั้งที่สัมผัสสิ่งของของผู้อื่น เช่น ดินสอ ปากกา

โทรศัพท์มือถือ Tablet คีย์บอร์ดคอมพิวเตอร์ (ปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 25.0 ปฏิบัติบ่อยครั้งร้อยละ 17.0 ปฏิบัติบางครั้งร้อยละ 30.0 ปฏิบัติบ้างร้อยละ 19.0 และ ไม่ปฏิบัติร้อยละ 9.0) และ คุณออกจาก บ้านเมื่อมีระยะที่จำเป็นเท่านั้น และ เว้นระยะห่าง จากผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร (ปฏิบัติตามทุกครั้ง ร้อยละ 31.0 ปฏิบัติบ่อยครั้งร้อยละ 26.0 ปฏิบัติ บางครั้งร้อยละ 29.0 ปฏิบัติบ้าง ร้อยละ 10.0 และ ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 4.0) จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ยังคงมี พฤติกรรมเสี่ยงในการรับหรือแพร่กระจายเชื้อโรค ทั้งทางการสัมผัส ละอองฝอย และทางอากาศ

สำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ความรู้ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไม่ได้มีสอนในหลักสูตรการเรียน ความรู้เหล่านี้เป็นความรู้ที่ได้รับจากนอกห้องเรียน ดังนั้นนักเรียนที่สนใจความรู้รอบตัว ประเด็นสังคม ต่าง ๆ อาจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคติดเชื้อ และการป้องกันด้วยตนเอง จากผลการศึกษาคั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับ ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยและการป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อโรค จากสื่อสังคมออนไลน์ ($M=350$, $SD=59.7$) แสดงให้เห็นช่องทางนี้เป็นช่องทางที่ สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้อย่างทั่วถึง ในขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้รับ ข่าวสารจากผู้ปกครองได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคติดเชื้อและการป้องกันสูงที่สุด ($M=13.79$, $SD=1.81$) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ โรคติดเชื้อและการป้องกันจากผู้ปกครองเป็นช่อง ทางที่มีประสิทธิภาพที่สุด อาจเป็นเพราะการสื่อสาร ระหว่างผู้ปกครองกับนักเรียนในการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเป็นแบบการสื่อสารสองทาง (Two - way Communication) บุตรหลานสามารถ

ถามได้หากไม่เข้าใจ จากผลการศึกษานี้อาจกล่าวได้ว่าการเผยแพร่ความรู้ให้ประชาชนสามารถทำได้ อย่างมีประสิทธิภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ โดยการ ผลิตเนื้อหาที่ครอบคลุมทุกประเด็น ทุกรายละเอียด และสามารถให้คำตอบในทุก ๆ คำถามที่ผู้รับข้อมูล อาจสงสัย

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และ พฤติกรรมการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอยู่ระดับดี แต่ความ รู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อที่ยังคงเป็น ปัญหาสาธารณสุขอยู่ เช่น วัณโรคแพร่กระจายได้ อย่างไร หรือ COVID-19 ไข้หวัด แพร่กระจายได้ อย่างไร ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ยังขาดความ รู้ ซึ่งการขาดความรู้ในเรื่องเหล่านี้อาจส่งผลให้ขาด ความตระหนักในการป้องกันโรคเหล่านั้น และอาจ นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของ โรคที่ไม่เคร่งครัด

สรุป

ในการศึกษาครั้งนี้วัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ และการป้องกัน และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อโรค โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 586 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.3 ศึกษา อยู่ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 51.9 ผู้ตอบ แบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับ สุขอนามัยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค จาก สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 59.7 ผู้ตอบ แบบสอบถามส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อโรคอยู่ระดับดี ($M=13.58$, $SD=1.54$) คำถาม ที่ตอบถูกมากที่สุดเป็นคำถามเกี่ยวกับการป้องกัน

การแพร่กระจายเชื้อโรค ส่วนคำถามที่ตอบถูก น้อยสุดเป็นคำถามเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อโรค ทางด้านพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อโรค ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีคะแนน พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค อยู่ระดับดี ($M=69.72$, $SD=10.87$) รายได้ต่อเดือน ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนาย พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta\ 0.102$, $p<0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการส่งเสริมให้นักเรียนระดับ มัธยมศึกษาตอนปลายความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอย่างเป็น ระบบในสถานศึกษาเพื่อให้นักเรียนเข้าใจอย่าง ถ่องแท้ เนื่องจากการให้ความรู้แบบ 2 ทาง (2-way communication) หากนักเรียนไม่เข้าใจก็สามารถ ถามผู้สอนได้จนเข้าใจ ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้นักเรียน เข้าใจในเนื้อหาอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ช่องทางในสื่อออนไลน์เนื่องจากเป็นช่องทาง ที่เข้าถึงได้ง่าย เข้าถึงผู้สนใจได้เป็นจำนวนมาก และเป็นที่ยอมรับในกลุ่มนักเรียน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยนี้สามารถดำเนินงานจน สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จาก โรงเรียน ครู และนักเรียน ในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ให้ ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ธัญชนก เพ็ชรตระกูล, อาภัสรา สังขฤกษ์, ธนัชชา ดวงแก้ว, ณภัทร วัฒนโรจนาร, เทพสุดา นาคดวงตา, วุฒิภัทร วีระเปรม และคณะ. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในประเทศไทย. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):58-75.

Suggested citation for this article

Phettrakool T, Sangkharerk A, Duangkaew T, Wattanarojanaporn N, Nakduangta T, Veeraprem W. Knowledge and Preventive Behavior toward Infectious Diseases and Pathogen Transmission among High School Students in Thailand. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):58-75.

เอกสารอ้างอิง

1. Jarus O. Livescience.com [Internet]. New York: Live Science; c2023 [cited 2023 Feb 3]. Available from: <https://www.livescience.com/worst-epidemics-and-pandemics-in-history.html>
2. Piret J, Boivin G. Pandemics Throughout History. Frontiers in Microbiology. 2021;11:1 - 16.
3. International team of developers, researchers, volunteers. Worldometers.info [Internet]. Delaware: Worldometers; c2023 [cited 2023 Feb 1]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
4. สมชัย จิตสุชน. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://tdri.or.th/2021/01/impact-of-new-covid-19-wave/>
5. Belghith NBH, Arayavechkit T. Worldbank.org [Internet]. Washington, DC: Worldbank; 2021. [cited 2023 Feb 3]. Available from: <https://blogs.worldbank.org/th/eastasiapacific/phlkrathbkhxngokhwid-19-txkhraweruuxnpraethsithy>
6. กลุ่มงานสื่อสารสังคม. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2021 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/2242>
7. ดิลฉัตร ชุสสุโพวา. องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: พระอาทิตย์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/th/stories/ผลกระทบสำคัญ-5-ด้าน-ของโรคโควิด-19-ที่มีต่อเด็กในประเทศไทย>

8. สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. องค์ความรู้ (factsheet) โรคติดต่ออุบัติใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pidst.or.th/A366.html>
9. พวงทอง ไกรพิบูลย์. หาหมอ.com [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: หาหมอ; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://haamor.com/โรคอุบัติใหม่>
10. ประเสริฐ เอื้อวรากุล. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) [อินเทอร์เน็ต]. ปทุมธานี: สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.); 2557 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/04_ศ.นพ.ประเสริฐ_เอื้อวรากุล.pdf
11. เปลว สีเงิน. ไทยโพสต์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สารสู่นาคต; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipost.net/district - news/97193/>
12. อภิสมัย ศรีรังสรรค์. สำนักข่าวทูเดย์ [อินเทอร์เน็ต]. ปทุมธานี: ไทย บรอดคาสติ้ง; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://workpointtoday.com/bkkcluster/>
13. เกษติติข่าวสาร. คมชัดลึกออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คมชัดลึก; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.komchadluek.net/covid - 19/504838>
14. Vathanakitanond S, Intaporn - Udom K. Knowledge, Attitudes and preventive behaviors toward pathogens transmission: A study among Grade 10–12 students of Mahidol University International Demonstration School at Nakhon Pathom. International Journal of Medical Science and Public Health. 2021;10(1):101-6.
15. รินรดา เดชสุวรรณชัย. ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมกำรป้องกัน COVID - 19 ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2564;6(2):1-15.
16. Petpaiboon T. Knowledge, attitudes and preventive behaviors toward coronavirus disease - 19: A study among high school students in Bangkok. International Journal of Medical Science and Public Health. 2021;10(1):62 - 7.
17. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. Health Belief Model Health Literacy, Reinforcement theory of motivation [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://doh.hpc.go.th/data/bse_manual/BC12_HealthBelieveModel.pdf
18. ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, ทักษิภา ชัชรรัตน์. การศึกษาความรู้และพฤติกรรมกำรป้องกัน COVID-19 ประชาชนในเขตพื้นที่ ตำบลบ้านสาง อำเภอมือง จังหวัดพะเยา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2563;21(2):29-39.

การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสังคมปกติวิถีใหม่ สู่ยุคปกติถัดไป

Nursing Care for Orthopedic Patients in New Normal to Next Normal Era

ปรเมษฐ์ อินทร์สุข¹, สุพร วรรณกุล²

¹มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ²มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

Poramate Insook¹, Tanaporn Wannakul²

¹Ragamangala University of Technology Thanyaburi, ²North Bangkok University

Received 2023 Jan 13, Revised 20223 Feb 5, Accepted 20223 Feb 22

DOI: 10.14456/iudcj.2023.18

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยทุกโรค รวมทั้งผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยหรือมีปัญหาระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ เช่น กระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น เป็นต้น และการรักษาผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มีการรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยยา และอื่น ๆ ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มีโอกาสดูติดเชื้อโควิด 19 แล้วทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้มากที่สุด หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้มีการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลผู้ป่วยของสถานพยาบาล จึงส่งผลให้การเข้าถึงการบริการสุขภาพยากมากขึ้น ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จึงมีการแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามลักษณะความบาดเจ็บ และมีแนวทางการจัดการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีจัดลำดับความสำคัญของแต่ละกลุ่มโรคในการรักษา โดยมีปัจจัยที่ต้องพิจารณาวิธีการรักษา จะผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด จากภาวะของโรค อาการที่เป็น รวมทั้งระยะเวลาและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ โรคร่วม การมีภาวะวิกฤต การจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งอเมริกาสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด การประเมินการทำหน้าที่ เป็นต้น รวมทั้งพิจารณาทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ เช่น ชุดป้องกันการติดเชื้อ บุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มีระยะเวลาในการรอผ่าตัดที่ยาวนานขึ้น ส่วนกลุ่มผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาหรือผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัด มีการปรับรูปแบบการพยาบาลในผู้ป่วยในสังคมวิถีใหม่ โดยอาศัยเทคโนโลยีทางไกล ในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และเพื่อติดตามอาการและอาการแสดง และติดตามการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสังคมวิถีใหม่ มุ่งเน้นการเว้นระยะห่างทางสังคม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อนำไปสู่ยุคปกติถัดไป บทความนี้จะเสนอความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสถานการณ์โควิด 19 แนวทาง

การจัดการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสถานการณ์โควิด 19 การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสังคมปกติวิถีใหม่ เพื่อนำไปสู่ยุคปกติถัดไป เพื่อให้ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อหลุด ข้อติดขัด ติดเชื้อในข้อเทียม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์, การดูแล, สังคมปกติวิถีใหม่, ยุคปกติถัดไป

Abstract

The COVID-19 epidemic has affected the treatment of all patients, including orthopedic patients, who have problems with the musculoskeletal system such as bones, muscles, and ligaments. The treatment for orthopedic patients includes operations, medications, and others. With improper management, orthopedic patients are at risk of COVID-19 infection, which can lead to complications and death. During the COVID-19 outbreak situation, the patient care system of the healthcare facility has been changed, making access to health services more difficult. Thus, in the care of orthopedic patients, patients are divided into groups based on the characteristics of their injuries, and guidelines for the management of orthopedic patients following orthopedic conditions for treatment are available. Then, factors and treatment methods such as surgery or non-surgery from the disease's condition, signs and symptoms, duration, and other related factors such as aged, comorbidities, critical criteria, physical functional status, including healthcare resources such as medical equipment and healthcare professionals, were assessed among patients undergoing operative treatment using the criteria of the American Society of Anesthesiologists. As a result, orthopedic patients were delayed in surgery and had to wait longer than usual. The non-surgery or medication therapy group or who are waiting for surgery adopted the new normal nursing care via telehealth support, which encourages their knowledge, follow-up, and continuous clinical change monitoring. However, the new normal of orthopedic nursing care aims to promote social distancing and prevention of infection control to the next normal era. This article discusses orthopedic patients in the COVID-19 outbreak, the management of orthopedic patients with COVID-19 pandemic, and nursing care for orthopedic patients from the new normal to the next normal era. Furthermore, some orthopedic patients are capable of self-care management. Among these are lowering the risk of complications such as joint dislocation, stiffness and prosthesis joint infection, as well as improving quality of life.

Keywords: Orthopedic Patients, Nursing Care, New normal, Next normal

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 มีการประกาศการค้นพบเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในวงศ์โคโรนาไวรัส เริ่มจากการพบผู้ป่วยปอดอักเสบจำนวนมาก โดยเมื่อทำการสอบสวนโรคพบว่ามีความเชื่อมโยงกับการสัมผัสสิ่งแวดล้อมและมีสถานที่ร่วมกัน ได้แก่ ตลาดค้าสัตว์ป่าและอาหารทะเลในมณฑลอุฮั่นในประเทศจีน โดยองค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคที่พบเป็นโรคอุบัติใหม่ ชื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาหรือโควิด 19 (COVID-19) จากการติดเชื้อไวรัส SAR-CoV-2 และพบการแพร่กระจายเชื้อไวรัสแพร่ไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วทั้งในประเทศจีน⁽¹⁾ และในหลายประเทศ เช่น เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น เยอรมนี ฝรั่งเศส อิตาลี สเปน รวมทั้งประเทศไทย ส่งผลให้ประชากรทั่วโลกได้รับผลกระทบทางสุขภาพ เจ็บป่วยทั้งเฉียบพลัน และวิกฤต ทำให้เสียชีวิตในที่สุด โดยทั่วโลกเสียชีวิตมากกว่า 6.5 ล้านคน⁽²⁾ ทำให้ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกต้องมีการปรับนโยบายและการปฏิบัติเชิงรุก และตั้งรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัส เนื่องพหุอภิมหาภัยของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายล้มเหลว เกิดพายุไซโตไคน์⁽³⁾ โดยเฉพาะระบบหายใจและการแลกเปลี่ยนแก๊ส และทำให้เสียชีวิตจากขาดออกซิเจน การกำซาบและการแลกเปลี่ยนแก๊สระดับเนื้อเยื่อลดลง อีกทั้งส่วนใหญ่ในผู้ที่รอดชีวิต ภายหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังพบอาการและอาการแสดงของภาวะลองโควิด (long COVID-19) เช่น อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ ไอ ระบบหัวใจและหลอดเลือดผิดปกติ ระบบความจำ เป็นต้น⁽⁴⁾

ผลกระทบของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อชีวิตประจำวันของประชากร

ทั่วโลก ครอบครัว และสังคม นานาชาติทั่วโลกนั้นส่งผลกระทบที่สำคัญต่อประชาชนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เจ็บป่วย เฉียบพลัน วิกฤต อุกเหตุนั้นและเรื้อรังในทุกกระบวนที่มีปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ เช่น กระดูก ข้อ เอ็น กล้ามเนื้อ เป็นต้น ก็ได้รับผลกระทบนี้จากการแพร่ระบาดของโควิด 19 เช่นกัน สามารถจำแนกประเภทกลุ่มผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เป็นประเภทได้ ดังนี้ กลุ่มออร์โธปิดิกส์บาดเจ็บ (orthopedic trauma) กลุ่มโรคกระดูกเมตาบอลิก (metabolic orthopedic) กลุ่มออร์โธปิดิกส์ผู้สูงอายุ (Orthogeriatric) และกลุ่มเนื้องอกกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อน (tumor orthopedic) ซึ่งต้องได้รับการรักษาแบบผ่าตัดและการรักษาประคับประคองตามอาการในแต่ละผู้ป่วยกลุ่มโรคที่กล่าวมา พยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนหนึ่งในทีมการดูแลรักษาผู้ป่วย (patient care team, PCT) ให้การรักษาพยาบาล ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีรูปแบบการพยาบาล การดำเนินชีวิตประจำวัน และรูปแบบสังคมวิถีชีวิตใหม่ (new normal)⁽⁵⁾ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นสังคมปกติถัดไป (next normal) พยาบาลวิชาชีพจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยบทความนี้ผู้เขียนได้มุ่งเน้นการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสังคมปกติวิถีใหม่สู่ยุคปกติถัดไป แต่ยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนการศึกษาและความล่าช้าของการศึกษา ผู้เขียนจึงยกตัวอย่างของหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์แต่ละประเภท เพื่อแสดงให้เห็นแนวทางและความจำเป็นในการพัฒนาทีมบุคลากรทางสุขภาพ (patient care team) ในการดูแลผู้ป่วย

ออร์โธปิดิกส์ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด
โควิด 19 โดยมีประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่ ผู้ป่วย
ออร์โธปิดิกส์ในสถานการณ์โควิด 19 แนวทางการ
จัดการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสถานการณ์โควิด 19
การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสังคมปกติวิถีใหม่

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสถานการณ์ โควิด 19

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ เช่น กระดูก
ข้อ เอ็น กล้ามเนื้อ เป็นต้น โรคทางออร์โธปิดิกส์
เป็นกลุ่มโรคที่มีความหลากหลายของพยาธิสภาพ
ได้แก่ กระดูกหัก (fractures) เคลื่อน (dislocations)
เอ็นฉีกขาด กล้ามเนื้อฉีก บาดเจ็บที่เอ็น ข้ออักเสบ
(osteoarthritis) กระดูกพรุน (osteoporosis)
ปวดหลังส่วนล่าง (low back pain) กระดูกสันหลังคด
(scoliosis) มะเร็งกระดูก และความผิดปกติ
ปริกำเนิดของกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ (congenital
anomalies) เป็นต้น⁽⁶⁾

การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็น
ไวรัสสายพันธุ์ใหม่ มีการแพร่ระบาดและส่งผลกระทบ
ต่อภาวะสุขภาพของประชากรทั่วโลก โดยองค์การ
อนามัยโลกได้ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางภาวะสุขภาพ
การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลอย่างมาก
ต่อสุขภาพของประชากร และมีผลกระทบโดยตรง
ต่อบุคลากรทางสาธารณสุข และการให้บริการ
ของระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เป็น
กลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบนี้ จากการสืบค้น
ฐานข้อมูล 2 ฐานข้อมูล ได้แก่ scopus และ PubMed
ในช่วง ปี ค.ศ. 2019-2023 โดยใช้คำสำคัญในการ
ค้นหา เช่น “orthopaedic in COVID-19”,
“hip fracture and COVID-19”, “knee

arthroplasty and/or COVID-19 pandemic”,
“orthopaedic trauma service and/or
COVID-19”, “osteoarthritis COVID-19 pandemic”,
“osteoporosis AND COVID-19” เป็นต้น
พบว่าไม่ได้มีการศึกษารวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย
ออร์โธปิดิกส์ทั้งหมด จะพบการศึกษาหรือ
การรายงานในกลุ่มแต่ละโรคต่าง ๆ เช่น กระดูก
สะโพกหัก โรคภาวะกระดูกพรุน กลุ่มออร์โธปิดิกส์
บาดเจ็บ โรคข้ออักเสบ เป็นต้น

กลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (hip fracture)
Wang และคณะ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาอัตราการเสียชีวิตของ
ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์กลุ่มกระดูกสะโพกหัก จำนวน
2,248 คน พบผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ติดเชื้อ
โควิด 19 จำนวน 365 คน เสียชีวิตภายหลังผ่าตัด
กระดูกสะโพกหัก จำนวน 119 คน อัตราการ
เสียชีวิต ร้อยละ 32.6 ได้ผลลัพธ์ในทางคลินิกไม่ดี
เท่าที่ควร เช่นกันกับ Nazemi และคณะ⁽⁸⁾ ทำการ
ศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนเพื่อเปรียบเทียบ
ผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
ก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดโควิด 19 ในสถาน
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งในรัฐนิวยอร์ก
สหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 159 คน
ร้อยละ 7.1 ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยพบว่ามีสัดส่วน
ของเพศชายมากกว่าเพศหญิง และระยะเวลาในการ
รักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพก
สั้นลง ส่วนอุบัติการณ์แทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่
เกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังผ่าตัด และมีอาการแสดง
เฉพาะที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (superficial
incisional surgical site infection) ภาวะลิ่มเลือด
อุดตันหลอดเลือด (deep vein thrombosis) ภาวะ
พิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) เป็นต้น และ Crozier-Shaw
และคณะ⁽⁹⁾ ได้รายงานการศึกษาย้อนหลังจากใน

เวชระเบียนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 45 คน พบว่าการติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลทำให้อุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีการติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 66 ($p=0.02$) เนื่องจากการติดเชื้อโควิด 19 ทำให้เป็นปัจจัยส่งเสริมการเสียชีวิตภายหลัง 30 วันของการรักษาเพิ่มขึ้นอยู่บ้าง ซึ่ง Amzallag และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบว่าในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ลักษณะ การรักษา และผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติในลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย แม้ว่าจะถูกการจำกัดเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพที่มีอย่างจำกัด แต่ก็ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างชัดเจนก็ตาม จึงสอดคล้องกับการศึกษาในช่วงการล็อกดาวน์ (lock down) ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศสเปน ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักไม่แตกต่างอย่างชัดเจน แต่พบว่าการจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งอเมริกา (American Society of Anesthesiologists, ASA) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดมีความรุนแรงมากขึ้น⁽¹¹⁾

นอกจากกลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อไหล่ เป็นต้น มีการปรับการผ่าตัดเป็นแบบนัดหมาย จากการแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้ต้องนัดหมายมาเพื่อผ่าตัด เพื่อลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล⁽¹²⁾ ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม จะเป็นการรักษาของผู้ป่วยที่มีโรคข้อเสื่อม หรือภาวะเปราะบางกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนได้เช่นกัน ในช่วงโควิด 19 ทำให้มี

ผู้ป่วยกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนสูงถึง 86,412 คน ในผู้สูงอายุในพื้นที่คาตาลัน ประเทศสเปน⁽¹³⁾ ทำให้อัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักจากกระดูกพรุนน้อยกว่าช่วงก่อนการแพร่ระบาด แต่อัตราการเสียชีวิตก็สูงเท่าๆ เดิม ซึ่งได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด 19 โดยภูมิคุ้มกันของผู้สูงอายุเสื่อมถอย จึงทำให้เสียชีวิตในที่สุด ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน และกลุ่มโรคเรื้อรังทางออร์โธปิดิกส์ได้รับผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล เป็นการตั้งรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต จากโควิด 19 ทำให้เข้าถึงการมาตรวจตามนัดอาจจะต้องเลื่อนออกไปบางครั้ง หรือปรับการรักษาพยาบาลผ่านทางโทรศัพท์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sadighi และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาการจัดการภาวะกระดูกหักจากการได้รับบาดเจ็บในประเทศอิหร่านในช่วงสถานการณ์โควิด 19 พบปัญหาหลายประการ เช่น การขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระยะเวลาการวินิจฉัยโควิด 19 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เป็นต้น ทำให้ระยะเวลาในการผ่าตัดล่าช้าออกไป จากการรอฟผลการวินิจฉัยโควิด 19 ประมาณ 0.8-3.8 วัน ทำให้การจัดการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้รับผลกระทบมากมาย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ทำให้มีระยะเวลาในการรอผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งอุปกรณ์ เวชภัณฑ์และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นเกี่ยวข้องกับการจัดการเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เพื่อการวินิจฉัยและความปลอดภัยตามมาตรฐานการรักษาในการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เช่นกัน

แนวทางการจัดการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสถานการณ์โควิด 19

สถานการณ์การแพร่ระบาดของของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ปลายปี 2562 จนถึงปัจจุบัน มีแนวโน้มที่จะคงอยู่และกลายเป็นโรคประจำถิ่น ทำให้สถานการณ์การจัดการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพมาร่วมดูแลและรักษาพยาบาล รวมทั้งการพยาบาลต้องมีความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายต่าง ๆ ทั้งจากการติดเชื้อโควิด 19 และภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ เช่น การเสียเลือด (bleeding) การบาดเจ็บของเส้นเลือดและเส้นประสาทส่วนปลาย(neurovascular injuries) ความปวด (pain) การติดเชื้อ เป็นต้น

การจัดกลุ่มความสำคัญของกลุ่มผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ มีความจำเป็นและสำคัญอย่างมาก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การบริหารความเสี่ยงและปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากที่สุด และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด 19 จากปัจจัยที่มีอิทธิพล เช่น การอักเสบภาวะสูงอายุทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จึงมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องได้รับการตรวจหาเชื้อโควิด 19 การเว้นระยะห่างของเตียง หรือจัดการพื้นที่ (zoning) ภายในหอผู้ป่วย การสวมหน้ากากอนามัยตลอดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล การตรวจสอบปริมาณคงเหลือของเวชภัณฑ์การป้องกัน การติดเชื้อ ชุด Personal Protective Equipment (PPE) การตรวจเช็คอุปกรณ์ช่วยเหลือชีวิตฉุกเฉิน การเลือกใช้ห้องผ่าตัดระบบความดันลบสามารถกรองอากาศได้ เป็นต้น ทำให้เกิดความกังวล

เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 เพื่อให้ได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาของการล่าช้าในการผ่าตัดออกไปนั้น เป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ Sarac และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เผยแพร่ออกมาเกี่ยวกับแนวทางการจัดการการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ และสอดคล้องกับข้ออภิปรายของราชวิทยาลัยวิสัญญีและราชวิทยาลัยศัลยกรรมแห่งประเทศไทยแห่งอังกฤษ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบออกมาเป็นข้อแนะนำในการจัดการการผ่าตัดในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 เน้นการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน (elective)⁽¹⁶⁾ มากกว่าการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (emergency) เช่นเดียวกันกับ Massey และคณะ⁽¹⁷⁾ ได้จัดลำดับความสำคัญและแบ่งประเภทของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ออกเป็น 5 กลุ่ม และได้ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์แต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่ม A ควรได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง เช่น กระดูกหักแบบเปิด กระดูก femur หักในเด็ก กระดูกเชิงกรานหักแบบสูญเสียเลือด กระดูกหักร่วมกับการบาดเจ็บของเส้นเลือด การได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและไขประสาท เป็นต้น

กลุ่ม B ควรได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง เช่น กระดูก femur ส่วนหัวหักในผู้สูงอายุ กระดูก femur ส่วน intertrochanteric หัก กระดูกข้อเทียมหัก (periprosthetic fracture) กระดูกหักแบบมีพยาธิสภาพ (pathologic fractures) เป็นต้น

กลุ่ม C ควรได้รับการผ่าตัดภายใน 2 สัปดาห์ เช่น กระดูกข้อเท้าหัก กระดูกแขนหัก (radius and ulna fractures) กระดูกหักบริเวณเบ้าข้อสะโพก (acetabular fracture) การซ่อมเส้นเอ็น เป็นต้น

กลุ่ม D สามารถชะลอการผ่าตัดช่วงสั้น ไม่ควรเกิน 3 เดือน เช่น กระดูกสันหลังหักร่วมกับ โรครากประสาท (radiculopathy) กระดูกสันหลัง ทับเส้นประสาท (cervical myelopathy) เส้นเอ็น ไหล่ฉีกขาด (rotator cuff tear) การผ่าตัดซ่อมแซม เอ็นไขว้หน้า (ACL reconstruction) เป็นต้น

กลุ่ม E สามารถชะลอการผ่าตัดออกไป มากกว่า 3 เดือน เช่น โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน (spondylolisthesis) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม (arthroplasty) เช่น ข้อไหล่ ข้อเข่า ข้อสะโพก เป็นต้น

จากการจัดกลุ่มความสำคัญของผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์แต่ละกลุ่ม ที่อาจจะต้องมีความจำเป็น ต้องเลื่อนหรือชะลอการผ่าตัดไปก่อน เนื่องจาก แพทย์ออร์โธปิดิกส์อาจจะพิจารณาจากความเหมาะสม และความจำเป็นของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยกลุ่ม A และ กลุ่ม B ควรได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมง ตามลำดับ พิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ โรคร่วม การมีภาวะวิกฤต การจำแนกผู้ป่วย ตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งอเมริกา (ASA) การประเมินการทำหน้าที่ เป็นต้น ร่วมกับ พิจารณาทรัพยากร วัสดุครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ของ โรงพยาบาลและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อน การผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น ปริมาณเตียงที่จำกัด ความจำเป็นในการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ชุดป้องกันการติดเชื้อ (personnel protective equipment, PPE) ที่มีความเพียงพอ ความจำเป็น ต้องได้รับสารน้ำ การดูแลด้านการหายใจ การดูแล ขณะได้รับยาสลบ เป็นต้น โดยอาจมีทีมสหวิชาชีพ ในการประชุมสรุปแนวทางการจัดการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ บนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(nosocomial infection) ลดภาวะแทรกซ้อนและ พื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น⁽¹⁸⁾ ซึ่งช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่มีการรณรงค์การล้างมือ (hand hygiene) และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งในผู้ป่วย ครอบครัวและเจ้าหน้าที่บุคลากรทาง สุขภาพ ทำให้ลดการเกิดภาวะติดเชื้อบริเวณผ่าตัด ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และภาวะแทรกซ้อนจากการ รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน เช่น ภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ในผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์บางกลุ่ม

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษา เอกสารและงานวิจัย ยังไม่พบการแบ่งกลุ่มเพื่อจัด ประเภทในการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ขึ้นอยู่กับ แพทย์ออร์โธปิดิกส์ในการจัดการ การปรับรูปแบบ เป็นการรักษาโดยการผ่าตัดแบบประจวบ (elective surgery) ดังนั้นผู้เขียนจึงขอแนะนำการกำหนด แนวทางของ Massey และคณะที่กล่าวข้างต้น ในการจัดการแนวทางในการให้สุศึกษา คำแนะนำ ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และครอบครัว สำหรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่เน้นการรักษาพยาบาล แบบไม่ผ่าตัด เป็นกลุ่มที่รักษาด้วยยา เช่น ภาวะ กระดูกพรุน ที่เป็นภาวะเจ็บ แต่ทำให้เกิดกระดูก สะโพกหักและมีอัตราการเสียชีวิตต่อปีสูงถึงร้อยละ 20 และ/หรือ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำหน้าที่ของ ร่างกาย⁽¹⁹⁾ และอาจพบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 อาจทำให้ ต้องปรับแนวทางการรักษาในบางราย เช่น การรักษา ด้วย bisphosphonates อาจต้องปรับการรักษา เป็นยารับประทาน ที่ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้การเข้าถึงการรับบริการในโรงพยาบาลมีความ ลำบากกว่าปกติ จึงได้รับการรักษาด้วยยาทาง

หลอดเลือดดำซ้ำ⁽²⁰⁾ และยังพบว่ามี การปรับเปลี่ยน การรักษาในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนในสถานการณ์ แพ้ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีการนำเทคโนโลยี เข้ามาช่วยในการวินิจฉัย การรักษาและการติดตาม อาการรูปแบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เข้ามาเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งยังมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการ ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้าน ในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนควรออกกำลังกายโดยใช้เท้าและขา หรือมือและแขน ในการรับน้ำหนักของ ตัวเอง (weight-bearing exercise) เป็นประจำเพื่อ เพิ่มความแข็งแรง การทรงตัว ท่าทางเพื่อช่วยลด ความเสี่ยงต่อการหกล้ม⁽²¹⁾ ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษา ในประเทศไทย

ดังนั้นแนวทางการจัดการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ มุ่งเน้นให้สามารถสร้างเสริมพลังอำนาจในการ จัดการตนเอง จากนั้นแพทย์ออร์โธปิดิกส์ วิทยาลัยแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลออร์โธปิดิกส์ และสหวิชาชีพ พิจารณาตามความรุนแรงของ การเจ็บป่วยทางออร์โธปิดิกส์แนวทางของแมสซี และคณะในข้างต้น ซึ่งจำเพาะจงในกลุ่มประชากร รักษาด้วยการผ่าตัด แต่แนวทางของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ที่ใช้ยา พยาบาลวิชาชีพและแพทย์ ในทีมบุคลากร ทางสุขภาพต้องอาศัยเทคโนโลยีเข้ามาติดตามและ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้มีการ ดูแลตนเองหรือดูแลสมาชิกในครอบครัว และการ ให้การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว การรักษา การเปลี่ยนชนิดยาชนิดเป็น รูปแบบยารับประทาน เช่น ยาบิสฟอสโฟเนต (bisphosphonates)⁽²²⁾ ส่วนประเทศไทยไม่ได้ กำหนดรูปแบบการจัดการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ในสถานการณ์โควิด 19

ที่เผยแพร่ออกมา จะพบการพิจารณาจาก การอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และเน้นการผ่าตัดแบบนัดหมาย เพื่อบริหารการ จัดการเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ การจัดการอาการทาง อายุกรรม และการป้องกันการติดเชื้อมากที่สุด ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 จึงมี ความสำคัญอย่างมาก ดังนั้นบทบาทของพยาบาล ในยุคที่มีการแพร่ระบาดของโควิด 19 บนพื้นฐาน การปรับเปลี่ยนของสังคมวิถีใหม่ และหลังจาก การแพร่ระบาดของโควิด 19 ลดลงจนเข้าสู่ การดำเนินชีวิตในสังคมวิถีถัดไปได้ จึงจำเป็นที่จะ ต้องส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ⁽²³⁾ แก่ผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์และครอบครัวให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองและสามารถจัดการตนเองได้ เช่น การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน การจัดการความปวด การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นต้น เพื่อสามารถมีคุณภาพชีวิต (quality of life) ที่ดีขึ้นต่อไป

แนวคิดสังคมวิถีใหม่และวิถีถัดไป (New Normal and Next Normal)

การป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 นั้นเป็น ปัจจัยส่งเสริมที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อชีวิตของ ประชากร ครอบครัวยุคใหม่และสังคมทั่วโลก โดยต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยได้อาศัยความหมายของ New normal หรือวิถี ใหม่ หมายถึง การดำเนิน ทำกิจกรรม การปฏิบัติ ต่างๆ ที่แต่เดิมไม่คุ้นเคย หรือไม่รู้จัก ไม่เคยใช้ แต่จำเป็นต้องใช้ และมีใช้กันทั่วไป จนเป็นปกติ โดยวิกฤตของโรคโควิด 19 เข้ามาเป็นสาเหตุ ปัจจัยหนึ่ง ของปัญหาในการดำรงชีพ การเรียน การเดินทางโดย รถโดยสารสาธารณะ การทำงาน เป็นต้น ทำให้

ผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วย ต้องมีการปรับตัว ตั้งแต่การอยู่ในบ้าน การออกนอกที่พัก เช่น ร้านอาหาร ศูนย์การค้า ร้านค้า ธนาคาร เป็นต้น รวมทั้งเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่ให้บริการแก่ประชาชนก็ต้องปรับตัวเช่นกัน ต้องทำระยะห่าง (Social distancing) การตรวจคัดกรอง การบันทึกการเข้าออก (Check in) เปลี่ยนแปลงปรับปรุงรูปแบบการบริการไปจากเดิม⁽²⁴⁾ ส่วนวิถีถัดไป (Next Normal) หมายถึงการให้ความสำคัญกับการระมัดระวังและป้องกันตนเอง เพื่อไม่ให้ไปสร้างปัญหาต่อผู้อื่น เช่น การระวังตนเองด้วยการไม่เดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงรับเชื้อ ไม่นำเชื้อไปแพร่ให้กับคนอื่น เป็นต้น ถือเป็นการปรับตัวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19⁽²⁵⁾ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศยกเลิกโรคโควิด 19 จากโรคติดต่ออันตราย เปลี่ยนเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เมื่อ 19 กันยายน 2565

การจัดการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ภายหลังสถานการณ์โควิด 19 ที่มีข้อจำกัดมากขึ้น การดูแลและการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มออร์โธปิดิกส์บาดเจ็บจากสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เห็นเด่นชัด ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพติดเชื้อโควิดและต้องแยกกักตัวเพื่อรักษา วัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่อาจจะไม่เพียงพอหรือมีปริมาณที่เพียงพอต่อการใช้ในแต่ละวันที่จำกัด จากการขนส่งหรือกรรมวิธีการทำความสะอาดให้ปราศจากเชื้อ ความพร้อมของอุปกรณ์ในห้องผ่าตัดและทีมวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล การบริหารจัดการผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และการจัดลำดับความสำคัญหรือคัดกรองแยกการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินตามอัตราส่วนของความเสี่ยงกับประโยชน์ที่ได้รับของผู้ป่วยและส่วนรวม⁽²⁶⁾ ทำให้เห็นการดูแลวิธีใหม่ในสังคมปกติถัดไปได้มากขึ้น การดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์แบบผ่าตัดไม่ฉุกเฉินและเป็นผู้ป่วยนัด

หมายมาเพื่อผ่าตัด เน้นการดูแลตนเองที่บ้าน และติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงจากการมาตรวจแผนกหรือคลินิกผู้ป่วยนอก ทำให้เกิดรูปแบบการผ่าตัดทางไกลเพิ่มมากขึ้น ผ่านเทคโนโลยีในสมัยนี้ ทำให้แพทย์ออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลทางไกลกัน สามารถพัฒนาเทคนิคการผ่าตัด เพื่อลดระยะเวลาค่าใช้จ่ายและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการผ่าตัด นอกจากการผ่าตัดระบบการแพทย์ทางไกลสามารถพัฒนาต่อยอดให้สามารถติดตามอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไปผ่านระบบการแพทย์ทางไกลเช่นกัน ทำให้ช่วยขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคุณภาพในการรักษาพยาบาลภายหลังโควิด 19 ดีต่อ ๆ ไป⁽²⁶⁻²⁷⁾

การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสังคมปกติวิถีใหม่เพื่อนำไปสู่ยุคปกติถัดไป

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 และหลังจากเป็นสังคมปกติวิถีใหม่ การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการดูแลตนเอง สามารถจัดการอาการ อาการแสดง และอาการรบกวนต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการหายจากภาวะเจ็บป่วยได้ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพอาศัยหลักกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางของมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลออร์โธปิดิกส์โดยสมาคมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²⁸⁾ พยาบาลจึงมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และครอบครัว ดังนี้

1. การส่งเสริมการดูแลตนเองระดับพื้นฐาน พยาบาลควรประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยก่อนให้สุศึกษา คำแนะนำที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เป็นอยู่ โดยใช้การสื่อสารที่ชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วม โดยการซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรอบรู้ทางสุขภาพ⁽²⁹⁾ มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการให้คำแนะนำ เช่น การจัดการความปวด การดูแลแผล การป้องกันการติดเชื้อ การใส่กายอุปกรณ์ การปฏิบัติตนเอง หลังการผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากลุ่มเอ็นไขว้ขาดเข่า ทั้งกลุ่มขาดเข่าที่เอ็นไขว้หน้าข้อเข่า หรือเอ็นไขว้หลังข้อเข่า พบว่าพยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเตรียมตัว ก่อนการผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และมีผลลัพธ์ทางคลินิกและการฟื้นฟูที่ดีมากขึ้น⁽³⁰⁾ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสาเหตุของการเกิดกระบวนการอักเสบบริเวณรอยโรค เช่น กระดูกหัก ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม บริเวณแผลผ่าตัดกระดูกยึดตรึงภายนอก (external fixation) เป็นต้น รวมทั้งภาวะสูงอายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายที่ลดลง ทำให้มีความเสี่ยงมากขึ้นในการติดเชื้อ การรักษาตัวในโรงพยาบาลระยะเวลายาวนานจะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล การใส่คาสายระบายต่าง ๆ ไว้ในร่างกายของผู้ป่วย เช่น การคาสายสวนปัสสาวะ⁽³¹⁾ เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้สุศึกษา

คำแนะนำ การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โดยการซักประวัติ การคัดกรองความเสี่ยง การให้คำแนะนำเน้นย้ำ การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การได้รับวัคซีน การรักษาระยะห่างทางสังคม ที่จะสามารถลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อลงได้

ตัวอย่างการพัฒนาชุดความรู้ทางสุขภาพโดยพยาบาล เพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ด้านการจัดการความปวด (pain management)⁽³²⁾ โดยการให้สุศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือในการประเมินความปวดชนิดต่าง ๆ ความเหมาะสมในการเลือกใช้แบบประเมินความปวด การให้คำแนะนำในการรับประทานยาแก้ปวด การเลือกใช้ยาแก้ปวดให้เหมาะสมกับขนาดของความปวด ได้แก่ ยากลุ่มแก้ปวดที่ไม่ใช่ opioid เช่น Acetaminophen/paracetamol บรรเทาความปวดระดับน้อย (mild) ถึงปานกลาง (moderate) โดยเน้นย้ำเรื่องการรับประทานยาเกินขนาด และผลเป็นพิษต่อดับ การให้คำแนะนำการรับประทานยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-steroidal Anti-inflammatory drugs: NSAIDs) เพื่อบรรเทาความปวดระดับน้อย (mild) ถึง ปานกลาง (moderate) ซึ่งยาสามารถไปยับยั้งเอนไซม์ไซโคลออกซีจีเนส 1 หรือ 2 (cyclo-oxygenase; COX-1, COX-2) บรรเทาความปวด ลดกระบวนการอักเสบ การบวม แต่มีความเสี่ยงสูงต่อระบบทางเดินอาหาร ส่วนการรับประทานยาแก้ปวดชนิดโอปิออยด์ (opioids) บรรเทาปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe) และบรรเทาความปวดเรื้อรัง หรือการพัฒนาศักยภาพความรู้ทางสุขภาพเรื่องการออกกำลังกายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกหรือข้อเข่าเทียม การดูแลตนเองหลังการผ่าตัด การกายภาพบำบัด

และการออกกำลังกาย ข้อดีและข้อพึงระวังในการออกกำลังกายในผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเทียม การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะข้อเคลื่อนหลุด (joint dislocation)⁽³³⁾

2. การส่งเสริมการดูแลตนเองระดับกลาง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการสอนสุขศึกษาไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม พยาบาลควรใช้เทคนิคและวิธีการในการให้สุขศึกษาที่มีความหลากหลาย เช่น การใช้สื่อวีดิทัศน์ การใช้คลิปป้าย การใช้สื่อบุคคลที่เป็นที่ยอมรับระดับชาติหรือนานาชาติ และใช้เทคนิคการสื่อสารแบบสองทาง (two way communications) ร่วมกับการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตนหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽³⁴⁾

วิธีการให้สุขศึกษามีความหลากหลายมากขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 พยาบาลและทีมมีความจำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ทางไกล (telemedicine)^(27,35) เพื่อลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล รวมทั้งใช้ติดตามการทํากายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว โดยการออกแบบและสร้างแหล่งข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล (caregiver) ครอบครัวยุกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลทางสุขภาพ และสามารถให้คำแนะนำและการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้อย่างเหมาะสม การออกแบบสุขศึกษาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการฟื้นฟู เช่น การฟื้นฟูกายภาพบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มกระดูกข้อสะโพกหัก (hip fractures)⁽³⁶⁾ หรือกลุ่มผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (arthroplasty)⁽³⁷⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ดูแลตนเองและทีมสหวิชาชีพควรมีการพัฒนาช่องทางออนไลน์

เช่น แอปพลิเคชัน (application) มาช่วยในการติดตาม ประเมินและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดได้ดีขึ้น ซึ่งอาจจะต้องพัฒนาทีมบุคลากร และอาศัยแอปพลิเคชันในการสื่อสารทางสุขภาพได้สะดวกและชัดเจนมากขึ้น เช่น การใช้ไลน์แอปพลิเคชัน official account (Line OA) ในการตอบโต้ให้ความรู้ที่สามารถนำไปดูแลตนเองได้ง่าย ติดตามได้ทั้งการส่งวิดีโอ การส่งภาพถ่าย การติดตามและประเมินความพึงพอใจ รวมทั้งการสอบถามอาการและอาการแสดง ความปวด และผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ⁽³⁸⁾

3. การส่งเสริมการดูแลตนเองระดับสูง เป็นระดับที่ต้องอาศัยทักษะขั้นสูง ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ มาวิเคราะห์และใช้ในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อนสุขภาพของตน เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 เป็นต้น รวมทั้งสามารถนำข้อมูลไปบอกต่อ หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของบุคคลอื่นๆ ในชุมชน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของบุคคลในชุมชน ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ตัวอย่างการส่งเสริมการดูแลตนเองระดับนี้ เช่น การให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุในชุมชน ริเริ่มให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดข้อสะโพกหัก เพื่อสร้างแนวทางการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโรค บริบทของชุมชนที่มีความแตกต่างกันในเรื่องสิ่งแวดล้อม สังคมวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ หรือการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วย

เพื่อเป็นการกระตุ้นการเคลื่อนไหว (early ambulation)⁽³⁹⁾ หรือการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วย หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมในการทำกายภาพบำบัด ได้อย่างมั่นใจ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างปลอดภัยและมี ทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองได้ต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ คือผู้ที่มีความผิดปกติ ในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ สามารถ เกิดได้กับบุคคลในทุกช่วงวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง วัยผู้สูงอายุ อาจเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด การได้รับการบาดเจ็บ ภาวะเรื้อรังหรือความเสื่อม ทางกายภาพและชีวเคมีของร่างกาย เมื่อผู้ป่วย จำเป็นต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล การ ป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เป็นเรื่อง ที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง แม้โรคโควิด 19 จะมี การประกาศเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังแล้วก็ตาม แต่การเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือ การสวม หน้ากากอนามัย ยังคงมีความจำเป็นเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ดังนั้นจึงควรส่งเสริม ความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น เช่น การพัฒนาชุดความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการ ปวดเหมาะสมสำหรับหอผู้ป่วยในและแผนก ผู้ป่วยนอก การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัด เหมาะสมสำหรับแผนกผู้ป่วยนอกและส่งต่อในการ ดูแลต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหรือการรักษาแบบ

ประคับประคองตามอาการ โดยอาศัยช่องทาง การสื่อสารที่หลากหลาย เช่น การใช้เทคโนโลยี ทางการแพทย์ทางไกลในการให้บริการทางสุขภาพ ให้มากขึ้น เหมาะสมกับโรงพยาบาลศูนย์และ สถาบันการแพทย์ชั้นนำใช้ในการติดตามอาการและ อาการแสดงเพื่อทบทวนความรู้สร้างความตระหนัก ใช้ซักถามประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับความรู้ และ การใช้ประโยชน์ การทำความเข้าใจและการเข้าถึง ข้อมูล เอกสาร หรือสื่อต่าง ๆ ด้วยตนเอง และยังสามารถใช้เป็นช่องทางการสื่อสารในการให้คำแนะนำ การวินิจฉัยและการบริการสุขภาพเมื่อพบปัญหา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามารถจัดการดูแล ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ภายหลัง การแพร่ระบาดโควิด 19 สังคมปกติวิถีใหม่เพื่อนำ ไปสู่ยุคปกติถัดไป สามารถพัฒนารูปแบบตามกรอบ แนวคิดกระบวนการพยาบาล ประเมินปัญหา ทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการ พยาบาลและประเมินผลลัพธ์ ตั้งแต่แรกรับในหอ ผู้ป่วย หรือซีกประวัติ ตรวจร่างกายในแผนกผู้ป่วย นอก ตลอดจนการส่งต่อข้อมูล เช่น การดูแลแผล เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การติดตามไปรับบริการทำแผล โรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริม ประจำตำบล คลินิก เป็นต้น และการเสริมสร้างพลัง อำนาจของผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน ในการดูแล สุขภาพ เช่น การออกแบบกิจกรรมออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ เข้าถึงการบริการทางสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ปรเมษฐ์ อินทร์สุข, ชนพร วรรณกุล. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในสังคมปกติวิถีใหม่สู่ยุคปกติถัดไป.
วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):76-91.

Suggested citation for this article

Insook P, Wannakul T. Nursing Care for Orthopedic Patients in New Normal to Next Normal Era.
Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):76-91.

เอกสารอ้างอิง

1. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. J Chin Med Assoc. 2020;83(3):217-20.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2022 Nov 17]. Available from <https://covid19.who.int/>
3. Hu B, Huang S, Yin L. The cytokine storm and COVID-19. J Med Virol. 2021;93(1):250-6.
4. Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, Edison P. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. BMJ. 2021;374:n1648.
5. Gunawan J, Aunguroch Y, Marzilli C. 'New normal' in Covid-19 era: a nursing perspective from Thailand. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(10):1514-5.
6. ชีรชัย อภิวรรณกุล. เคล็ดลับทางออร์โธปิดิกส์ (ORTHOPAEDIC SECRET). พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
7. Wang KC, Xiao R, Cheung ZB, Barbera JP, Forsh DA. Early mortality after hip fracture surgery in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. J Orthop. 2020;22:584-91.
8. Nazemi AK, Al-Humadi SM, Tantone R, Hays TR, Bowen SN, Komatsu DE, et al. Hip Fractures Before and During the COVID-19 Pandemic: Comparative Demographics and Outcomes. Geriatr Orthop Surg Rehabil. 2021;12:21514593211003077.
9. Crozier-Shaw G, Hughes AJ, Conlon B, Sheehan E, Merghani K. Hip fracture care during COVID-19: a regional trauma centre's experience. Ir J Med Sci. 2021;190(4):1275-80.
10. Amzallag N, Factor S, Shichman I, Ben-Tov T, Khoury A. Hip Fractures during the COVID-19 Pandemic: Demographics, Treatment Pathway, and Outcomes. Isr Med Assoc J. 2021;23(8):484-9.

11. Ojeda-Thies C, Cuarental-García J, Ramos-Pascua LR. Decreased volume of hip fractures observed during COVID-19 lockdown. *Eur Geriatr Med.* 2021;12(4):759-66.
12. Gordon AM, Magruder ML, Conway CA, Sheth BK, Erez O. The effect of COVID-19 on elective total knee arthroplasty utilization, patient comorbidity burden, and complications in the United States: A nationwide analysis. *J Am Acad Orthop Surg.* 2022;30(24):e1599-611.
13. Surís X, Vela E, Clèries M, Llargués E, Camins J, Larrosa M. Effects of COVID-19 confinement on the incidence and mortality of major osteoporotic fractures: an observational study in Catalonia, Spain. *Arch Osteoporos.* 2022;17(1):150.
14. Sadighi M, Mortazavi SMJ, Ebrahimpour A, Manafi-Rasi A, Ebrahimpour MH, Jafari KafiAbadi M, et al. Fracture surgery in known COVID-19 infected patients: what are the challenges? *Arch Bone Jt Surg.* 2020;8(3):378-82.
15. Sarac NJ, Sarac BA, Schoenbrunner AR, Janis JE, Harrison RK, Phieffer LS, Quatman CE, Ly TV. A review of state guidelines for elective orthopaedic procedures during the COVID-19 outbreak. *J Bone Joint Surg Am.* 2020;102(11):942-5.
16. El-Boghdadly K, Cook TM, Goodacre T, Kua J, Blake L, Denmark S, et al. SARS-CoV-2 infection, COVID-19 and timing of elective surgery: A multidisciplinary consensus statement on behalf of the Association of Anaesthetists, the centre for peri-operative care, the federation of surgical specialty associations, the royal college of anaesthetists and the royal college of surgeons of England. *Anaesthesia.* 2021;76(7):940-6.
17. Massey PA, McClary K, Zhang AS, Savoie FH, Barton RS. Orthopaedic surgical selection and inpatient paradigms during the coronavirus (COVID-19) pandemic. *J Am Acad Orthop Surg.* 2020;28(11):436-50.
18. Chang Liang Z, Wang W, Murphy D, Po Hui JH. Novel coronavirus and orthopaedic surgery: early experiences from Singapore. *J Bone Joint Surg Am.* 2020;102(9):745-9.
19. Girgis CM, Clifton-Bligh RJ. Osteoporosis in the age of COVID-19. *Osteoporos Int.* 2020;31(7):1189-91.
20. Cromer SJ, Yu EW. Challenges and Opportunities for Osteoporosis Care During the COVID-19 Pandemic. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021;106(12):e4795-808.
21. Nanduri AP, Fullman S, Morell L, Buyske S, Wagner ML. Pilot Study for Implementing an Osteoporosis Education and Exercise Program in an Assisted Living Facility and Senior Community. *J Appl Gerontol.* 2018;37(6):745-62.

22. Degli Esposti L, Perrone V, Sangiorgi D, Andretta M, Bartolini F, Cavaliere A, et al. The use of oral amino-bisphosphonates and coronavirus disease 2019 (COVID-19) outcomes. *J Bone Miner Res.* 2021;36(11):2177-83.
23. Narayanan AS, Stoll KE, Pratson LF, Lin FC, Olcott CW, Del Gaizo DJ. Musculoskeletal health literacy is associated with outcome and satisfaction of total knee arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2021;36(7S):S192-7.
24. ยง ภู่วรรณ, ยืน ภู่วรรณ. ชีวิตวิถีใหม่และความฉลาดทางดิจิทัล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; c2021- [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://learningdq-dc.ku.ac.th/course/?c=2&l=2>
25. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กลุ่มงานสื่อสารสังคม; c2022. สช.ชวนสร้างค่านิยม 'Next Normal' ลดเสี่ยงโควิด 19; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2565]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3011>
26. Iyengar KP, Jain VK, Vaish A, Vaishya R, Maini L, Lal H. Post COVID-19: Planning strategies to resume orthopaedic surgery -challenges and considerations. *J Clin Orthop Trauma.* 2020;11(Suppl 3):S291-5.
27. Marcus Tan WP, Sayampanathan AA, Tan TC, Franklin Tan CP, Lee CE, Andrew Tan HC, Tay KS. Rapid deployment of a telemedicine service in orthopaedic surgery during the COVID-19 pandemic. *Singapore Med J.* 2022;63(10):621-7.
28. Harvey CV, David J, Eckhouse DR, Kurkowski T, Mains C, Roberts D. The National Association of Orthopaedic Nurses (NAON) Scope and Standards of Orthopaedic Nursing Practice, 3rd Edition. *Orthop Nurs.* 2013;32(3):139-52.
29. Klifto K, Klifto C, Slover J. Current concepts of shared decision making in orthopedic surgery. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2017;10(2):253-7.
30. Cole BJ, Redondo ML, Cotter EJ. Articular cartilage injuries of the knee: patient health literacy, expectations for management, and clinical outcomes. *Cartilage.* 2021;12(2):139-45.
31. Thakker A, Briggs N, Maeda A, Byrne J, Davey JR, Jackson TD. Reducing the rate of post-surgical urinary tract infections in orthopedic patients. *BMJ Open Qual.* 2018;7(2):e000177.
32. El-Tallawy SN, Nalamasu R, Pergolizzi JV, Gharibo C. Pain management during the COVID-19 pandemic. *Pain Ther.* 2020;9(2):453-66.

33. Husted RS, Bandholm T, Rathleff MS, Troelsen A, Kirk J. Perceived facilitators and barriers among physical therapists and orthopedic surgeons to pre-operative home-based exercise with one exercise-only in patients eligible for knee replacement: A qualitative interview study nested in the QUADX-1 trial. *PLoS One*. 2020 ;15(10):e0241175.
34. อภิชาติ กาสิโนสถ, พิกุล พรพิบูลย์, จันทร์ฉาย โยธาใหญ่. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม และความรุนแรงของข้อเสื่อมในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. *พยาบาลสาร*. 2562;46(2):188-98.
35. Salvio G, Gianfelice C, Firmani F, Lunetti S, Ferroni R, Balercia G, Giacchetti G. Remote management of osteoporosis in the first wave of the COVID-19 pandemic. *Arch Osteoporos*. 2022;17(1):37.
36. Rohringer M, Kellerer JD, Fink C, Schulc E. The role of health literacy in orthopaedic rehabilitation after total knee and hip arthroplasty: A scoping review. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2021;40:100793.
37. Small SR, Bullock GS, Khalid S, Barker K, Trivella M, Price AJ. Current clinical utilisation of wearable motion sensors for the assessment of outcome following knee arthroplasty: a scoping review. *BMJ Open*. 2019;9(12):e033832.
38. Koo KI, Park DK, Youm YS, Cho SD, Hwang CH. Enhanced reality showing long-lasting analgesia after total knee arthroplasty: prospective, randomized clinical trial. *Sci Rep*. 2018;8(1):2343.
39. Heiden JJ, Goodin SR, Mormino MA, Siebler JC, Putnam SM, Lyden ER, et al. Early ambulation after hip fracture surgery is associated with decreased 30-day mortality. *J Am Acad Orthop Surg*. 2021;29(5):e238-42.

ผลการประเมินแผนแม่บท ด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564

Evaluation of National Master Plan for Urban Disease Prevention and Control, 2018 - 2021

สุพัตนา เจริญกุล, มัณฑนา สิ้นทรัพย์, นารีฐา ทาคำสุข,
สุขสันต์ จิตติมานี, สุทนต์ โชตนะพันธ์
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Suphanna Charoenkul, Manthana Sinsap, Naritha Thakhamsuk,
Suksont Jittimanee, Suthat Chottanapund
Institute for Urban Disease Control and Prevention

Received 2022 Sep 22, Revised 2023 Mar 19, Accepted 2023 Apr 3

DOI: 10.14456/iudcj.2023.19

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนแม่บท ด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564 และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อนำไปใช้ในการทบทวนเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ แนวทางการดำเนินงาน จัดทำแผนปฏิบัติการ ด้านการป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองระยะถัดไป เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษาจากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการประเมินพบว่า ด้านบริบท แผนแม่บทการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มีความสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานด้านเขตเมือง กับ กรอบแนวคิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน SDGs ที่ 11 และมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปด้านสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนกรมควบคุมโรค และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ด้านปัจจัยนำเข้า มีความพร้อมด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการจัดการ แต่ยังขาดความพร้อมด้านเทคโนโลยี ด้านกระบวนการ มีขั้นตอนการดำเนินและกระบวนการจัดทำแผนที่มีส่วนร่วม แต่ยังขาดกระบวนการขับเคลื่อนแผนในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และ ด้านผลผลิต การดำเนินงานทั้ง 6 ยุทธศาสตร์มีความก้าวหน้า

ในการดำเนินงาน แต่ไม่สามารถวัดประสิทธิผลได้ เนื่องจากตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์ ไม่ได้มีการกำหนดค่าเป้าหมาย และยังขาดการนำแผนบทฯ ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ในระดับท้องถิ่น ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการปรับโครงสร้าง กลไกการดำเนินงาน การสื่อสารถ่ายทอด รับรู้ และใช้แผนปฏิบัติการในทุกระดับอย่างเข้มแข็ง และเกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: ประเมินผล, แผนแม่บท, การป้องกันควบคุมโรค, เขตเมือง

Abstract

The study aimed to evaluate the success of the National Master Plan for Urban Disease Prevention and Control, 2018 - 2021. It served as a basis for policy formulation and was used to review the objectives, indicators, strategies, and operational guide to create an action plan for future prevention and control of diseases in urban areas. The study was a qualitative study where data were collected through personal interview and retrospective data obtained from the annual report of the Institute for Urban Disease Control and Prevention (IUDC), the estimated SM program of Department of Disease Control (DDC). The conceptual framework was developed based on the CIPP model, and the data were analyzed using content analysis. The results showed that this plan was related to SDGs 11 : Sustainable Cities and Communities, the National Strategy, the Master Plan under the National Strategy, the National Strategy, the National Strategy and the reform of the country: public health, the strategy of the Ministry of Public Health, DDC plan, and resolution of the Health Assembly. The input was people's willingness, money and management, but still lacked data and technology for urban disease control and prevention. The process included a participatory planning process, but the implementation of the plan is still ongoing. Product/Output: There was progress in 6 strategies, but effectiveness could not be measured because the indicators in each strategy did not have target values and the master plan had also been applied at the local level. Restructuring, mechanism and communication with stakeholders at all levels are needed for cross-sector collaboration.

Keywords: Evaluation, National master plan, Disease control, Urban

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ ได้คาดการณ์การเติบโตของประชากรเขตเมืองในโลก โดยในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรอาศัยในเขตเมืองร้อยละ 56.6 และคาดการณ์การเติบโตของประชากรเขตเมืองในโลกว่าภายในอีก 10 ปี (ปี พ.ศ. 2574) จะมีประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมืองในโลกเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 60 ประชากรในเขตเมืองของโลกเติบโตอย่างรวดเร็ว จาก 751 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2493 เป็น 4.4 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2564 และจะเพิ่มเป็น 5.2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2574⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย ได้มีการคาดประมาณประชากรกลางปี 2566 จำนวนประชากรทั้งประเทศ 66 ล้านคน มีประชากรในเขตเมือง 40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 60 ของประชากรในประเทศ ซึ่งสูงขึ้นจากปี 2565 จำนวน 1 ล้านคน⁽²⁾ โดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่สำคัญให้มีการจัดทำแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564 เพื่อตอบสนองการเข้าสู่ประเทศไทย 4.0⁽³⁾ ตลอดจนมีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)⁽⁴⁾ และมีความสอดคล้องกับแผน 3 ระดับ ตามมติคณะรัฐมนตรี เกี่ยวกับแนวทางการเสนอแผนเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี⁽⁵⁾ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี⁽⁶⁾ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽⁷⁾ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข⁽⁸⁾ รวมถึงนโยบายของรัฐเพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคอย่างเหมาะสมในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ เช่น สังคมและสิ่งแวดล้อม กระแสโลกาภิวัตน์ การเคลื่อนย้ายของประชากรและสังคมอย่างเสรี ส่งผลให้เกิดความเป็นสังคมเมืองมากยิ่งขึ้น

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค ในฐานะหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจหลักในการกำหนด นโยบาย มาตรการ รูปแบบ นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง ได้จัดทำแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564 เพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยมีจุดมุ่งหมายสุดท้าย เพื่อให้ประชาชนเขตเมืองปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ยุทธศาสตร์ที่ 1) พัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ในเขตเมืองให้มีประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2) การบริหารจัดการแบบบูรณาการ และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน ยุทธศาสตร์ที่ 3) ผลักดัน และบังคับใช้กฎหมาย ข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ มาตรการ มาตรฐาน ยุทธศาสตร์ที่ 4) สื่อสาร ความเสี่ยง และประชาสัมพันธ์โรคและภัยสุขภาพด้วยสื่อและเทคโนโลยีที่เหมาะสม ยุทธศาสตร์ที่ 5) ผลิตภัณฑ์ พัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และ ยุทธศาสตร์ที่ 6) พัฒนาศักยภาพกำลังคน ซึ่งได้ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มาตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2561 - 2564⁽⁹⁾ ผ่านการจัดทำแผนงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง แผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน การถ่ายทอดตัวชี้วัดการดำเนินงานให้กับ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 (สคร. 1 - 12) เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองในพื้นที่ การกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และการถ่ายทอดแผนสู่หน่วยงานเครือข่าย อาทิ เทศบาลเมือง

เทศบาลนคร และท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนแม่บทการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ และเพื่อเป็นการทบทวนความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และประเมินผลความสำเร็จในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางยุทธศาสตร์ นโยบาย มาตรการในการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองในระยะถัดไป จึงมีความจำเป็นที่จะต้องติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนแม่บท การป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองในระยะถัดไป โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

กรอบแนวคิดในการประเมิน

C (Context)	I (Input)	P (Process)	P (Product)	
- นโยบายและวิสัยทัศน์ - ความสอดคล้องกับแผนทิศทางการดำเนินงานเขตเมือง ในระดับโลก - แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข - แผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรค 20 ปี	- ความเหมาะสมของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร - ด้านการจัดการและภาคเครือข่ายในการดำเนินงาน	- กระบวนการจัดทำแผนแม่บทฯ - การถ่ายทอดแม่บทฯ - สื่อเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้อง - การขับเคลื่อนแผนแม่บท - การกำกับติดตาม	Output	Outcome
			- ผลการดำเนินงานที่สำคัญตาม 6 ยุทธศาสตร์	- การรับรู้และการนำไปใช้ในพื้นที่

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรค เขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนถึงความสำเร็จในการดำเนินงานขับเคลื่อนแผนแม่บทการป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2564 โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model⁽¹⁰⁾ จากแหล่งข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทุติยภูมิ โดยรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2564 จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง อาทิ 1) เอกสารแผนปฏิบัติการประจำปี 2) เอกสารผลการดำเนินงานจากฐานข้อมูลจากระบบบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (Estimates SM) กรมควบคุมโรค และ 3) รายงานประจำปีของหน่วยงาน เพื่อประเมินผลภาพรวมของแผนการป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง

2. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และ 2) ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลเมือง เทศบาลนคร และเทศบาลตำบล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษา คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรค เขตเมือง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จำนวน 4 คน และผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง จำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) และแบบรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเอกสารแผนปฏิบัติการประจำปี ผลการดำเนินงานจากฐานข้อมูลจากระบบบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (Estimates SM) กรมควบคุมโรค และรายประจำปีของหน่วยงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ผลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามลักษณะข้อมูลที่เก็บรวบรวมแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ในรูปของความถี่ ร่วมกับข้อคำถามสัมภาษณ์ ซึ่งการประมวลผลข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามประเด็นคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และวิเคราะห์เพื่อหาคำตอบที่ตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผลการศึกษา

ผลการประเมินแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564 ได้รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูล ทุติยภูมิ จากการรวบรวมเอกสารหลักฐานการดำเนินงานตามแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564 โดยใช้แนวคิดการประเมินผลโครงการตามแบบ CIPP Model ดังนี้

1. ด้านบริบท (Context)

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจหลักในการกำหนด เสนอแนะ นโยบาย มาตรการ รูปแบบ นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ในพื้นที่เขตเมือง มีคลินิกเชี่ยวชาญ คือ คลินิกโรค ผิวหนังและโรคเรื้อรัง คลินิกเวชศาสตร์การเดินทาง และท่องเที่ยว และอยู่ระหว่างการจัดตั้งคลินิก เวชศาสตร์จรรยา มียุทธศาสตร์การดำเนินงานตาม แผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1) พัฒนาระบบและ กลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในเขตเมือง ให้มีประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2) การบริหารจัดการแบบ บูรณาการ และเสริมสร้างการมีส่วนร่วม กับทุกภาคส่วน ยุทธศาสตร์ที่ 3) ผลักดัน และบังคับ ใช้กฎหมาย ข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ มาตรการ มาตรฐาน ยุทธศาสตร์ที่ 4) สื่อสารความเสี่ยงและ ประชาสัมพันธ์โรคและภัยสุขภาพด้วยสื่อและ เทคโนโลยีที่เหมาะสม ยุทธศาสตร์ที่ 5) ผลิตและ พัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และยุทธศาสตร์ที่ 6) พัฒนาศักยภาพกำลังคน มีการกำหนดวิสัยทัศน์ ประชาชนเขตเมือง ได้รับการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากลภายในปี 2580 โดยใช้แผนแม่บทในการกำหนดกรอบการดำเนินงาน ซึ่งตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของ ประชาชนเขตเมือง เมื่อพิจารณาความสอดคล้องกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่งสหประชาชาติ (SDGs) พบว่า การดำเนินงานด้าน การป้องกัน ควบคุมโรคเขตเมือง มีความสอดคล้องกับ 2 เป้าหมายสำคัญ คือ เป้าหมายที่ 3) การมีสุขภาพ และความเป็อยู่ที่ดี และเป้าหมายที่ 11) เมืองและ ชุมชนยั่งยืน เมื่อพิจารณาสอดคล้องกับแผน 3 ระดับ

พบว่า มีความสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ซึ่งเป็นแผนระดับ 1 ที่เป็นกรอบและทิศทาง ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากร มนุษย์ ซึ่งมีเป้าหมายให้คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ พร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ 21 และสังคมไทย มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุน ต่อการพัฒนาคอนตลอดชีวิต แผนระดับ 2 ได้แก่ 1) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ สอดคล้องกับ แผนแม่บทที่ 13 ประเด็น การสร้างเสริมให้คนไทย มีสุขภาวะที่ดี 2) แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2561 - 2565) ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้าง และพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ และยุทธศาสตร์ที่ 9 การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ แผนระดับ 3 ได้แก่ ยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง (พ.ศ. 2561 - 2570) รวมถึงมีความสอดคล้องกับมติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ในประเด็น ระบบ สุขภาพเขตเมือง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม เมื่อพิจารณาด้านบริบทของหน่วย งานเครือข่าย ได้แก่ เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง เทศบาลนคร องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) พบว่าไม่ ได้นำแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขต เมือง มาใช้ในการดำเนินงานโดยตรงหรือนำมาใช้ เพียงบางส่วนเท่านั้น เนื่องจากแผนแม่บทด้านการ ป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564 มี จุดอ่อน คือ มีความแตกต่างกันในระบบบริหารราชการ การบังคับใช้กฎหมาย และมีข้อจำกัดการเข้าถึง ข้อมูลที่ใช้สื่อสาร เป็นต้น บริบทเชิงโครงสร้างในการ บริหารงาน กรมควบคุมโรคได้มีคำสั่งจัดตั้งสถาบัน ป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ให้เป็นหน่วยงานใน

กำกับดูแลที่มีบทบาทในการพัฒนานโยบาย มาตรฐาน และรูปแบบการดำเนินงานด้านป้องกัน ควบคุมโรคเขตเมืองในระดับประเทศ (National Program) และเป็นหน่วยงานในระดับพื้นที่ในการ ดำเนินงาน ด้านป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร (Operation Program) ซึ่งหน่วย งานจะต้องดำเนินงานทั้ง 2 บทบาทควบคู่กันไป

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

1) ด้านบุคลากร เป็นกลไกสำคัญ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนแม่บท ด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ บุคลากรของสถาบันป้องกันควบคุมโรค เขตเมือง และบุคลากรของหน่วยงานเครือข่าย ด้าน บุคลากรของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงานในภาวะปกติ แต่ในภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข เช่น กรณี การระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรยังมีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ต้องขอ สนับสนุนกำลังคนจากหน่วยงานอื่น บุคลากรของ หน่วยงานเครือข่าย จากการสัมภาษณ์ พบว่า บุคลากรหลักใน การดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคเขตเมือง ในเทศบาล คือ กอง/สำนักการ สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ความเพียงพอของ บุคลากรในการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละ หน่วยงาน บางแห่งมีจำนวนบุคลากรเพียงพอต่อ การปฏิบัติงาน แต่บางแห่งยังคงขาดอัตรากำลัง จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงาน เครือข่ายในพื้นที่ ตำแหน่งที่ขาดแคลน คือ วิชาชีพเฉพาะ ได้แก่ แพทย์ และพยาบาล และสิ่งที่ยังขาดสำหรับ บุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรค เขตเมืองของ เทศบาล คือ การพัฒนาศักยภาพด้านการป้องกัน ควบคุมโรค โดยเฉพาะโรคติดต่ออุบัติใหม่ ทั้งนี้

โครงสร้างของหน่วยงานส่วนภูมิภาค (สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12) มีกลุ่มงานและผู้รับผิดชอบ งานด้านป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง มีบทบาท หน้าที่ถ่ายทอดนโยบายให้กับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ และระดับพื้นที่ (องค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่น) ซึ่งตามอำนาจหน้าที่ตามพระ ราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537⁽¹¹⁾ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 67⁽³⁾ ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ โดยมีกอง สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม รับผิดชอบหลัก และ มีการดำเนินงานหลักผ่าน 2 คณะกรรมการ คือ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีนายอำเภอเป็นประธาน และมีหัวหน้า ส่วนราชการเป็นคณะกรรมการ และ 2) คณะ กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น มีนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นประธาน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวแทนชมรม อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหัวหน้าหน่วยบริการ ปฐมภูมิในพื้นที่ โดยทั้ง 2 คณะกรรมการ มีส่วน สำคัญในการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันควบคุมโรค

2) ด้านงบประมาณ สถาบันป้องกัน ควบคุมโรคเขตเมือง มีความพร้อมทางด้านงบ ประมาณ โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2564 จากกรม ควบคุมโรคเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ และงบประมาณจากภายนอก รวมถึงเงินบำรุงของ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำหรับ งบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2564 ดังนี้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จำนวน 12,924,700 บาท ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวน 11,612,300 บาท ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำนวน 14,312,200 บาท และ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน

12,287,160 บาท แต่ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2564 มีการระบาดของโรคโควิด 19 มีเงินนอกงบประมาณ เพื่อสนับสนุน การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) และศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (U.S.CDC) สำหรับงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองของเทศบาล มีความเพียงพอในการดำเนินงาน โดยมีแหล่งงบประมาณในการดำเนินงาน จากเทศบาลผู้ตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีของเทศบาล งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น รวมถึง การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานเครือข่าย ในท้องถิ่น อาทิ พัฒนาสังคมจังหวัด และภาคเอกชน

3) ด้านการจัดการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มีบทบาทหน้าที่หลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพื้นที่เขตเมืองเทศบาลเมือง เทศบาลนครทั่วประเทศ โดยแบ่งบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเขตเมืองในระดับพื้นที่ ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 (สคร. 1 - 12) ซึ่งมีการถ่ายทอดแผนงานและมาตรการการดำเนินงาน ให้กับ สคร. 1 - 12 ผ่านแผนงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และตัวชี้วัดการดำเนินงาน สำหรับเทศบาลเมือง เทศบาลนคร จะอาศัยกลไกการประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน สคร.1 - 12 ผ่านกลไกคณะกรรมการระดับจังหวัดหรือระดับพื้นที่ เช่น กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

(พขอ.) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เป็นต้น

4) ด้านเทคโนโลยี สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ได้พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุน การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ได้แก่ ฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อในเขตเมือง (Database of Urban Communicable Diseases) พัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในการให้บริการตรวจรักษาโรคผิวหนัง และคำแนะนำในการคัดกรอง เฝ้าระวังโรคโควิด 19 พัฒนาระบบระบบการรายงานผลข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และระบบ การลงทะเบียนการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (ICN Tracking) ให้กับหน่วยงานเครือข่าย สคร. 1 - 12 ได้นำไปใช้ประโยชน์

3. ด้านกระบวนการ (Process)

1) กระบวนการจัดทำแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรคได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงาน และชี้แนะทิศทางการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และให้ข้อเสนอ ข้อคิดเห็นต่อการพัฒนาแผนแม่บท ด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์ปัญหา รวมถึงการสุ่มประเมินความพร้อมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อนำมาประกอบการยกร่างแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และประชาสัมพันธ์แผนร่วมกับเครือข่ายและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2) การแปลงแผนสู่การปฏิบัติสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองใช้แผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เป็นกรอบการดำเนินงานทุกครั้ง โดยนำมาแปลงแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มาเป็นแผนการดำเนินงานของหน่วยงานภายใต้ชื่อ “แผนพัฒนาระบบกลไกการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง” ประกอบด้วย 4 มาตรการ มาตรการที่ 1) พัฒนากลไกการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มาตรการที่ 2) การพัฒนารูปแบบนโยบาย มาตรการแนวทางการจัดการโรคในพื้นที่สุขภาพเขตเมือง มาตรการที่ 3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง โรคภัยสุขภาพ พื้นที่เขตเมือง และ มาตรการที่ 4) พัฒนาศักยภาพประชากรและเครือข่ายเขตเมือง

3) การถ่ายทอดแผน และการประสานงานแผนแม่บทสู่พื้นที่เขตเมือง โดยมีเครือข่ายหลักประสานงานเมือง คือ สคร. 1 - 12 ผ่านแผนงานโครงการและตัวชี้วัดการดำเนินงาน มีแนวทางการขยายการส่งต่อการดำเนิน ประกอบด้วย 4 จุดเน้น คือ จุดเน้นที่ 1) มีการสร้างกลไก ได้แก่ อาสาสมัครชุมชน (อสช.) อาสาสมัครสาธารณสุขควบคุมโรค (อสคร.) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) และอาสาสมัครในหมู่บ้านเป็นกลไกขับเคลื่อนงานในพื้นที่ พื้นที่เฉพาะ เช่น ราชทัณฑ์ ดำเนินการผ่านโครงการราชทัณฑ์ปันสุข จุดเน้นที่ 2) พัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง พัฒนาด้านดิจิทัลแพลตฟอร์ม เพื่อการเฝ้าระวังที่เหมาะสม โดยการบูรณาการข้อมูล จุดเน้นที่ 3) เพิ่มศักยภาพการป้องกันควบคุมโรคให้กับ อปท. โดยเป็นหลักสูตรระยะสั้น เช่น อสคร. อสต. อสต. เป็นต้น

และ จุดเน้นที่ 4) วิจัยและพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคเขตเมือง โดย การสื่อสาร การตีพิมพ์ สำหรับการถ่ายทอดแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลนคร เทศบาลเมือง และกรุงเทพมหานคร ยังไม่ได้ถูกดำเนินการในระดับพื้นที่ เนื่องจากสถานการณ์ในช่วงนั้น เป็นการขับเคลื่อนประเทศไทย และทางรัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เป็นเป้าหมายในการพัฒนาประเทศ ดังนั้นทางสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้มีแนวทางการจัดทำแผน ซึ่งแผนได้ระดับหน่วยงานส่วนราชการ ไม่ให้ใช้คำว่า “แผนยุทธศาสตร์ หรือแผนแม่บท” ทำให้แผนฉบับนี้เป็นแผนระดับหน่วยงานส่วนกลางเพียงเท่านั้น

4) การกำกับ ติดตาม และประเมินแผน โดยมี สคร. 1 - 12 เป็นกลไกหลักในการติดตามประเมินผล ผ่านการนิเทศติดตามการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีการเยี่ยมเสริมพลังเครือข่าย การติดตามตัวชี้วัดการดำเนินงานของ สคร. 1 - 12 ผ่านระบบ Estimate SM พบว่ามีการนำหลักสูตร อสคร. ไปขยายผล นำร่องในสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

4. ด้านผลลัพธ์ (Product)

4.1 ผลผลิต (Output)

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานที่สำคัญตาม 6 ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน
1. พัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองให้มีประสิทธิภาพ	- พัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ กรณีโรคติดต่อทางเดินหายใจ อาทิ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคโควิด 19 ร่วมกับโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร - พัฒนาระบบการเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรเฉพาะ อาทิ กลุ่มแรงงานต่างด้าว และวัยแรงงานในสถานประกอบการ ตลาด แคมป์คนงานก่อสร้าง เป็นต้น - พัฒนาฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อในเขตเมือง (Database of Urban Communicable Diseases) - พัฒนาระบบการรายงานผลข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และระบบการลงทะเบียนการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (ICN Tracking) - พัฒนานโยบาย/มาตรการในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง ได้แก่ รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกในเขตเมือง (UDU) รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียม รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในหมู่บ้านจัดสรร - ยกระดับรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สู่นโยบายระดับประเทศ อาทิ นโยบายชะลอการตรวจโรคโควิด 19 ด้วยน้ำลาย การลดระยะเวลาการกักตัวของสัมผัสเสี่ยงสูง และผู้เดินทางจากต่างประเทศ การค้นหาผู้ป่วยโรคโควิด 19 เชิงรุก ด้วยรถตรวจเก็บตัวอย่างชีวโมเลกุลพระราชทาน และรถตรวจวิเคราะห์ผลด่วนพิเศษพระราชทาน
2. การบริหารจัดการแบบ บูรณาการและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน	- แต่งตั้งคณะกรรมการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เพื่อร่วมกำหนดนโยบาย/ยุทธศาสตร์ รวมถึงชี้แนะทิศทางการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง - แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาเชิงยุทธศาสตร์และวิชาการการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเขตเมือง เพื่อสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงาน การเสริมสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง - ส่งเสริมสนับสนุนให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 จัดตั้งกลุ่ม/งานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง รวมถึงสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการ/แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองในพื้นที่ - พัฒนาความร่วมมือร่วมกับภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และประชาชน ในการร่วมดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง อาทิ เครือข่ายไรเตอร์จิตอาสา เครือข่ายนักเทคนิคการแพทย์อาสา เครือข่ายอาสาสมัครควบคุมโรค เครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน ที่ร่วมให้บริการเอกสารรับรองการได้รับวัคซีนโควิด 19 (Vaccine Passport)

ยุทธศาสตร์	ผลการดำเนินงาน
3. ผลักดัน และบังคับใช้กฎหมาย ข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ มาตรการ มาตรฐาน	1. ผลักดัน และสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย ข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ พื้นที่ร่วมรณรงค์ ตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องของกรมควบคุมโรค เช่น พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ร.บ. โรคติดต่อ และ พ.ร.บ. โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เทศบาลเมือง เทศบาลนคร เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร เป็นต้น 2. ขอร้องเรียน ที่หน่วยงานได้รับเกี่ยวกับ พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ร.บ. โรคติดต่อ ตั้งแต่ปี 2561 - 2564 จำนวน 73 เรื่อง, 64 เรื่อง, 35 เรื่อง และ 87 เรื่อง ตามลำดับ
4. สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคและภัยสุขภาพ ด้วยสื่อและเทคโนโลยีที่เหมาะสม	1. มีการสำรวจข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี 2561 - 2564 พบว่า ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ร้อยละ 51.7, ร้อยละ 61.9, ร้อยละ 53.5 และร้อยละ 62.4 ตามลำดับ 2. พัฒนา Application Stop Rabies 3. สื่อสารความเสี่ยงการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง 4. มีแผนการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคและภัยสุขภาพ
5. ผลิตและพัฒนางานวิจัยนวัตกรรม	1. ผลิตวารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จำนวน 8 เล่ม 2. พัฒนางานวิจัยของหน่วยงานทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ จำนวน 5 เรื่อง
6. พัฒนาศักยภาพกำลังคน	1. พัฒนาหลักสูตรระดับปริญญาโท ด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2. พัฒนาหลักสูตรระยะสั้น ด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 1 รุ่น 3. พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขควบคุมโรค (อสคร.) จำนวน 27 รุ่น 1,286 คน 4. พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) จำนวน 100 คน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในเขตเมือง

ให้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่น มีการตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคอำเภอ และมีการนำแผนมาบูรณาการร่วมกับแผน ในระดับพื้นที่ตามความเหมาะสม อบจ. มีการสนับสนุนทรัพยากรในการควบคุมป้องกันโรค มีการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองมีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 1 มีการพัฒนาห้องปฏิบัติการทางด้านสาธารณสุข (Public Health Lab) มีเครือข่ายปัจจุบัน 10 แห่ง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พัฒนาระบบเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรเฉพาะ อาทิ กลุ่มแรงงานต่างด้าว วัยแรงงานในสถานประกอบการ ตลาด แค้มป์คนงานก่อสร้าง รวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลด้านการเฝ้าระวังโรคติดต่อในเขตเมือง การพัฒนานโยบาย/มาตรการการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง อาทิ รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมไข้เลือดออก (Urban Dengue Unit; UDU) รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียมและบ้านจัดสรร เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริหารจัดการแบบบูรณาการและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน การบริหารจัดการในระดับพื้นที่แบบบูรณาการในระดับจังหวัด มีคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด เป็นกลไกหลัก ในการหารือตกลงร่วมกันให้หน่วยงานในจังหวัด ปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อาทิ องค์กรเอกชน เครือข่ายอุตสาหกรรมจังหวัด เครือข่ายพัฒนาสังคม เข้ามามีส่วนร่วม สำหรับสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มีการทำงานเครือข่ายกับทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วม มีการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ระดับประเทศ เพื่อกำหนดทิศทาง นโยบาย การขับเคลื่อนแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง คณะกรรมการที่ปรึกษา เชิงยุทธศาสตร์ และวิชาการการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเขตเมือง พัฒนาความร่วมมือร่วมกับ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และประชาชน ในการร่วมดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง อาทิ เครือข่ายไรเตอร์จิตอาสา เครือข่ายนักเทคนิคการแพทย์อาสา เครือข่ายอาสาสมัครควบคุมโรค เครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ผลักดัน และบังคับใช้กฎหมาย ข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ มาตรการ มาตรฐาน พื้นที่ร่วมรณรงค์ การบังคับใช้กฎหมาย ตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องของกรมควบคุมโรค เช่น พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ร.บ. โรคติดต่อ และ พ.ร.บ. โรคจากการ ประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม เทศบาลมีบทบาทในการร่วมรณรงค์ แต่ไม่ได้มีอำนาจหน้าที่ ในการบังคับใช้กฎหมายโดยตรง สถาบันป้องกันควบคุมโรค เขตเมือง ร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน ตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง ของกรมควบคุมโรค เช่น พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ร.บ. ควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ร.บ. โรคติดต่อ และ พ.ร.บ. โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม รวมถึง พัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประชาสัมพันธ์ กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคและภัยสุขภาพด้วยสื่อ และเทคโนโลยีที่เหมาะสม สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองมีการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพ ของประชาชนกรุงเทพมหานคร พัฒนา Application Stop Rabies สื่อสารความเสี่ยง การป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง มีแผนการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคและภัยสุขภาพ สื่อสารผ่านตัวบุคคล เช่น กรรมการชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าของสถานประกอบการ และประชาชนทั่วไป เป็นต้น สื่อสารผ่านช่องทางอื่น ๆ เช่น เว็บไซต์ของหน่วยงาน Facebook ของหน่วยงาน เพื่อแจ้งให้ทราบ เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ผลิตและพัฒนางานวิจัย นวัตกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ในระดับเทศบาล มีการผลิต และพัฒนางานวิจัยค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะมาจากการทำวิจัยส่วนบุคคลเพื่อ การเพิ่มวิทยฐานะ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มีการผลิตวารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กำหนดเผยแพร่ปีละ 2 ครั้ง การพัฒนางานวิจัยของหน่วยงานทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ ปีละ 1 - 2 เรื่อง ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยจาก หลายหน่วยงาน อาทิ กองทุนเพื่อความปลอดภัย

ในการใช้รถใช้ถนน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ศูนย์ความร่วมมือ ไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (Thailand MOPH - U.S.CDC Collaboration)

ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาศักยภาพ

กำลังคน พื้นที่ที่มีแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยงาน และส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมเพื่อรับทราบนโยบายและแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง แต่ยังคงขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเฉพาะด้าน อาทิ การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ สำหรับสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มีการพัฒนาหลักสูตรระดับปริญญาโท ด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขควบคุมโรค (อสคร.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) อบรมพัฒนาศักยภาพ อสคร. อสต. และ อสช. รวมถึงการพัฒนาหลักสูตรระยะสั้นด้าน การป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เป็นต้น

4.2 ผลลัพธ์ (Outcome)

จากการสัมภาษณ์เครือข่ายที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรับรู้ และนำแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ไปใช้ พบว่าร้อยละ 25 มีการรับรู้เกี่ยวกับแผนแม่บทแต่ไม่ได้นำไปใช้ และร้อยละ 75 ไม่เคยเห็นแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองมาก่อน โดยได้ให้ข้อมูลว่า “ปกหน้าของแผนแม่บท เป็นของกรมควบคุมโรคอาจจะเป็นการเผยแพร่เฉพาะกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขต้องมาบอกต่อและประชาสัมพันธ์ให้เทศบาลรับทราบด้วย” การนำแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองไปใช้ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า การจัดทำแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะยึดการดำเนินงานตามแผนพัฒนาท้องถิ่นเป็นหลัก และ

มีการเชื่อมโยงและย่อยแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนระดับจังหวัด และแผนท้องถิ่น นโยบายการดำเนินงานของผู้บริหารหน่วยงาน บูรณาการกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ แล้วกำหนดเป็นแผนการดำเนินงานของพื้นที่ เมื่อมีการประกาศใช้หากมีความจำเป็นเร่งด่วน สามารถแก้ไขเพิ่มเติมได้ กรณีเป็นแผนงานงบประมาณเร่งด่วน หรือภาวะฉุกเฉิน เช่น กรณีโรคโควิด 19 หน่วยงานท้องถิ่นสามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากเงินสะสมของท้องถิ่นได้

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564 ประชากรในการศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่มเป้าหมายหลัก ผู้บริหารระดับสูง กลาง และผู้ปฏิบัติงานของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล ซึ่งกลุ่มเป้าหมาย ที่สัมภาษณ์มีความครอบคลุมหน่วยที่รับผิดชอบการดำเนินงานเขตเมือง โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model เพื่อประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ดังนี้

1. ด้านบริบท มุ่งเน้นการประเมินความสอดคล้องของแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กับแนวทาง นโยบายการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองในระดับโลก และระดับประเทศ โดยพบว่า แผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่งสหประชาชาติ

(SDGs) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนที่ 13 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุข รวมถึงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8⁽¹²⁾ เมื่อพิจารณาบริบทเชิงโครงสร้าง แม้ว่าสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองจะมีบทบาทเป็นผู้ดูแลแผนงานระดับประเทศ (National Program) แต่ยังคงต้องดำเนินงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ (Operation Program) ในพื้นที่กรุงเทพมหานครร่วมไปด้วย การขับเคลื่อนแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จึงทำได้ยาก รวมถึงการปรับเปลี่ยนผู้บริหารหน่วยงานเป็นประจำทุกปีส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานด้านเขตเมือง ขาดความต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาด้านบริบทของหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พบว่าแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกันในเรื่องของโครงสร้าง การดำเนินงาน และแตกต่างด้านบริบท ปัญหา ความเร่งด่วน และความต้องการของพื้นที่ การนำแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองไปขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่จึงมีข้อจำกัด

2. ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ด้านบุคลากร ในภาวะปกติ มีบุคลากรเพียงพอสำหรับการปฏิบัติการ แต่ในภาวะฉุกเฉิน เช่น กรณีการระบาดของโควิด 19 มีบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน สำหรับบุคลากรเทศบาล ความเพียงพอของบุคลากรขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละหน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกรอบในการจัดจ้างบุคลากร แต่มีข้อจำกัด คือ อำนาจในการสรรหาบุคลากรเป็นของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น อีกทั้งข้อจำกัดด้านงบประมาณในการบริหารงานบุคคลไม่เกินร้อยละ 40 และสามารถจ้างพนักงานจ้าง ได้ไม่เกินร้อยละ 25⁽¹³⁾ ของจำนวนข้าราชการในหน่วยงาน

สำหรับตำแหน่งที่ขาดแคลน คือวิชาชีพเฉพาะ ได้แก่ แพทย์ และพยาบาล โดยเมื่อนำหลักเกณฑ์ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ⁽¹⁴⁾ มาเป็นเกณฑ์ในการกำหนดกรอบอัตรากำลัง ยังส่งผลต่อจำนวนบุคลากรในการปฏิบัติโดยเฉพาะพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรน้อย จะมีจำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงานจำกัด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายจากหลากหลายภาคส่วน งบประมาณในการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มีงบประมาณที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ทั้งในส่วนของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่งบประมาณในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถนำไปใช้สำหรับการส่งเสริม ป้องกันโรคเท่านั้น เนื่องจากอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ครอบคลุมเรื่องการดูแลรักษาโรค⁽¹⁵⁾ ด้านการจัดการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนแผนแม่บท และมี สคร. 1 - 12 ร่วมดำเนินการขับเคลื่อนแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ในระดับพื้นที่ โดยมีการถ่ายทอดแผนงาน มาตรการ และนโยบายการดำเนินงานผ่านแผนงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และตัวชี้วัดการดำเนินงาน บางส่วน เพื่อขับเคลื่อนแผนแม่บทสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านคณะกรรมการระดับจังหวัด และระดับอำเภอ แต่การขับเคลื่อนแผนแม่บท ยังคงขาดความเชื่อมโยง แต่ละหน่วยงานแยกกันทำ ในภารกิจของตนเองไม่มีการประสานกันระหว่างองค์กรเพื่อให้เกิดการบูรณาการเชิงระบบมากนัก เนื่องจากการขับเคลื่อนงานในรูปแบบของคณะกรรมการระดับพื้นที่ที่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถ

ให้ผู้บริหารหรือผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในพื้นที่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการได้ การสื่อสารนโยบายและการขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองมีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี มีการพัฒนาฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อเขตเมือง แต่ยังคงมีข้อจำกัดในการใช้งาน เนื่องจากยังขาดการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลเพื่อให้หน่วยงานเครือข่ายได้นำไปใช้ประโยชน์ อีกทั้งยังขาดการรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลเรื่องโรคไม่ติดต่อในเขตเมือง

3. ด้านกระบวนการมีกระบวนการในการจัดทำแผนที่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และแปลงแผนสู่การปฏิบัติ โดยการถ่ายทอดแผนแม่บทสู่แผนระดับหน่วยงานภายใต้ “แผนพัฒนาระบบกลไกการป้องกันควบคุมป้องกันโรคเขตเมือง” การถ่ายทอดแผนงานและการประสานแผนงานผ่าน สคร.1 - 12 แต่ยังมีข้อจำกัดในการถ่ายทอดแผนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเนื่องจากมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นเครือข่ายการดำเนินงานกว่า 200 แห่ง ทั่วประเทศ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสำรวจข้อมูล และการถ่ายทอดแผนดำเนินการร่วมกับเทศบาลเมืองเทศบาลนครบางแห่งเท่านั้น ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมทุกแห่ง การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ถ่ายทอดแผนและ การประสานงานแผนแม่บทสู่พื้นที่เขตเมือง และการกำกับ ติดตาม ประเมินแผน พบว่าพื้นที่ไม่ได้นำแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ไปใช้ในการดำเนินงานโดยตรงเนื่องจากความแตกต่างของระบบบริหาร แผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง การถ่ายทอดแผนและการดำเนินงานตามแผน จึงทำได้เพียงบางส่วน และขาดประสิทธิภาพ อีกทั้ง

การประเมินติดตามแผนจากหน่วยงานส่วนกลางมีข้อจำกัดด้านบุคลากรในการลงพื้นที่ ดังนั้นการนิเทศ ติดตามจึงขอความร่วมมือจากเครือข่าย 12 เขตบริการสุขภาพ การกำกับ ติดตาม ประเมินผลตัวชี้วัดไม่สามารถนำมาใช้กับหน่วยงานท้องถิ่น เนื่องจากอำนาจการบริหารราชการ กล่าวคือพื้นที่เขตเทศบาล การบริหารงานขึ้นตรงต่อกรมการปกครองส่วนท้องถิ่นจึงไม่สามารถกำกับติดตามการดำเนินงานด้วยระบบตัวชี้วัดการดำเนินงานหรือการตรวจราชการได้

4. ด้านผลผลิต การดำเนินงานภาพรวมตามแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองพบว่า มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม 6 ยุทธศาสตร์ของแผนแม่บทฯ ทั้งในด้านการพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค การบริหารจัดการแบบบูรณาการ และการสร้างการมีส่วนร่วมจากหลากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน การผลักดันและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรค รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยง การผลิตและพัฒนางานวิจัย รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ แต่ยังพบข้อจำกัดในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เช่น การผลักดันและบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ เป็นต้น เนื่องจากกฎหมายด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ได้ให้อำนาจท้องถิ่นในการบังคับใช้กฎหมายโดยตรง อีกทั้งการผลิตและพัฒนางานวิจัยในระดับท้องถิ่นยังมีข้อจำกัด ส่วนมากเป็นเพียงการวิจัยส่วนบุคคลเพื่อการเลื่อนวิทยฐานะ ด้านการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรในระดับท้องถิ่นยังมีน้อย โดยเฉพาะองค์ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ ด้านผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนแผนแม่บท

ในพื้นที่เขตเมืองหรือเทศบาลพบว่า เทศบาลส่วนใหญ่ไม่ได้นำแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองมาร่วมในการจัดทำแผนโดยตรง แต่จะเป็นการดำเนินงานโดยการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอ และมีการนำแผนมาบูรณาการร่วมกับแผนในระดับพื้นที่ตามความเหมาะสม มีคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ⁽¹⁶⁾ โรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด เป็นกลไกหลัก โดยมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ทสม.) องค์กรเอกชน กลุ่มกรรมการชุมชน และภาคีเครือข่ายอุตสาหกรรมจังหวัด เข้ามามีส่วนร่วม ในระดับพื้นที่ มีการรับรู้เกี่ยวกับ แผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง แต่ไม่ได้นำไปใช้ และร้อยละ 75 ไม่เคยเห็นแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองมาก่อน เนื่องจากกระบวนการพัฒนาไม่ได้สร้างความเป็นเจ้าของในเครือข่ายรวมถึงการเข้าถึงข้อมูลจากเครือข่ายค่อนข้างจำกัด

ข้อเสนอแนะ

จากการประเมินผลแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564 เพื่อให้ทราบถึงผลสำเร็จของการขับเคลื่อน และการดำเนินงานตามแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งพบผลที่สำเร็จตาม 6 ยุทธศาสตร์ การดำเนินงานที่วางไว้ และยังพบข้อจำกัดในการดำเนินงานและการขับเคลื่อนแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จึงมีข้อเสนอในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ดังนี้

1. ปรับโครงสร้างและกลไกการดำเนินงาน ให้คณะกรรมการจัดทำ/ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ มีการขับเคลื่อนงานแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองที่เข้มแข็ง และเกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง
2. สร้างกลไกในการสื่อสารถ่ายทอด รับรู้ และใช้แผนปฏิบัติการในทุกระดับ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ส่งผลต่อ การสร้างการเปลี่ยนแปลง ในระดับชุมชน ระดับบุคคลอย่างแท้จริง
3. สร้างกลไกในการรวบรวม พัฒนา ต่อยอด และเผยแพร่ชุดความรู้ งานวิจัย นวัตกรรม ที่มีผลต่อการป้องกันควบคุมโรคระดับชุมชน และระดับบุคคล
4. พัฒนากลไกสร้างการรับรู้ และความตระหนักต่อภาระโรค ให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) ซึ่งเป็นโครงสร้างในระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง
5. เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ และจัดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังเฉพาะจุด ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากร เช่น พื้นที่เขตเมืองขนาดใหญ่ พื้นที่เขตอุตสาหกรรม พื้นที่เขตท่องเที่ยว เป็นต้น
6. ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของ มาตรการทางกฎหมาย และมาตรการทางสังคม เพื่อพัฒนาและกำหนดเป็นเครื่องมือในการขยายผลการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สุพรรณา เจริญกุล, มัณฑนา สิ้นทรัพย์, นาริฐา ทาคำสุข, สุขสันต์ จิตติมณี, สุทัศน์ โชตนะพันธ์.
ผลการประเมินแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ. 2561 - 2564. วารสารสถาบัน
ป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):92-109.

Suggested citation for this article

Charoenkul S, Sinsap M, Thakhamsuk N, Jittimanee S, Chottanapund S. Evaluation of
National Master Plan for Urban Disease Prevention and Control, 2018 - 2021.
Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):92-109.

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations [Internet]. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics. World Urbanization Prospects; 2018 [Cited 2022 Dec 19]; [About 7p.]. Available from: <https://population.un.org/wup/Download/>.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. ม.ค. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 มี.ค. 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://ipsr.mahidol.ac.th/population-gazette/>.
3. สำนักโฆษก สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. นโยบาย Thailand 4.0. วารสารไทยคู่ฟ้า [อินเทอร์เน็ต]. ม.ค.-มี.ค. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2565];33:4-42. เข้าถึงได้จาก: <https://spm.thaigov.go.th/FILEROOM/spm-thaigov/DRAWER004/GENERAL/DATA0000/00000368.PDF>.
4. สหประชาชาติในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: องค์การสหประชาชาติ; 2565. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 11 เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]; [3 ย่อหน้า].
5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. คู่มือการจัดทำแผนระดับที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/J541r>.
6. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_PlanOct2018.pdf.

7. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสาม พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/2022/11/plan13-rkt-011165.pdf>.
8. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/1e_b429mvgtlW9P83iHb_dhOBwPiDRW-7/view.
9. คณะผู้จัดทำแผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ.2561 –2564. แผนแม่บทด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พ.ศ.2561 –2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง; 2561.
10. Stufflebeam DL, Shinkfield. AJ. Evaluation theory, Models, and Applications. editor, San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
11. พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 111, ตอนที่ 53 ก, หน้า 11 (ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2537).
12. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, บรรณาธิการ. ระบบสุขภาพเขตเมือง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม. การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8; 2558 ธ.ค. 23; กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
13. พระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 116, ตอนที่ 120 ก, หน้า 1 (ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2542).
14. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 56 ก (ลงวันที่ 26 เมษายน 2562).
15. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134, ตอนที่ 65 ก (ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2560).
16. อังคณา บริสุทธิ์, สุทธิณีย์ มโนสมุทร, กุลธิดา สุรวาท, ณัฐนรี สติพิบูลย์, ชนัญพัทธ์ บัวทอง, พีระพงษ์ อนุรักษ์, และคณะ. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.

พฤติกรรมในการป้องกันวัณโรค ในกลุ่มผู้ขับขีรถแท็กซี่พื้นที่กรุงเทพมหานคร

Preventive Behaviors for Tuberculosis in Taxi Drivers at Bangkok Metropolitan area

เวสารัช สรรพอาษา, สุกฤษา จันทรพิ้ง, ตรีอมร วิสุทศิริ, ไมลา อิศสระสงคราม
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Wasaruch Suppa-asa, Suttisa Chanpeng, Trearmorn Wisuttisiri,
Mila Issarasongkhram

Institute for Urban Disease Control and Prevention

Received 2023 Feb 1, Revised 2023 Mar 3, Accepted 2023 Mar 15

DOI: 10.14456/iudcj.2023.31

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ขับขีรถแท็กซี่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 444 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคในกลุ่มผู้ขับขีรถแท็กซี่พื้นที่กรุงเทพมหานคร ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้สถิติ Chi-square test และ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ขับขีรถแท็กซี่ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 50.1 ปี มีพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคปอดโดยการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัยเป็นวัณโรคทุกครั้ง มีพฤติกรรมไม่สวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ (N95) สาเหตุที่ไม่ใส่เพราะรู้สึกอึดอัด รำคาญ ไม่เคยได้รับการสื่อสารเรื่องการป้องกันวัณโรคปอดมีระดับการรับรู้เรื่องวัณโรคตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพภาพรวมในระดับมาก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ การรับรู้เรื่องวัณโรคตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพภาพรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการปิดปาก ปิดจมูก พฤติกรรมในการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ พฤติกรรมในการเช็ดทำความสะอาดภายในรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และพฤติกรรมการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัยป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความชุกของพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นควรพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกัน

วัณโรคปอดในกลุ่มผู้ขับซึ่รถแท็กซี่ที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) เพื่อลดการแพร่กระจายของวัณโรคปอด ลดอัตราป่วย และอัตราตายของวัณโรคปอด

คำสำคัญ: วัณโรค, พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค, ผู้ขับซึ่รถแท็กซี่

Abstract

The purpose of this crosssectional descriptive study was to explore the prevalence of preventive behaviors for Tuberculosis (TB) in taxi drivers in Bangkok and the relationship between personal factors, Health Belive Model (HBM), and TB preventive behaviors. The sample was 444 people in Bangkok. The instruments used were questionnaires asking about personal factors, health belive model, and TB preventive behaviors. Cronbach's alpha coefficients for the questionnaires were 0.74. Data were analyzed using frequency, percent, mean, standard deviation, Chi-square test, and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that the most of taxi drivers in Bangkok are men. They are average age 50.1 years. They're offen went to meet the doctor when they have TB symptom and don't used N95 Mask because difficulty breathing. They never have got to communication for preventive TB behaviors. The perception of HBM at a high level. The average income per month related to wearing N95 mask behaviors. The perceive of health belive model related to closed mouth and nose behavior, wearing N95 mask, cleaning in the cars with 70% alcohol, going to meet the doctor when they have got the TB symptoms had the statistically significant. Taxi drivers had low level for preventive behaviors for tuberculosis. The recommendation to develop communication program for promotion TB preventive behaviors in taxi driver especialy wearing N95 mask behaviors for reduce transmission morbidity and mortality of tuberculosis disease.

Keywords: Tuberculosis, Preventive Behaviors for Tuberculosis, Taxi Drivers

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

กลุ่มผู้ขับขี่รถแท็กซี่ต้องอยู่ในยานพาหนะที่มีการหมุนเวียนของอากาศในระบบปิด ซึ่งมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเดินหายใจจากผู้โดยสาร เช่น ไข้หวัด วัณโรค เมอร์ส เป็นต้น ผู้ขับขี่รถสาธารณะมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อ หรือ รับเชื้อวัณโรคจากผู้โดยสาร ซึ่งหากมีระยะเวลาในการรับสัมผัสเชื้อวัณโรคมากกว่า 90 นาที จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงสูงในการได้รับเชื้อวัณโรค⁽¹⁾ อุบัติการณ์การรับสัมผัสเชื้อวัณโรคจากรถสาธารณะมีมากกว่าการรับสัมผัสเชื้อโรควัณโรคในครัวเรือน⁽²⁾ จากผลการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้ขับขี่รถยนต์รับจ้างสาธารณะโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ขับขี่รถยนต์รับจ้างสาธารณะที่มีผลการเอกซเรย์ปอดสงสัยวัณโรค ร้อยละ 1.96 จากจำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองทั้งสิ้น 1,179 ราย และจากการรณรงค์โครงการสุขภาพดีแท็กซี่ไทย โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สถาบันบำราศนราดูร และ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า ผู้ขับขี่รถแท็กซี่ป่วยเป็นวัณโรคจำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.38) จากผู้ที่เข้ารับการเอกซเรย์ปอดทั้งสิ้น จำนวน 47 คน และยังพบเชื้อโรคสะสมภายในรถยนต์สาธารณะ (รายงานผลการรณรงค์จากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง) จากการประมาณการขององค์การอนามัยโลก ปี 2561 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 108,000 รายต่อปี หรือคิดเป็น 156 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานอาจมากถึง 4,700 ราย ซึ่งหากเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จะใช้เวลาในการรักษาอย่างน้อย 20 เดือน โดยจะต้องฉีดยาทุกวันอย่างน้อย 6 เดือน ค่าयरรวม 4 - 5 ชนิด ใช้งบประมาณในการรักษา 200,000 บาทต่อคน

แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรง ต้องใช้งบประมาณถึง 1,200,000 บาทต่อคน (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค) แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) Rosen stock มีข้อสมมติฐานเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่า สุขภาพดี (Good Health) ในความคิดของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ทำให้ส่งผลต่อการยอมรับ และการตัดสินใจที่จะกระทำหรือมีพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่างกัน การปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคได้อย่างถูกต้องของผู้ขับขี่รถแท็กซี่มีส่วนสำคัญในการช่วยลดความชุกของวัณโรค สิ่งที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องมาจากปัจจัยหลายด้านทั้งจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นทั้งจากภายในตัวบุคคลและจากภายนอก⁽⁴⁾ ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรควัณโรคในกลุ่มผู้ขับขี่รถแท็กซี่พื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรควัณโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ขับขี่รถแท็กซี่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross Sectional Study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- สถานภาพสมรส
- รายได้
- อายุการทำงาน
- ระยะเวลาในการทำงาน
- ประสบการณ์เกี่ยวกับวัณโรคปอด
- โรคประจำตัว

ปัจจัยการรับรู้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรคปอด
- การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอด
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรคปอด
- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรคปอด
- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคปอด

- สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรคปอด

พฤติกรรม
การป้องกัน
วัณโรคปอด

ประชากรที่จะศึกษา กลุ่มผู้ขับขี่รถแท็กซี่ในกรุงเทพมหานคร อายุ 22 ปีขึ้นไป จำนวน 37,862 คน (กรมการขนส่งทางบก)

ขนาดตัวอย่างและวิธีสุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เริ่มจากแบ่งพื้นที่ผู้ประกอบการรถแท็กซี่ ตามโซนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 6 โซน กรุงเทพมหานคร เหนือ กรุงเทพมหานคร ใต้ กรุงเทพมหานครตะวันออก กรุงเทพมหานครเหนือ แล้วสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลาก จับฉลากโซนละ 2 แห่ง รวม 12 แห่ง แห่งละ 37 คน รวม 444 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้เครื่องมือแบบสอบถาม และทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถามพบว่าในแต่ละข้อมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป แบบสอบถามมี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไป เช่น เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพระดับการศึกษา ฯลฯ

ส่วนที่ 2 การรับรู้การป้องกันโรคปอดตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดในกลุ่มผู้ขับขี่รถแท็กซี่

ส่วนที่ 4 การสื่อสารเรื่องการป้องกันโรคปอด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ส่งหนังสือ และตัวอย่างแบบสอบถามถึงผู้จัดการสหกรณ์ บริษัท ห้างหุ้นส่วนจำกัด หรือประธานชมรม ผู้ขับขี่รถแท็กซี่เพื่อขอรายชื่อผู้ขับขี่รถแท็กซี่ และใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และระบุลำดับที่กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้จัดการสหกรณ์ บริษัท ห้างหุ้นส่วนจำกัด หรือประธานชมรม ผู้ขับขี่รถแท็กซี่แจ้งกลุ่มตัวอย่างนัดวันที่ เวลาในการชี้แจงโครงการ ผู้วิจัยหลักหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายขอความยินยอมและแจกแบบสอบถาม

2) ทีมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนแจกแบบสอบถาม

3) แจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ขับขี่รถแท็กซี่ระหว่างพัก หรือรอส่ง-รับรถ โดยทีมผู้วิจัย

4) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ ข้อมูลจากแบบสอบถามโดย ในส่วนลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ระดับการรับรู้ ความรู้ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรม การป้องกันโรคใช้สถิติ Chi-square test และ Pearson's correlation coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณา และได้รับ อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค รหัส 61016 ระยะเวลา สิงหาคม 2562 - พฤษภาคม 2563

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ขับขี่รถแท็กซี่ส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการขับขี่รถ แท็กซี่ ร้อยละ 62.6 ส่วนมากรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยง เป็นโรคปวดหลัง ร้อยละ 19.4 ระดับการรับรู้เรื่อง วัณโรคในกลุ่มผู้ขับขี่รถแท็กซี่ตามหลักแนวคิด แบบแผนความเชื่อสุขภาพ โดยข้อมูลภาพรวม พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคปอด อยู่ในระดับมาก การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอด อยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันวัณโรคปอด อยู่ในระดับมาก การรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด อยู่ในระดับมาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันวัณโรคปอด อยู่ในระดับปานกลาง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันวัณโรค อยู่ในระดับมาก การรับรู้เรื่องวัณโรคตามแบบแผน ความเชื่อสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างผู้ขับขี่รถแท็กซี่มีพฤติกรรมในการป้องกัน วัณโรคปอด ปิดปากและจมูกบางครั้งเวลา ไอ หรือ จาม ร้อยละ 48.2 สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติ เนื่องจาก ไม่สะดวก พฤติกรรมไม่สวมใส่หน้ากากอนามัย ชนิดกรองพิเศษ (N95) ร้อยละ 59.2 สาเหตุ ที่ไม่ปฏิบัติ รู้สึกอึดอัด รำคาญ พฤติกรรมไม่มีการเช็ด ทำความสะอาดภายในรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ร้อยละ 42.6 สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติ ไม่มีเวลา การอาบน้ำทันที

หลังเลิกงานเป็นบางครั้ง ร้อยละ 39.6 สาเหตุ ที่ไม่ปฏิบัติ เนื่องจากเหนื่อย การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลบางครั้ง ร้อยละ 48.0 สาเหตุ ที่ไม่ปฏิบัติ เนื่องจากไม่มีสถานที่ล้างมือไม่มีเจลล้างมือ การไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีอาการสงสัยเป็น วัณโรค ร้อยละ 39.4 สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติ เนื่องจาก ขี้เกียจกินเอง การปฏิบัติตัวเมื่อพบผู้โดยสารมีอาการ ไอตลอดการเดินทาง และมีลักษณะผอมแห้ง คือ ใส่หน้ากากอนามัยแบบธรรมดา ร้อยละ 28.6 ผู้ขับขี่ รถมอเตอร์ไซด์มีพฤติกรรมปิดปาก และจมูกทุกครั้ง เวลา ไอ หรือจามในระดับพอใช้ ร้อยละ 43.02 พฤติกรรมการใส่หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ (N95) ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.6 พฤติกรรมการเช็ด ทำความสะอาดภายในรถ ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.9 พฤติกรรมการอาบน้ำทันทีหลังเลิกงานในระดับต่ำ ร้อยละ 37.6 พฤติกรรมการล้างมือด้วยน้ำกับ สบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล ในระดับพอใช้ และระดับ ต่ำ ร้อยละ 41.4 พฤติกรรมการไปพบแพทย์เมื่อมี อาการสงสัยเป็นวัณโรคในระดับต่ำ ร้อยละ 36.7 และในภาพรวมผู้ขับขี่รถแท็กซี่มีพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคปอดในระดับต่ำ ร้อยละ 83.3

จากการวิจัย พบว่า อายุ (X_1) มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัย ชนิดพิเศษ (N95) (Y_2) ในทิศทางตรงข้ามกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน (X_2) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) (Y_2) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.047$ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ วัณโรคปอด (X_3) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) (Y_2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.023$

การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอด (X_4) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปิดปากและจุมทุกครั้งที่เวลา ไอ หรือจาม (Y_1) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.001$ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) (Y_2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.001$ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัยป่วยเป็นวัณโรค (Y_6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.001$ ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด (X_5) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปิดปาก และจุมทุกครั้งที่เวลา ไอ หรือจาม (Y_1) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด (X_5) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) (Y_2) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.005$ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด (X_5) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเช็ดภายในรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค (Y_3) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.009$ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด (X_5) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัยป่วยเป็นวัณโรค (Y_6) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.047$ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด (X_6) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปิดปากและจุมทุกครั้งที่เวลา ไอ หรือจาม (Y_1) ในทิศทางตรงข้ามกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.006$ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน

วัณโรคปอด (X_6) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเช็ดภายในรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค (Y_3) ในทิศทางตรงข้ามกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด (X_6) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการอาบน้ำที่หลังเลิกงาน (Y_4) ในทิศทางตรงข้ามกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด (X_6) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล (Y_5) ในทิศทางตรงข้ามกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด (X_6) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัยป่วยเป็นวัณโรค (Y_6) ในทิศทางตรงข้ามกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.016$ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคปอด (X_7) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปิดปาก และจุมทุกครั้งที่เวลา ไอ หรือจาม (Y_1) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคปอด (X_7) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) (Y_2) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคปอด (X_7) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเช็ดภายในรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค (Y_3) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคปอด (X_7) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการอาบน้ำที่หลังเลิกงาน (Y_4) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.004$ การรับรู้

รู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคปอด (X_7) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล (Y_5) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ และการรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคปอด (X_7) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัยป่วยเป็นวัณโรค (Y_6) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค (X_8) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การปิดปากและจุมทุกครั้งที่เวลา ไอ หรือจาม (Y_1) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค (X_8) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) (Y_2) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การเช็ดภายในรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค (Y_3) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.002$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (n=444)

	Y_1		Y_2		Y_3		Y_4		Y_5		Y_6	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
X_1	-0.053	0.265	-0.190	<0.001*	-0.073	0.127	-0.042	0.380	-0.046	0.333	0.009	0.856
X_2	0.033	0.494	0.094	0.047*	0.050	0.296	0.042	0.373	0.064	0.177	0.021	0.656
X_3	0.065	0.172	0.108	0.023*	0.022	0.651	0.004	0.932	-0.040	0.398	0.087	0.068
X_4	0.161	0.001*	0.163	0.001*	0.054	0.256	0.032	0.506	-0.022	0.649	0.160	0.001*
X_5	0.218	<0.001*	0.134	0.005*	0.123	0.009*	0.080	0.092	0.045	0.348	0.094	0.047*
X_6	-0.130	0.006*	-0.035	0.461	-0.169	<0.001*	-0.199	0.001*	-0.174	0.001*	-0.115	0.016*
X_7	0.238	<0.001*	0.233	<0.001*	0.199	<0.001*	0.138	0.004*	0.152	0.001*	0.179	<0.001*
X_8	0.183	<0.001*	0.199	<0.001*	0.144	0.002*	0.043	0.368	-0.036	0.454	0.012	0.799

หมายเหตุ * = $p\text{-value} < 0.05$

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ขับขี่รถแท็กซี่ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ (N95) สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติเพราะรู้สึกอึดอัด รำคาญ มีพฤติกรรมไม่เช็ดทำความสะอาดภายในรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติเพราะไม่มีเวลา และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อพบผู้โดยสาร มีอาการไอตลอดการเดินทาง และมีลักษณะผอมแห้ง โดยการใส่หน้ากากอนามัยแบบธรรมดา ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการรับรู้อุปสรรคว่าการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิด (N95) ทำให้รู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวก การมีประวัติเคยเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปิดปากปิดจมูกเวลาไอ จาม พฤติกรรมการใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) และพฤติกรรมการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัยป่วยเป็นวัณโรคอาจเนื่องมาจากการเคยได้รับการรักษา และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้มีความรู้ และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการป้องกันวัณโรค

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเช็ดภายในรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการอาบน้ำที่หลังเลิกงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิณี บุตรโท⁽⁵⁾ พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) และพฤติกรรมการเช็ดภายในรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช เสือพุ่ม⁽⁶⁾ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรค ปอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิเชษฐ์ ต้อยศ⁽⁷⁾ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปิดปากและจมูกทุกครั้งเวลา ไอ หรือ จาม พฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) และพฤติกรรมการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัยป่วยเป็นวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร แทนคำ⁽⁸⁾ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปิดปาก และจมูกทุกครั้งเวลา ไอ หรือจาม พฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) พฤติกรรมการเช็ดภายในรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค และพฤติกรรมการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัยป่วยเป็นวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของพิเชษฐ์ ต้อยศ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอด การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์ทิศทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการปิดปากและจมูกทุกครั้งเวลา ไอ หรือจาม พฤติกรรมการเช็ดภายในรถด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค พฤติกรรมการอาบน้ำที่หลังเลิกงาน พฤติกรรมการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล และพฤติกรรมการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัยป่วยเป็นวัณโรค สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีระพล เมืองกลาง⁽⁹⁾ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน

วัณโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม
การป้องกันวัณโรค

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
ป้องกันวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การปิดปากและจามทุกครั้งเวลา ไอ หรือ จาม
พฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ
(N95) พฤติกรรมการเช็ดกายในรถด้วยน้ำยา
ฆ่าเชื้อโรค พฤติกรรมการอาบน้ำทันทีหลังเลิกงาน
พฤติกรรมการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล
และพฤติกรรมการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัย
ป่วยเป็นวัณโรค สอดคล้องกับ เกษภูมรินทร์
ขวัญทะเล⁽¹⁰⁾ พบว่าความเชื่อในความสามารถของ
ตนเองในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ
วัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน
วัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้อง
กับการศึกษาของอรรถัน จันทรเพ็ญ และลัดดา
สมมิตร⁽¹¹⁾ พบว่า ความคาดหวังในความสามารถ
ของตนเองที่จะป้องกันวัณโรคเป็นปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม
การป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ปิดปากและจามทุกครั้งเวลา ไอ หรือจาม
พฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ
(N95) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95)
สอดคล้องกับ การศึกษาของ อีระพงษ์ จำปาลี⁽¹²⁾
พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในด้านการ
สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันวัณโรค มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. กรมการขนส่งทางบกควรมีข้อกำหนด
ในการตรวจสุขภาพโดยเฉพาะการ X-ray ปอด
ในกลุ่มผู้ขับขี่รถแท็กซี่เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่
กระจายเชื้อโรคเนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ขับขี่
รถแท็กซี่เคยป่วยเป็นวัณโรค และมีคนใกล้ชิด
ในครอบครัวป่วยเป็นวัณโรค

2. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการตรวจ
สุขภาพโดยเฉพาะการ X-ray ปอดในกลุ่มผู้ขับขี่
รถแท็กซี่อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อเป็นการคัดกรอง
วัณโรค เนื่องจากสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ
พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคการได้รับการสนับสนุน
จากภาครัฐ ในการตรวจสุขภาพเอกเรย์ปอดปีละ
1 ครั้งโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำให้เดินทางไปรับ
การตรวจสุขภาพในระดับมาก

3. พัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อเสริม
สร้างพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดในกลุ่ม
ผู้ขับขี่รถแท็กซี่ที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรม
การใช้หน้ากากอนามัยชนิดพิเศษ (N95) เพื่อลด
การแพร่กระจายของวัณโรคปอด ลดอัตราป่วย
และอัตราตายของวัณโรคปอด

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เวสารัช สรรพอาษา, สุทธิสา จันทร์เพ็ง, ตร้อมร วิสุทศิริ, ไมลา อิศสระสงคราม. พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในกลุ่มผู้ขับขี่รถแท็กซี่พื้นที่กรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566; 8(1):110-121.

Suggested citation for this article

Suppa-asa W, Chanpeng S, Wisuttisiri T, Issarasongkhram M. Preventive Behaviors for Tuberculosis in Taxi Drivers at Bangkok Metropolitan area. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023; 8(1):110-121.

เอกสารอ้างอิง

1. Powell K, Lamb MM, Sisk MK, Federline L, Seechuk K, Lambert LA, et al. Passenger Contact Investigation Associated with a Transport Driver with a Pulmonary Tuberculosis. Public Health Report [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 12];127(2):202-207. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3268805/>
2. Zamudio C, Krapp F, Choi HW, Shah L, Ciampi A, Gotuzzo E, et al. Public Transportation and Tuberculosis Transmission in a High Incidence Setting. PLoS One [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 15];10(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25706530/>
3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018 [Internet]. France: Irwin; 2018. [cited 2019 Jan 18]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. ขวัญใจ มอนโรสง, จีราภรณ์ กรรมบุตร, วณิดา ทองใบ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักรักษาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. พ.ศ.- ส.ศ. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2562];18(2):306-14. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/101708/78776>
5. มะลิณี บุตรโท, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. การป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียนรักษาอำเภอประโคนชัยอำเภอกระสังและอำเภอพลชัยจังหวัดบุรีรัมย์ประเทศไทย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. มิ.ย.-ก.ค. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 2562];18(3):11- 21. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/166439/120224>

6. นนุช เสือพุมิ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดของประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. พ.ศ.-ส.ศ. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 2562];23(2):79-93. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/11899/10724>
7. พิเชษฐ์ ต้อยศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของครอบครัว ผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ [อินเทอร์เน็ต] [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&institute_code=191&bib=544&doc_type=0&TitleIndex=1
8. วิภาพร แท่นคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ เจตคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคกับการติดต่อโรคของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต] [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2553. [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค. 2563] เข้าถึงได้จาก: http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=9771
9. วีระพล เมืองกลาง. พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2557;7(1):178-194.
10. นวลนิตย์ แก้วนวล, เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรผู้ส่งมอบยาวัณโรค. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. ต.ค. - ธ.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค. 2563];9(4):193-202. เข้าถึงได้จาก: <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/5063>
11. อรรถัน จันทร์เพ็ญ, ลัดดา สมมิตร. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อโรงพยาบาลวัฒนานครจังหวัดสระแก้วปี 2553. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. ต.ค. 2554;3(2):102-110.
12. ชีระพงษ์ จำพูลี. พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.

ความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้และพฤติกรรมสุขภาพ ป้องกันโรคภูมิแพ้ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6

Allergy Related Knowledge and Health Behaviour Preventing Allergy among High School Students

อชิรญาณ นิทยโกศล¹, เบนญาภา คำพึง², ศรัณย์ภัส งามพยุ่งพงษ์³,
สุพรรณนรี ธิติกุลรัตน์⁴, ชันติ ซอโสติกุล⁵, พิชญาภา เสถียรเขตต์⁶,
นันท์นาริน อิกธิสันติสุข⁷, ญัฐวัณญ์ นราสุขปรีพัฒน์⁸, วัณณวรรณ์ ชัยนภาศักดิ์⁹,
ชรินทร์ทิพย์ เศรษฐพร¹⁰, ศุจิมน มังคลรังษี¹¹

¹โรงเรียนรุ่งอรุณ, ²โรงเรียนสาธิตสาสน์วิเทศสุวรรณหุมิ,
³โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน, ⁴โรงเรียนเบญจมะมหาราช,
⁵โรงเรียนนานาชาติคอนคอร์เดีย, ⁶โรงเรียนระยองวิทยาคม, ⁷โรงเรียนสตรีวิทยา,
⁸โรงเรียนเตรียมวิทยพัฒนา, ⁹โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา,
¹⁰โรงเรียนสาธิตนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล, ¹¹มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

**Achiraya Nitayakosol¹, Benyapha Kampung², Saranpat Ngampayungpong³,
Supannaree Thitikunrat⁴, Kanti Sosothikul⁵, Pichayapa Sathiankhetta⁶,
Nunnarin Ittisantisuk⁷, Nudtha-undh Narasukparipat⁸,
Wannuwat Chainapasak⁹, Charintip Sethaporn¹⁰, Sujimon Mungkalarungsri¹¹**

¹Roong Aroon School, ²Sarasas Witaed Suvarnabhumi School,
³Patumwan Demonstration School Srinakharinwirot University,
⁴Benchama Maharat School, ⁵Concordian International School,
⁶Rayongwittayakom School, ⁷Satriwithaya School, ⁸Triamwit Pattana School,
⁹ Triam Udom Suksa School, ¹⁰Mahidol University International Demonstration School,
¹¹Assumption University

Received 2023 Feb 13, Revised 2023 Apr 11, Accepted 2023 Apr 18

DOI: 10.14456/iudcj.2023.20

บทคัดย่อ

จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคภูมิแพ้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมสุขภาพสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคภูมิแพ้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ วัดระดับพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคภูมิแพ้ และหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคภูมิแพ้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ และพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคภูมิแพ้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และใช้ตัวแบบเชิงเส้น (Generalized linear model) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายตัวแปรต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกัน การเกิดภูมิแพ้

ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้ ($M=11.25$, $SD=3.16$) และพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคภูมิแพ้ ($M=34.21$, $SD=5.77$) อยู่ระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ป้องกันโรคภูมิแพ้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=0.104$, $p<0.05$) สรุปผลการศึกษา ควรให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ และการป้องกันโรคภูมิแพ้เพิ่มขึ้น เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นป้องกันโรคภูมิแพ้

คำสำคัญ: โรคภูมิแพ้, ความรู้ความเข้าใจ, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The number of patients with allergies tends to increase every year and more violent environmental health behavior is an important factor that causes allergies. This research is a survey research with the objectives to measure the level of knowledge about allergies, the level of health behavior to prevent allergy and to find factors predicting health behaviors for preventing allergy. The sample consisted of 400 students in grade 4 - 6 who could access the internet. The instrument used for data collection was the allergy knowledge test and health behaviors to prevent allergy test. The data was collected during October - November 2022. Descriptive statistics and generalized linear model were used to analyze data and predictive factors for health behavior preventing allergy.

The results showed that level of knowledge ($M=11.25$, $SD=3.16$) and health behaviour preventing allergies ($M=34.21$, $SD=5.77$) were at a moderate level. Allergy related knowledge was a predictive factor for health behaviour preventing allergy statistically significant ($Beta=0.104$, $p<0.05$). In conclusion, allergy related knowledge and how to prevent shall be educated more to lead to better health behaviour preventing allergy.

Keywords: Allergy, Knowledge, Health Behaviour

ความเป็นมาและความสำคัญของ ปัญหา

โรคภูมิแพ้ เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน โดยที่ร่างกายจะมีปฏิกิริยาไวต่อสารที่ก่อให้เกิดโรคภูมิแพ้หรือสารระคายเคือง ซึ่งจะทำให้เกิดอาการแพ้ โรคชนิดนี้มักไม่ค่อยรุนแรงถึงชีวิต แต่จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการเรียนหรือทำงาน ภูมิแพ้เป็นโรคที่พบมากในประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทยนั้น จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคภูมิแพ้เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี ⁽¹⁾ โดยโรคภูมิแพ้ นั้นร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองไวเกินไวมากกับสารก่อภูมิแพ้ ซึ่งสารก่อภูมิแพ้ที่พบบ่อย เช่น ไรฝุ่น รังแคของสุนัข และแมว เกสรดอกหญ้า หรือการโดนละอองฝน ก็อาจจะให้เกิดอาการของโรคภูมิแพ้ได้ อาการของโรคภูมิแพ้มีดังนี้ ระบบหายใจ เช่นมีอาการน้ำมูกไหล จาม คันจมูก คัดจมูก หรือคนทั่วไปรู้จักกันว่าโรคแพ้อากาศ หรืออาจมีอาการรุนแรง เช่น ไอ แน่นหน้าอก มีอาการหอบ ซึ่งเป็นอาการของโรคหืด ผื่นหนัง เช่น ผื่นลมพิษ ผื่นภูมิแพ้ผื่นหนัง (Eczema) หรือ ผื่นแพ้จากการสัมผัส สาเหตุใหญ่ของลมพิษมักเกิดจากอาหารและยา ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการปวดท้อง อาเจียน ถ่ายเป็นมูกเลือด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการแพ้อาหาร ระบบอื่น ๆ ซึ่งมักมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยบางรายมีอาการแพ้มาก อาจมีอาการเกิดขึ้นในทุกๆ ระบบ เช่น หอบ ลมพิษ ช็อค หรืออาจรุนแรงจนเสียชีวิต ภายหลังจากการกินอาหารบางชนิด เช่น กุ้ง ถั่วลิสง ฯลฯ หรือภายหลังได้รับยา เช่น เพนิซิลลิน สาเหตุของโรคภูมิแพ้เกิดได้จากทั้งจากกรรมพันธุ์ พฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยพฤติกรรมสุขภาพสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เพราะสารก่อภูมิแพ้ที่เข้าสู่ร่างกายของเรา

เกิดจากสภาพแวดล้อมซึ่งสามารถเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง เช่น การหายใจ การรับประทานอาหาร หรือการสัมผัสสารต่าง ๆ สารก่อภูมิแพ้ที่พบบ่อย ได้แก่ ไรฝุ่น ละอองเกสร วัชพืช ขนสุนัข ขนแมว แมลงสาบ เชื้อรา อาหารบางชนิด เช่น นมวัว ไข่ แป้งสาลี อาหารทะเล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้เกิดอาการของโรคภูมิแพ้ ได้แก่ อากาศเปลี่ยนแปลง การสัมผัสสารระคายเคือง เช่น ควันทูปควันบุหรี่ ควันท่อไอเสีย มลพิษทางอากาศ PM 2.5

ปัจจุบันโรคภูมิแพ้พบมากขึ้นทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคภูมิแพ้มากขึ้น 3 - 4 เท่า เมื่อเทียบกับเมื่อ 10 ปีก่อน โดยพบโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ร้อยละ 23 - 30 โรคหืด ร้อยละ 10 - 15 โรคผื่นผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ ร้อยละ 15 และโรคแพ้อาหาร ร้อยละ 6 การพบโรคภูมิแพ้ของระบบการหายใจเพิ่มขึ้นในประเทศไทย เนื่องจากวิถีของคนไทยเปลี่ยนไป ประชากรมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อยู่กันอย่างแออัด บ้านเรือนจากเดิมที่มีลักษณะโปร่ง โล่ง มีการถ่ายเทอากาศดีเปลี่ยนไปเป็นแบบมีเพดานเตี้ยและเต็มไปด้วยเฟอร์นิเจอร์ สิ่งของตกแต่งบ้าน ปิดหน้าต่างตลอดเวลา เปิดเครื่องปรับอากาศภายในห้องมีพรมซึ่งมีไรฝุ่นมาก มีต้นไม้ประดับซึ่งมีเชื้อรา นิยมเลี้ยงสุนัข แมวในบ้าน บางคนนำสัตว์เลี้ยงไปนอนด้วย พฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบนี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง รับสารก่อภูมิแพ้ที่เราสูดหรือสัมผัสเข้าสู่ร่างกายตลอดเวลา ยิ่งกระตุ้นให้ร่างกายเกิดอาการแพ้ขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น มลพิษในอากาศ เช่น ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ฝุ่นละอองตามถนน ควันจากท่อรถยนต์และจากโรงงานอุตสาหกรรม ควันบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดอุบัติการณ์ของโรคภูมิแพ้

ในปัจจุบันเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน⁽²⁾ สถานการณ์โรคภูมิแพ้ในประเทศไทยรุนแรงขึ้นทุกปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่าผู้ป่วยโรค Anaphylaxis ได้เพิ่มขึ้นจาก 2.6 คนต่อผู้ป่วยในแสนคน ในปี พ.ศ. 2535 เป็น 46 คนต่อผู้ป่วยในแสนคน ในปี พ.ศ. 2544 และในปี พ.ศ. 2548 - 2549 พบการเกิดโรค Anaphylaxis เพิ่มขึ้นถึง 52.5 คนต่อผู้ป่วยในแสนคนต่อปี (3-5) David A Hill et al. ศึกษาเกี่ยวกับภูมิแพ้ในเด็ก พบว่าการแพ้อาหารมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาของโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ⁽⁶⁾ ภาวะแพ้อาหารพบในเด็ก 12% และในผู้ใหญ่ 13% ในประเทศไทยมีการสำรวจผู้ป่วยที่มีภาวะแพ้รุนแรงมาที่ห้องฉุกเฉิน พบว่าผู้ใหญ่มีภาวะแพ้อาหารพบมากเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ภาวะแมลงกัดต่อยและภาวะแพ้ยา ตามลำดับ โดยอาหารที่ทำให้มีภาวะแพ้รุนแรง ได้แก่ อาหารทะเลที่มีเปลือก (Shellfish) พบ 24.7% โดยเป็นกุ้งมากที่สุด และพบอาหารจำพวกแมลงทอดคิดเป็น 4.1% รองลงมา⁽⁷⁾

จากสถานการณ์โรคภูมิแพ้ที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และความรุนแรงมากขึ้น ปัจจัยสำคัญหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมสภาพแวดล้อม การศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ และพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคภูมิแพ้ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นกลุ่มที่เริ่มดูแลตนเองในเรื่องอาหารการกิน ดูแลความเป็นอยู่ของตนเอง พฤติกรรมสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี และลดความเสี่ยงการเกิดภูมิแพ้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวัดระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคภูมิแพ้
2. เพื่อวัดระดับพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคภูมิแพ้
3. เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคภูมิแพ้

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ ซึ่งไม่ทราบจำนวนประชากร (Infinite Population) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดย Taro Yamane⁽⁸⁾ ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{e^2}$$

กำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยจะสุ่ม, Z = ระดับความมั่นใจที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

Z มีค่าเท่ากับ 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (ระดับ 0.05)

Z มีค่าเท่ากับ 2.58 ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% (ระดับ 0.01)

e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้สัดส่วนของประชากร คือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ เท่ากับ 0.5 ต้องการระดับความเชื่อมั่น 95% และยอมให้มีความคลาดเคลื่อนได้ 5% จะมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{(0.50)(1-0.50)(1.96)^2}{(0.05)^2} \\ &= \frac{(0.45)(0.50)(3.816)^2}{(0.0025)} \\ &= 345.744 \end{aligned}$$

จากการคำนวณ จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 345.744 ตัวอย่าง แต่เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอทำการเก็บกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ตัวอย่าง

เครื่องมือ

เครื่องมือเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยการศึกษาเกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดภูมิแพ้ การแพ้ อาหาร อาการของโรคภูมิแพ้ และได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากสมาคมโรคภูมิแพ้แห่งประเทศไทย สาธารณสุข ข้อมูลจากโรงพยาบาล และได้ทำการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้ผ่านการตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่า Cronbach's alpha 0.88 และ 0.80 แบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 36 คำถาม โดย 7 คำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ ระดับชั้นเรียน แผนการเรียน ช่องทางได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ รายได้ครัวเรือน ประสบการณ์การเป็นโรคภูมิแพ้ จำนวนชั่วโมงที่เรียนพิเศษและทบทวนบทเรียนต่อสัปดาห์ 28 คำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ (ระดับพื้นฐาน) และ พฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคภูมิแพ้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ (ระดับพื้นฐาน)

ประกอบไปด้วย 18 คำถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบตัวเลือกหลายตัวเลือกให้เลือกคำตอบที่ถูกต้อง 1 ตัวเลือก โดยคำตอบที่ตอบถูกจะได้คะแนน 1 คะแนน และจะนำคะแนนไปรวมกัน โดยพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 18 คะแนน คะแนนที่ได้ร้อยละ 80 - 100 หรือคะแนนระหว่าง 14 - 18 แปลผลคือมีความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้อยู่ระดับดี คะแนนที่ได้ร้อยละ 60 - 79 หรือ คะแนนระหว่าง 11 - 13 แปลผลคือมีความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้อยู่ระดับปานกลาง และ คะแนนที่ได้ต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ คะแนนต่ำกว่า 11 แปลผลคือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ระดับต่ำ

พฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคภูมิแพ้ เป็นคำถามที่วัดระดับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วยคำถาม 10 ข้อ โดยลักษณะของคำถามเป็นมาตรวัดที่ใช้สำหรับให้ผู้แสดงระดับพฤติกรรมจาก 1 - 5 โดย 5 หมายถึงปฏิบัติตามเสมอ 4 หมายถึงปฏิบัติตาม 3 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง 2 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง และ 1 หมายถึงไม่ปฏิบัติเลย คะแนน

ของทุกข้อจะถูกนำมารวมกัน พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน โดยคะแนนรวมร้อยละ 80 หรือ คะแนนระหว่าง 40 - 50 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปอดอยู่ระดับดี คะแนนร้อยละ 60 - 79 หรือคะแนนระหว่าง 30 - 39 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปอดอยู่ระดับปานกลาง และ คะแนนรวมต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ คะแนนต่ำกว่า 30 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปอดอยู่ระดับต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ SPSS รุ่น 26 นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ (n) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สำหรับการประเมินความแตกต่างระหว่างผลลัพธ์ของตัวแปร (ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด และ พฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดมะเร็งปอด) และ ลักษณะทางด้านประชากรศาสตร์ วิเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ independent t-test และ ANOVA ใช้ตัวแบบเชิงเส้น (Generalized linear model) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายตัวแปรต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดมะเร็งปอด โดยใช้ค่า Ex (B) และ 95% Confidence Intervals ค่าความมั่นใจที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมาย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การนำข้อมูลที่เก็บมาใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบนิรนาม บนแบบฟอร์มแบบสอบถาม เมื่ออาสาสมัครอ่านจนเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยกดปุ่ม “เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย” เพื่อตอบคำถามในแบบสอบถามออนไลน์

ผลการศึกษา

จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.30 และเพศชาย ร้อยละ 30.80 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 37.80 รองลงมาเป็นระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ศึกษาอยู่ในแผนการเรียนวิทย์-คณิต มากที่สุด ร้อยละ 71.80% ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพจากช่องทางสื่อสังคมออนไลน์/อินเทอร์เน็ต มากที่สุด ร้อยละ 66.50 รองลงมา ช่องทางทีวีและวิทยุ ร้อยละ 10.50 รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40,001 - 80,000 ร้อยละ 24.00 ครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามรายงานว่าเป็นโรคมะเร็งปอด (n=200, 50.0%) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ อ่านหนังสือ และ /หรือ เรียนพิเศษ น้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (n=146, 36.5%) รองลงมาคือ 7-14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (n=143, 35.8%) ตามลำดับ

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมุมิแพ้อยู่ระดับกลาง ($M=11.25$, $SD=3.16$) นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมุมิแพ้อยู่สูงสุด ($M=11.37$, $SD=3.36$) รองลงมาเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 และนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีคะแนนเท่ากัน ($M=11.34$, $SD=2.83$) เห็นได้ว่านักศึกษาสายวิทย์-คณิต มีความรู้เกี่ยวกับโรคมุมิแพ่มากที่สุดจากบรรดาแผนการศึกษาทั้งหมดที่ ($M=11.46$, $SD=3.03$) ผู้ทำแบบสอบถามได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากทีวี/วิทยุ มีคะแนนความรู้สูงที่สุด ($M=11.86$, $SD=3.65$) รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับความรู้จากผู้ปกครอง ($M=11.61$, $SD=3.09$)

ทางด้านพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคมุมิแพ่ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคมุมิแพ้อยู่ระดับปานกลาง ($M=34.21$, $SD=5.77$) นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคมุมิแพ้อยู่สูงสุด ($M=34.50$, $SD=6.23$) แผนการศึกษาของนักเรียนสายวิทย์-คณิต มีพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคมุมิแพ่มากที่สุด ($M=34.55$, $SD=5.52$) รองลงมาอันดับสองคือ นักเรียนแผนการศึกษาคณิต-อังกฤษ ($M=33.83$, $SD=6.06$)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะด้านประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับโรคมุมิแพ่ และพฤติกรรมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรคมุมิแพ่ ($n=400$)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้เกี่ยวกับ โรคมุมิแพ่ Range 0-18	พฤติกรรมสุขภาพ ป้องกันการเกิด โรคมุมิแพ่ Range 10-50
เพศ			
ชาย	123 (30.8)	10.56 (3.45)	33.71 (5.60)
หญิง	277 (69.3)	11.57 (2.97)	34.43 (5.66)
ระดับชั้นเรียน			
มัธยมศึกษาปีที่ 4	106 (26.5)	10.96 (3.28)	33.61 (5.07)
มัธยมศึกษาปีที่ 5	151 (37.8)	11.37 (3.36)	34.35 (5.78)
มัธยมศึกษาปีที่ 6	143 (35.6)	11.34 (2.83)	34.50 (6.23)
แผนการศึกษา			
วิทย์-คณิต	287 (71.8)	11.46 (3.03)	34.55 (5.52)
คณิต-อังกฤษ	48 (12.0)	10.96 (3.85)	33.83 (6.06)
สังคม/ภาษา	44 (11.0)	10.80 (3.35)	33.38 (6.45)
วิชาชีพ	21 (5.3)	9.95 (2.25)	32.20 (6.68)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้เกี่ยวกับ โรคภูมิแพ้ Range 0-18	พฤติกรรมสุขภาพ ป้องกันการเกิด โรคภูมิแพ้ Range 10-50
ช่องทางที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ			
ทีวี/วิทยุ	42 (10.5)	11.86 (3.65)	35.23 (5.65)
หนังสือพิมพ์/นิตยสาร	10 (2.5)	7.50 (4.22)	31.80 (7.88)
สื่อสังคมออนไลน์/อินเทอร์เน็ต	266 (66.5)	11.35 (3.00)	34.32 (5.56)
ผู้ปกครอง	36 (9.0)	11.61 (3.09)	32.78 (5.74)
จากที่โรงเรียน/หนังสือเรียน	29 (7.3)	10.76 (2.94)	34.14 (6.48)
เพื่อน	17 (4.3)	10.47 (2.85)	34.42 (6.54)
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)			
<20,000	26 (6.5)	9.81 (3.69)	33.39 (5.33)
20,000-40,000	72 (18.0)	10.50 (2.72)	33.63 (5.48)
40,001-80,000	96 (24.0)	11.15 (3.18)	34.60 (5.23)
80,001-150,000	115 (28.8)	12.08 (3.07)	34.78 (5.74)
>150,000	91 (22.8)	11.32 (3.16)	33.78 (6.59)
เป็นโรคภูมิแพ้หรือไม่			
ไม่เคยเป็น	154 (38.5)	10.69 (3.26)	34.03 (5.92)
เป็น	200 (50.0)	11.78 (2.90)	34.05 (5.66)
เคยเป็นแต่หายแล้ว	46 (11.5)	10.83 (3.56)	35.53 (5.67)
จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่เรียนพิเศษและทบทวนบทเรียน			
< 7 ชั่วโมง	146 (36.5)	10.52 (2.96)	33.33 (6.02)
7-14 ชั่วโมง	143 (35.8)	11.17 (3.04)	34.40 (5.42)
15-21 ชั่วโมง	69 (17.3)	12.81 (2.76)	35.97 (5.53)
> 21 ชั่วโมง	42 (10.5)	11.45 (3.91)	33.71 (5.91)
รวม	400(100.0)	11.25 (3.16)	34.21 (5.77)

คำถามที่มีผู้ตอบถูกสูงสุด 3 อันดับแรกคือ อาการ ของโรคภูมิแพ้ระบบทางเดินอาหารมีลักษณะอย่างไร (n= 357, 89.25%) ถัดมาเป็นคำถาม ข้อใดคือ อาการภูมิแพ้ทางระบบทางเดินหายใจ (n= 334, 83.50%) และวิธีป้องกันโรคภูมิแพ้ (n= 321, 80.25%) ส่วนคำถามที่มีผู้ตอบถูกน้อยสุด 3 อันดับแรกคือ เทคนิคการรักษาโรคภูมิแพ้ ให้ได้ผลดีนั้น คือการรักษาโรคร่วม ข้อใดไม่ใช่โรคร่วมภูมิแพ้ (n= 27, 6.75%) ถัดมาเป็นคำถาม เด็กหญิงพอดีต้องการเลือกซื้อ น้ำตาลทรายเด็กหญิงพอดีจะต้องเลือกซื้อ น้ำตาลลักษณะใดเพื่อหลีกเลี่ยงสารซัลไฟต์ปนเปื้อน (n= 134, 33.50%) และ ควั่น ไรฝุ่น ขนสัตว์ จัดเป็นภูมิแพ้ชนิดใด (n= 165, 41.25%)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของคำถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ที่มีผู้ตอบถูก

คำถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้	จำนวนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
โรคภูมิแพ้คือ	290 (72.50)
โรคภูมิแพ้เกิดขึ้นกับระบบใดในร่างกาย	258 (64.50)
สาเหตุของโรคภูมิแพ้เกิดได้จากสาเหตุใด	272 (68.00)
โรคภูมิแพ้ เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของส่วนใด	289 (72.25)
ปัจจุบันโรคภูมิแพ้พบมากขึ้นทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคภูมิแพ้มากขึ้น 3 - 4 เท่า เนื่องจาก	294 (73.50)
ข้อใดไม่ใช่ อาการภูมิแพ้ทางผิวหนัง	294 (73.50)
ข้อใดคือ อาการภูมิแพ้ทางระบบทางเดินหายใจ	334 (83.50)
อาหารชนิดใดมีความเสี่ยงมีสารก่อโรคภูมิแพ้ได้	209 (52.25)
อาหารชนิดใด มีความเสี่ยงสารซัลไฟต์ปนเปื้อน ก่อให้เกิดโรคภูมิแพ้	172 (43.00)
สาเหตุของอาการแพ้รุนแรง (Anaphylaxis) ที่พบบ่อย ได้แก่	272 (68.00)
ควั่น ไรฝุ่น ขนสัตว์ จัดเป็นภูมิแพ้ชนิดใด	165 (41.25)
เด็กหญิง บี รับประทานนมถั่วเหลืองหลังจากรับประทานอาหารกลางวันโรงเรียน เมื่อกลับถึงบ้านตอนเย็นมีผื่นขึ้นตามลำตัว คลื่นไส้ อาเจียน เด็กหญิงบีเกิดจากโรคภูมิแพ้ชนิดใด	303 (75.75)
โรคภูมิแพ้ทางพันธุกรรม ถ้าคุณพ่อ และคุณแม่เป็นภูมิแพ้ ลูกมีโอกาสเป็นโรคภูมิแพ้กี่ %	200 (50.00)
อาการของโรคภูมิแพ้ระบบทางเดินอาหารมีลักษณะอย่างไร	357 (89.25)
เด็กหญิงพอดีต้องการเลือกซื้อน้ำตาลทราย เด็กหญิงพอดีต้องเลือกซื้อ น้ำตาลลักษณะใด เพื่อหลีกเลี่ยงสารซัลไฟต์ปนเปื้อน	134 (33.50)
ข้อใดไม่ใช่เทคนิคการรักษาโรคภูมิแพ้ให้ได้ผลดีนั้น	309 (77.25)
เทคนิคการรักษาโรคภูมิแพ้ให้ได้ผลดีนั้น คือการรักษาโรคร่วม ข้อใดไม่ใช่โรคร่วมภูมิแพ้	27 (6.75)
วิธีป้องกันโรคภูมิแพ้	321 (80.25)

จากการวิเคราะห์คำถามวัดพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคภูมิแพ้พบว่า พฤติกรรมที่มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ และการสูบบุหรี่ ($n = 201$, 50.25%) อันดับถัดมา คือ ดื่มน้ำสะอาด วันละ 6-8 แก้ว ($n = 153$, 38.25%) และ หลีกเลี่ยงการหายใจเอาฝุ่น ขนสัตว์เลี้ยง ละเอียดองเกอร์ ($n = 126$, 31.50%) พฤติกรรมที่มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด 3 อันดับแรกคือ หลีกเลี่ยงความวิตกกังวล หรือเครียด ($n = 39$, 9.75%) อันดับถัดมา คือ นอนหลับพักผ่อน อย่างน้อย 8 ชั่วโมง ($n = 71$, 17.75%) และ ออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 ต่อครั้ง 2 - 3 วันต่อสัปดาห์ ($n = 76$, 19.00 %)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของคำถามวัดระดับพฤติกรรมป้องกันโรคภูมิแพ้

คำถามวัดพฤติกรรมสุขภาพป้องกัน การเกิดโรคภูมิแพ้	5 ปฏิบัติ เสมอ	4 ปฏิบัติ	3 ปฏิบัติ บางครั้ง	2 ไม่ค่อย ปฏิบัติ	1 ไม่ปฏิบัติ เลย
ดูแลห้องนอนไม่ให้มีฝุ่นละออง	77 (19.25)	113 (28.25)	135 (33.75)	60 (15.00)	15 (3.79)
หลีกเลี่ยงการหายใจเอาฝุ่น ขนสัตว์เลี้ยง ละเอียดองเกอร์	126 (31.50)	101 (25.25)	129 (32.25)	52 (13.00)	37 (9.25)
นักเรียนกินอาหารครบ 5 หมู่ หลากหลายชนิด	92 (23.00)	129 (32.25)	118 (29.50)	48 (12.00)	13 (3.25)
กินผักและผลไม้	124 (31.00)	116 (29.00)	96 (24.00)	45 (11.25)	19 (4.75)
ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 - 8 แก้ว	153 (38.25)	125 (31.25)	80 (20.00)	32 (8.00)	10 (2.50)
หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่และการสูบบุหรี่	201 (50.25)	80 (20.00)	50 (12.5)	38 (9.50)	31 (7.75)
ดื่มสุรา เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	122 (30.50)	60 (15.00)	54 (13.50)	40 (10.00)	124 (31.00)
ออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 ต่อครั้ง 2-3 วันต่อสัปดาห์	76 (19.00)	52 (13.00)	110 (27.50)	118 (29.50)	44 (11.00)
นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง	71 (17.75)	102 (25.50)	115 (28.75)	79 (19.75)	33 (8.25)
หลีกเลี่ยงความวิตกกังวล หรือเครียด	39 (9.75)	60 (15.00)	117 (29.25)	115 (28.75)	69 (17.25)

เพศ ระดับชั้น แผนการเรียน ช่องทางการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน เคยเป็นภูมิแพ้ จำนวนชั่วโมงที่เรียนพิเศษและทบทวนบทเรียนต่อสัปดาห์ และความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคภูมิแพ้ (Multiple R = 0.198, F=1.995, p-value <0.05) โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 3.9 ($R^2 = 0.039$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Beta) จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 8 ตัวแปรพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้เป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคภูมิแพ้มากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลเชิงบวก (Beta = 0.104, t=2.009, p-value <0.05) ส่วน เพศ ระดับชั้น แผนการเรียน ช่องทางการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน เคยเป็นภูมิแพ้ จำนวนชั่วโมงที่เรียนพิเศษและทบทวนบทเรียนต่อสัปดาห์ เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคภูมิแพ้

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-Value
เพศ	0.509	0.631	0.041	0.807	0.420
ระดับชั้น	0.484	0.374	0.066	1.293	0.197
แผนการเรียน	-0.628	0.332	-0.097	-1.891	0.059
ช่องทางได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	-0.105	0.214	-0.025	-0.492	0.623
รายได้ครอบครัวต่อเดือน	-0.078	0.180	-0.022	-0.431	0.666
เคยเป็นภูมิแพ้	0.369	0.440	0.042	0.838	0.403
จำนวนชั่วโมงที่ เรียนพิเศษ และทบทวน บทเรียนต่อสัปดาห์	0.360	0.306	0.061	1.174	0.241
ความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้	0.190	0.095	0.104	2.009	0.045

อภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ และพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคภูมิแพ้ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 400 คน ร้อยละ 50.00 ของผู้ตอบแบบสอบถามรายงานว่าเป็นโรคภูมิแพ้ ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าสถิติของสมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาแห่งประเทศไทย ซึ่งพบโรคภูมิแพ้ในเด็กไทยถึงร้อยละ 38⁽⁹⁾ ตัวเลขอัตราการเป็นโรคภูมิแพ้ของ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่สูงกว่าสถิติของสมาคมโรคภูมิแพ้ฯ และจากการศึกษาของพรทิพย์ เดชพิชัย และคณะ⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในช่วงหลังการระบาดของ COVID-19 ซึ่งในช่วงการระบาดมีการล็อกดาวน์ปิดสถานที่ต่าง ๆ รวมทั้งโรงเรียน ส่งผลให้นักเรียนต้องเรียนออนไลน์จากที่บ้าน⁽¹¹⁻¹²⁾ ทำให้ มีโอกาสได้กิจกรรมการเคลื่อนไหว หรือสันทนาการต่าง ๆ น้อยลงออกจากบ้านน้อยลง พฤติกรรมการดำรงชีวิตเปลี่ยนไป

จากเดิม รวมทั้งเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงการระบาดของ COVID-19 ซึ่งพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไปในช่วงการระบาดของ COVID-19 เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันให้อ่อนแอลง ทำให้สุขภาพมีความอ่อนไหวต่อการเกิดภูมิแพ้ได้ง่ายขึ้น

ผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ อยู่ระดับปานกลาง เพศหญิง มีคะแนนความรู้ เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ และมีคะแนนระดับพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคภูมิแพ้สูงเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เพศหญิงเป็นเพศที่ละเอียดอ่อนดูแลและใส่ใจสุขภาพมากกว่าเพศชาย จากการศึกษเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า เพศหญิงมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรม การป้องกันโรค สูงกว่าผู้ตอบแบบสอบถามเพศชาย⁽¹³⁻¹⁵⁾

ผู้ตอบแบบสอบถามที่เรียนสายวิทย์-คณิต มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้สูงที่สุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะนักเรียนเรียนสายวิทย์-คณิต เรียนวิชาเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์มากกว่านักเรียนในแผนการเรียนอื่น จึงมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคภูมิแพ้มากกว่านักเรียนในแผนการเรียนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ รินรดา เดชสุวรรณชัย⁽¹⁵⁾ และการศึกษาของ Luenarm A.⁽¹⁶⁾ ในประเด็น ที่ผู้ตอบแบบสอบถามที่เรียนสายวิทย์-คณิต มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสูงกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่เรียนแผนการเรียนอื่น

ทางด้านช่องทางที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ จากผลการศึกษครั้งนี้พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ / อินเทอร์เน็ต เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางอินเทอร์เน็ต ได้อย่างสะดวก⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ / อินเทอร์เน็ต มีคะแนนความรู้ ส่วนผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพสูงสุด ได้รับความรู้จากช่องทาง ทวี / วิทย์ และ ผู้ปกครอง แสดงให้เห็นว่าช่องทางสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ สามารถเข้าถึงคนได้อย่างกว้างขวาง แต่ช่องทางทีวี / วิทย์ และ ได้รับความรู้จากผู้ปกครองเป็นช่องทางที่ถ่ายทอดข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า อาจเป็นเพราะเป็นการสื่อสารสองทาง (two way communication) ซึ่งหากบุตรหลานไม่เข้าใจก็สามารถสอบถามผู้ปกครองได้จนเข้าใจได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้รับความรู้จากผู้ปกครองมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคภูมิแพ้สูงกว่าการได้รับความรู้จากช่องทางอื่น

จากการวิเคราะห์คำถามความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ พบว่า 3 คำถามที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด คือ อาการของโรคภูมิแพ้ระบบทางเดินอาหารมีลักษณะอย่างไร ถัดมาเป็นคำถาม ข้อใดคือ อาการภูมิแพ้ทางระบบทางเดินหายใจ และ วิธีป้องกันโรคภูมิแพ้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ คำถามเหล่านี้เป็นเรื่องใกล้ตัว ผู้ตอบแบบสอบถามบางคนอาจเคยมีประสบการณ์จึงทำให้ทราบเรื่องเหล่านี้ในขณะที่ 3 คำถามที่มีผู้ตอบถูกน้อยสุด 3 ข้อ เทคนิคการรักษาโรคภูมิแพ้ให้ได้ผลดีนั้น คือการรักษาโรคร่วม ข้อใดไม่ใช่โรคร่วมภูมิแพ้ ถัดมาเป็นคำถาม เด็กหญิงพอต้องการเลือกซื้อน้ำตาลทราย เด็กหญิงพอดีต้องเลือกซื้อน้ำตาลลักษณะใดเพื่อหลีกเลี่ยงสารซัลไฟต์ปนเปื้อน และ ควั่น ไรฝุ่น ขนสัตว์ จัดเป็นภูมิแพ้ชนิดใด เป็นคำถามที่เป็นความรู้ที่เฉพาะเจาะจง อาจจะลึกลับความรู้ทั่วไปของประชาชน

ทางด้านพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคภูมิแพ้ พบว่า พฤติกรรมที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ และการสูบบุหรี่ อันดับถัดมา คือ ดื่มน้ำสะอาด วันละ 6 - 8 แก้ว และ หลีกเลี่ยงการหายใจเอาฝุ่น ขนสัตว์เลี้ยง ละอองเกสร พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่หากไม่ปฏิบัติจะส่งผลกระทบต่อทันที เช่น หายใจระคายเคือง เมื่อได้รับควันบุหรี่ หรือฝุ่น หรือถ้าดื่มน้ำไม่เพียงพอ จะเกิดการกระหาย จึงทำให้ต้องปฏิบัติเป็นประจำ ทางด้านพฤติกรรมที่ผู้ตอบแบบสอบถามทำเป็นประจำน้อยสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หลีกเลี่ยงความวิตกกังวล หรือเครียด อันดับถัดมา คือ นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมงและ ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 ต่อครั้ง 2 - 3 วันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่อากำลังเตรียมสอบเข้ามหาวิทยาลัย นักเรียนบางกลุ่มอาจมีความเครียดสูง การปล่อยให้ตนเองมีความวิตกกังวล ในวัยรุ่นการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือ ขาดการออกกำลังกาย ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในทันที ซึ่งอาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่ได้ใส่ใจปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้เป็นประจำ

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคภูมิแพ้ พบว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดโรคภูมิแพ้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษา ของ Alix M McLaughlin and et al. ที่ศึกษาเกี่ยวกับ College students' knowledge and management of food allergies ซึ่งพบว่า

ปัจจัยด้านความรู้เป็นปัจจัยทำนายการจัดการแพ้อาหารในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยพบว่ากลุ่มนักศึกษาที่แพ้อาหารมีความรู้เกี่ยวกับการแพ้อาหารอยู่ระดับต่ำ⁽¹⁹⁾ ความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งตัวบุคคลเองและผู้ที่ต้องดูแล เช่นกัน จากการศึกษาของ Malgorzata Kostecka and et al. เกี่ยวกับความรู้ของผู้ปกครองเรื่องโรคภูมิแพ้และปัญหาเกี่ยวกับอาหารในเด็กอายุ 3 - 6 ปี พบว่า ผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ โรคภูมิแพ้ที่เกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และวิธีการรับมือกับอาการภูมิแพ้เฉียบพลัน อาการภูมิแพ้รุนแรง อาการช็อค⁽²⁰⁾ สอดคล้องกับ Health Belief Model (HBM)⁽²¹⁾ ที่ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษาค้นนี้เก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ ไม่ได้ครอบคลุมผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต

ข้อเสนอแนะ

1. ให้ ความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ และ พฤติกรรมสุขภาพที่ควรปฏิบัติ ผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เช่น บรรจุความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้ และพฤติกรรมสุขภาพ ในหลักสูตรในการเรียน formal education และ จัดทำสื่อความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้และพฤติกรรมสุขภาพบนสังคมออนไลน์ / อินเทอร์เน็ต เพื่อให้เข้าถึงนักเรียนและผู้สนใจในวงกว้าง
2. จัดเวลา หรือคาบเรียน เพื่อให้นักเรียน ได้ทำกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพ

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

อชิรญาณ นิตยโกศล, เบญญาภา คำพึ่ง, ศรัณย์ภัส งามพยุ่งพงษ์, สุพรรณนรี ธิติกุลรัตน์, ชันติ ซอโสตถิกุล, พิษญาภา เสถียรเขตต์, และคณะ. ความรู้เกี่ยวกับโรคภูมิแพ้และพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคภูมิแพ้ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566; 8(1):122-137.

Suggested citation for this article

Nitayakosol A, Kampung B, Ngampayungpong S, Thitikunrat S, Sosothikul K, Sathiankhetta P, et al. Allergy Related Knowledge and Health Behaviour Preventing Allergy among High School Students. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023; 8(1):122-137.

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน ; c2018. ภูมิแพ้ คือ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.paolohospital.com/th-TH/phahol/Article/Details/บทความ-ผิวหนัง-ภูมิแพ้/โรคภูมิแพ้#:~:text=ภูมิแพ้%20คือ%20โรคที่มี,สำหรับประเทศไทยนั้น%20จำนวนผู้>
2. บัณฑิตา บำรุงขาวเกษม. สมิตีเวช [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:บริษัทสมิตีเวช; c2023 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/โรคภูมิแพ้คืออะไร>
3. คณะทำงานเพื่อรักษาและป้องกันการแพ้ชนิดรุนแรงแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะทำงานเพื่อรักษาและป้องกันการแพ้ชนิดรุนแรงแห่งประเทศไทย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://allergy.or.th/2016/pdf/Thai_CPG_Anaphylaxis_2017_Full_version.pdf
4. Mitthamsiri W, Hwangkhunnatham S, Ruxrungtham K. Food-Induced Anaphylaxis in Thailand: A 10 Years Data from a Tertiary Care Center in Bangkok. The Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2009;135(2): 207.
5. Sripamong C, Visitsunthorn K, Srisuwatchari W, Pacharn P, Jirapongsananuruk O, Visitsunthorn N. Food sensitization and food allergy in allergic Thai patients from a tertiary care center in Thailand. Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology. 2022; 40: 148-155.

6. Hill DA, Grundmeier RW, Ram G, Spergel JM. The epidemiologic characteristics of healthcare provider-diagnosed eczema, asthma, allergic rhinitis, and food allergy in children: a retrospective cohort study. National Library of Medicine. 2020;16:133.
7. อมรรัตน์ ประเสริฐเจริญสุข. ภาวะแพ้อาหารในผู้ใหญ่. J Med Health Sci. 2564;28(1):163-189.
8. บุญชม ศรีสะอาด. (2535). “การวิจัยเบื้องต้น”. พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพมหานคร : สุริยาสาน.
9. ThaiHealth Official [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); c2021 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/คนไทยป่วยโรคภูมิแพ้-เพิ/>
10. พรทิพย์ เดชพิชัย, จินดา คงเจริญ, ณัฐกฤตา สุวรรณทิป, สิริวัลภ์ เรืองช่วย, ตู๊ประกาย, จิราภรณ์ พงษ์โสภาร. ความชุกของโรคภูมิแพ้ในเด็กไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. ก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์. 2560;17(2):78-98.
11. บัลลังก์ โรหิตเสถียร. ศธ 360 องค์กร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ) ; 2021 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://moe360.blog/2021/04/13/covid-measures/>
12. Alves RF, Samorinha C, Precioso J. Knowledge, attitudes and preventive behaviors toward COVID-19: a study among higher education students in Portugal. Journal of Health Research. 2021; 35(4): 318-328.
13. Petpaiboon T. Knowledge, attitudes, and preventive behaviours toward coronavirus disease-19: A study among high school students in Bangkok. International Journal of Medical Science and Public Health. 2021;10(1):62-67.
14. Sakulsantiporn A. Attitude to vaccinate against coronavirus disease 2019 of high school students in chonburi province, Thailand: A study of grade 10–12 students of princess chulabhorn science school. International Journal of Medical Science and Public Health. 2021;10(2):191-196.
15. รินรดา เดชสุวรรณชัย. ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2565;6(2):1-15.
16. Luenarm A. Willingness to vaccinate against coronavirus disease-19 of high school students. International Journal of Medical Science and Public Health. 2021;10(2): 212-218.

17. มาร์เก็ตเธียร์ออนไลน์. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:มาร์เก็ตเธียร์; c2023 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://marketeeronline.co/archives/208372_
18. พิพัฒน์พงศ์ เข้มปัญญา. พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลเมืองนครพนม. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม วันที่ 17-19 พฤษภาคม 2560. 120-124.
19. McLaughlin AM, Taylor Macaulay and Catherine C Peterson. College students' knowledge and management of food allergies. National Library of Medicine. 2021;69(6): 610-616.
20. Kostecka M, Kostecka-Jarecka J, Kostecka J, Iłowiecka K, Kolasa K, Gutowska G, et al. MDPI.com [Internet]. Basel, Switzerland: MDPI; c2023 [cited 2022 Dec 27]. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9067/9/11/1693>
21. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:กรมอนามัย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : http://doh.hpc.go.th/data/bse_manual/BC12_HealthBelieveModel.pdf.

นวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านสนวน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

Innovation for developing social support network for aging society
in Ban Sanuan Community, Huai Rat District, Buriram Province

ฐพัชร์ คັນธร¹, อานนท์ สังขะพงษ์², บังเอิญ ภูมิภักดิ์³, ฤจิระชัย เมืองแก้ว⁴,
สุชาติ เนตรสุวรรณ⁵, วันดี เนตรสุวรรณ⁴

¹มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, ²มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, ³สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง,
⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนวน

Thapach Kansorn¹, Arnon Sangkapong², Bang-ern Pumipak³,
Rujirachai Muangkeaw¹, Suchart Natsuwan⁴, Wandee Natsuwan⁴

¹Western University, ²Ubon Ratchathani University,

³Institute for Urban Disease Control and Prevention,

⁴Sanuan Sub-district Health Promoting Hospital

Received 2023 Feb 28, Revised 2023 Mar 31, Accepted 2023 Apr 7

DOI: 10.14456/iudcj.2023.21

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้การปรึกษาด้านวิชาการ ด้วยการใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) พัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ 2) ศึกษาผลของโปรแกรมระบบเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน มิถุนายน 2563 - มิถุนายน 2564 ประชากร ได้แก่ เครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในอำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 3 เครือข่าย ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน อสม.จำนวน 10 คน และพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินประสิทธิภาพแอปพลิเคชันและแบบประเมินความพึงพอใจแอปพลิเคชัน ผ่านการหาคุณภาพของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.96 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าแอปพลิเคชันมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี ($M = 4.38$, $SD = 0.62$) โดยความเร็วมีคะแนนสูงสุด ($M = 4.55$, $SD = 0.54$) รองลงมาคือ ความถูกต้อง ($M = 4.35$, $SD = 0.71$) และความสามารถในการให้บริการ ($M = 4.25$, $SD = 0.62$) ความพึงพอใจแอปพลิเคชันอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26$, $SD = 0.68$) โดยพึงพอใจด้านเนื้อหาสูงสุด ($M = 4.46$, $SD = 0.57$) รองลงมาคือด้านภาพ ภาษา และเสียง ($M = 4.40$, $SD = 0.73$) เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่า ผู้ประเมินพึงพอใจด้านเนื้อหาว่ามีความชัดเจนและความถูกต้องของข้อมูลมากที่สุด ($M = 4.66$, $SD = 0.54$)

คำสำคัญ: นวัตกรรม, ระบบเครือข่ายสนับสนุน, สังคมผู้สูงอายุ

Abstract

This was a Research and Development (R&D) project to develop the social support network for aging consisting of the sub-district health promotion hospital, public health volunteers, aging caregivers, and academic advisors by using health applications. The objectives of this research are 1) to develop the aging support network, and 2) to study the results of an aging society supporting network system. Quantitative and qualitative data collection was performed between June 2020 to June 2021. The research population was composed of three aging caregiver networks residing in Amphoe Huai Rat, Buriram Province in 2020, consisting of family caregivers, sub-district health promotion hospital staff, and public health volunteers. A total of 15 aging caregivers, 10 public health volunteers, and sub-district health promotion hospital nurses were selected as sample groups. Cronbach's alpha coefficient used surveys on Application Efficiency and Application Satisfaction as research tools. The results showed 0.96 and 0.92 accordingly. Descriptive statistical analysis was conducted by using frequency, percentage, median, and standard deviation. Qualitative analysis was conducted by content analysis. The result showed that the application efficiency was at a good level ($M = 4.38$, $SD = 0.62$) with the highest score on application speed ($M = 4.55$, $SD = 0.54$), application accuracy ($M = 4.35$, $SD = 0.71$), and service ability ($M = 4.25$, $SD = 0.62$), accordingly. Application satisfaction is at a high level ($M = 4.26$, $SD = 0.68$) with the highest score on application content ($M = 4.46$, $SD = 0.57$), vision, language, and sound ($M = 4.40$, $SD = 0.73$), respectively. It also showed that the content with the highest score was clarity and accuracy ($M = 4.66$, $SD = 0.54$).

Keywords: Innovation, Support network System, aging society

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3 - 4 ทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ประเทศเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ประมาณปี 2543 - 2544 คือ มีประชากรอายุ 60 ปี คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด นอกจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีอีกตัวบ่งชี้ที่แสดงถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว นั่นคือ “ดัชนีการสูงวัย” (Aging index) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของดัชนีดังกล่าวส่งผลให้ประชากรวัยเด็กลดลงอย่างรวดเร็วจนนำมาสู่การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุ อีกทั้งการคาดการณ์จากแนวโน้มประชากรสูงอายุนระดับประเทศ พ.ศ. 2503 - 2573 คาดว่าผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าตัวประมาณ 14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2568⁽¹⁻²⁾ จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย จะเห็นว่าภาพรวมประเทศไทย อยู่ในสถานการณ์ “สังคมสูงวัย” (aging society) และในอีก 10 ปีข้างหน้า จะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aging society)

จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพรายเดือนของจังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปี 2559 รวมทั้งสิ้น 192,239 ราย⁽³⁾ ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญหา ที่เริ่มปรากฏขึ้นในชุมชน จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง ขาดความมั่นคงทางชีวิต⁽⁴⁾ ซึ่งจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การมีส่วนร่วม

ในการกำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริม และการสนับสนุนด้านการพัฒนาให้ผู้สูงวัยมีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองและผู้สูงวัยด้วยกัน ภายใต้แรงยึดเหนี่ยวทางสังคมที่เข้มแข็ง (Social cohesion) ของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน แนวทางที่เหมาะสมของชุมชนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน คือ การมีกลไก ขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงวัยของชุมชน⁽⁵⁾ การทำงานในรูปแบบคณะกรรมการจากภาคีเครือข่าย องค์กร บริหาร ส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการวางแผนด้านผู้สูงวัย และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงวัย เป็นการสร้างเสริมให้ผู้สูงวัยยังสามารถมีส่วนร่วมสร้างประโยชน์ในระดับ ครอบครัว ชุมชน และประเทศได้ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดและให้การดูแลอย่างครอบคลุมสำหรับประชาชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีพันธกิจที่ดูแลต่อเนื่องระยะยาว⁽⁶⁾

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดี กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดหลักสูตรและกิจกรรมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัยในชุมชน แต่ขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน อาจเกิดจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริบทของชุมชนที่แตกต่างกัน การบริหารจัดการ ขาดการเชื่อมโยงความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และขาดแนวทางการทำงานร่วมกันของ องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ทันสมัย สะดวกและรวดเร็ว หากจัดการแก้ไขปัจจัยดังกล่าวได้ โดยบุคลากรที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงวัย

ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู⁽⁷⁾ ต้องปรับบทบาทให้สามารถเรียนรู้จากเทคโนโลยีได้ ยกตัวอย่าง การพยาบาลให้ความช่วยเหลือการดูแลผู้สูงวัย หรือผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายจำเป็นต้องอยู่ติดบ้านติดเตียงตลอดเวลา จะมีการปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถและสมรรถนะของผู้ดูแลเช่นกัน โดยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงการใช้งานเทคโนโลยีด้านการสื่อสารหรือสมาร์ทโฟน และแอปพลิเคชัน เพื่อส่งเสริมการดำรงชีวิตประจำวันให้สะดวกสบาย ปัจจุบันมีการนำเสนอข้อมูลผ่านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ อุปกรณ์มือถือให้เสมือนจริงหรือความรู้สึกใกล้เคียงกับความจริงมากที่สุด โดยในปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์ นักวิจัย หรือองค์กรต่าง ๆ มีความสนใจและพัฒนาสื่อดังกล่าวไปไกลมาก ทำให้ผู้ใช้งานมีความสะดวกและพึงพอใจ แต่อย่างไรก็ตาม การติดตามการดูแลผู้สูงวัยในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวน ยังคงใช้การสื่อสารประสานงาน ให้คำปรึกษากับผู้ดูแลผู้สูงวัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งมีข้อจำกัด เช่น การป้องกันข้อมูลของผู้รับบริการ การสื่อสารที่ซ้ำซ้อน สับสน ขาดการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลการบริการให้กับเครือข่ายที่ร่วมดูแลผู้สูงวัย หากมีระบบที่สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงวัย ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัยและลดข้อจำกัดจากการให้บริการสุขภาพแบบเดิมได้ ย่อมส่งผลดีที่ติดกับผู้สูงวัยในชุมชนได้ ดังนั้น จึงเกิดแนวคิดที่จะพัฒนาแอปพลิเคชันระบบเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมผู้สูงวัยผ่านเทคโนโลยีสมาร์ทโฟน เพื่อให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้นำเสนอข้อมูลอย่างเหมาะสม ได้แก่ การบรรยาย

ด้วยการเขียน ภาพถ่าย การถ่ายภาพวิดีโอขณะให้การดูแล การพูดคุย หรือแม้แต่การรายงานอาการและความต้องการของผู้สูงวัย ข้อมูลที่นำเสนอหรือการสนทนาจะเป็นปัจจุบันที่สามารถโต้ตอบกันได้ สามารถปฏิบัติงานได้ทุกที่ ทุกเวลา ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงวัยในชุมชน และเป็นแนวทางในการพัฒนาเครือข่ายให้ก้าวหน้า เหมาะกับสถานการณ์ได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมระบบเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมผู้สูงวัยอยู่ในระดับดีขึ้น
2. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมระบบเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมผู้สูงวัยอยู่ในระดับมากขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร ได้แก่ เครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงวัยที่ประกอบด้วย ผู้ดูแล พยาบาลชุมชน อสม. และผู้สูงวัยที่อยู่ในชุมชนเขตอำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 จำนวน 45 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ซึ่งได้มาโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ WTU 2562 - 0067

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชัน โดยการเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมในสังคม
2. แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการใช้อุปกรณ์แอปพลิเคชันโดยการเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมในสังคม

วิธีดำเนินการศึกษา

ใช้แบบแผนการทดลอง ศึกษากลุ่มเดียว วัดหลังการทดลองครั้งเดียว (one-group post-test only design)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบชีวนิเวศวิทยาของเพนเบรนนอร์ มี 4 องค์ประกอบที่สำคัญคือ Process-Person-Context-Time Model (PPCT) ซึ่งได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่อยู่ล้อมรอบ “บุคคล” ได้แก่ กระบวนการ (Process) หรือการมีปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลในระบบและสิ่งแวดล้อม โดยการศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีส่วนร่วมของ

กลุ่มองค์กร และภาคีเครือข่ายในชุมชน จะเป็นตัวกำหนดปัจจัยส่วนบุคคล (Person) ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนมีความต้องการแตกต่างกันตามลักษณะของบุคคล ในบริบทแวดล้อม (Context) ที่แตกต่างกัน ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม และนโยบายของประเทศ ภายใต้ช่วงเวลา (Time) ที่ผู้สูงวัยมีชีวิตอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงวัยทั้งที่มีโรคเรื้อรังติดบ้าน ติดเตียง บางครั้งที่อยู่บ้านเพียงลำพัง มักมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า ขาดผู้ดูแล การสร้างเครือข่ายร่วมดูแลผู้สูงวัยในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เช่น ผู้ดูแลหลัก อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการประสานงานให้บริการในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงวัย โดย Process-Person-Context-Time Model (PPCT) ซึ่งมีแอปพลิเคชันเป็นกระบวนการ (process) สื่อกลางที่มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยร่วมกัน โดยมีปัจจัยส่วนบุคคล (Person) เป็นปัจจัยกำหนดความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ภายใต้บริบทแวดล้อม (Context) ที่แตกต่างกันด้วย โดยกำหนดเวลาการให้บริการต่อเนื่องและชัดเจน ซึ่งแอปพลิเคชันมีความยืดหยุ่นในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงวัย ได้สะดวกรวดเร็ว ทันสมัย เชื่อมโยงการดูแลผู้สูงวัยของภาคีเครือข่ายได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.3) โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45 ปี ($SD = 8.68$) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50.0) รองลงมา คือ ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 40.0) มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่/ ทำนา) (ร้อยละ 66.7) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 69.8) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,673 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 80.0)

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพแอปพลิเคชัน “สนวนสูงวัย” ที่พัฒนาขึ้น การประเมิน แอปพลิเคชัน “สนวนสูงวัย” ที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์การพัฒนาระบบฐานข้อมูลฯ จากการตอบแบบประเมิน ของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำแบบประเมินภายหลังจากที่ได้ทดลองและตรวจสอบ การใช้แอปพลิเคชัน “สนวนสูงวัย” ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง 2 ส่วน ได้แก่ ผลการประเมินประสิทธิภาพแอปพลิเคชัน และผลการประเมินความพึงพอใจแอปพลิเคชัน ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน “สนวนสูงวัย” ($n = 30$)

การประเมินประสิทธิภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD.	แปลผล
ความสะดวกรวดเร็วในการใช้	4.55	0.54	ดีมาก
ความถูกต้องของเนื้อหาและการแปลผล	4.35	0.71	ดี
ความสามารถในการตอบสนองความต้องการผู้ใช้	4.25	0.60	ดี
ภาพรวม	4.38	0.62	ดี

ผลการประเมินประสิทธิภาพแอปพลิเคชัน “สนวนสูงวัย” ภาพรวมแอปพลิเคชัน มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับดี ($M = 4.38$, $SD = 0.62$) โดย ความเร็วมีคะแนนสูงสุด ($M = 4.55$, $SD = 0.54$) รองลงมาคือ ความถูกต้อง ($M = 4.35$, $SD = 0.71$) และความสามารถในการให้บริการ ($M = 4.25$, $SD = 0.62$) ตารางที่ 2

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการประเมินความพึงพอใจ
แอปพลิเคชัน “สวนสูงวัย”

ความพึงพอใจ(n = 30)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. ด้านเนื้อหา	4.46	0.57	ระดับมาก
ความสะดวกรวดเร็วในการใช้	4.45	0.72	ระดับมาก
ปริมาณของเนื้อหาในแต่ละข้อมูล	4.60	0.56	ระดับดีมาก
ความชัดเจนและความถูกต้องของข้อมูล	4.66	0.54	ระดับดีมาก
ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอ	4.35	0.38	ระดับมาก
ความเหมาะสมของเนื้อหากับผู้สูงวัย	4.25	0.65	ระดับมาก
2. ด้านภาพ ภาษา และเสียง	4.40	0.73	ระดับมาก
สีของตัวอักษรและพื้นหลังเหมาะสม	4.25	0.55	ระดับมาก
ขนาดของตัวอักษรมีความเหมาะสมและง่ายต่อการอ่าน	4.20	0.75	ระดับมาก
ความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของภาพที่นำเสนอ	4.60	0.49	ระดับดีมาก
การจัดวางองค์ประกอบแต่ละส่วนในหน้าจอมีความเหมาะสม	4.40	1.04	ระดับมาก
3. ด้านคุณค่าและประโยชน์	4.18	0.66	ระดับมาก
มีความสะดวกในการใช้ประโยชน์	3.85	0.54	ระดับมาก
เป็นประโยชน์ตรงความต้องการของผู้ใช้	4.50	0.82	ระดับดีมาก
สามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงวัยและสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงวัยได้	4.10	0.55	ระดับมาก
ความน่าสนใจชวนให้ติดตามเนื้อหา	4.25	0.74	ระดับมาก
4. ด้านการใช้งานของแอปพลิเคชัน	4.01	0.77	ระดับมาก
ความถูกต้องในการเชื่อมโยง	4.40	0.90	ระดับมาก
ความรวดเร็วในการใช้งาน	4.15	1.10	ระดับมาก
ความสะดวกในการค้นหาข้อมูล	3.64	0.54	ระดับมาก
การโต้ตอบระหว่างแอปพลิเคชันกับผู้สูงวัย	3.50	0.76	ระดับมาก
สามารถใช้งานได้จริง	4.35	0.55	ระดับมาก
ภาพรวม	4.26	0.68	ระดับมาก

ความพึงพอใจแอปพลิเคชัน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26$, $SD = 0.68$) โดยพึงพอใจด้านเนื้อหาสูงสุด ($M = 4.46$, $SD = 0.57$) รองลงมาคือด้านภาพ ภาษา และเสียง ($M = 4.40$, $SD = 0.73$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ประเมินพึงพอใจด้านเนื้อหาว่ามีความชัดเจนและความถูกต้องของข้อมูลมากที่สุด ($M = 4.66$, $SD = 0.54$) ตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพแอปพลิเคชัน “สนวนสูงวัย” ภาพรวมแอปพลิเคชันมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี ($M = 4.38$, $SD = 0.62$) โดย ความเร็วมีคะแนนสูงสุด ($M = 4.55$, $SD = 0.54$) รองลงมาคือ ความถูกต้อง ($M = 4.35$, $SD = 0.71$) และความสามารถในการให้บริการ ($M = 4.25$, $SD = 0.62$) ผลการพัฒนาแอปพลิเคชันโดยใช้การเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงวัยด้วยการมีส่วนร่วมในสังคม โดยภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับดี และด้านสื่อเทคโนโลยี โดยภาพรวมทุกด้านมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก อันเนื่องมาจากการออกแบบและพัฒนาสื่อที่กระทำอย่างเป็นระบบโดยนำขั้นตอนการออกแบบ 5 ขั้นตอนของ ADDIE Model⁽⁸⁾ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลพร ไชยสิทธิ์⁽⁹⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแอปพลิเคชันฝึกทักษะทางคณิตศาสตร์บนเครื่องคอมพิวเตอร์แท็บเล็ตสำหรับนักเรียน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พบว่า 1) ผลการประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชันโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ด้าน คือด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบแอปพลิเคชัน และด้านการวัดผลและประเมินผล

ภาพรวมทุกด้านมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 2) ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่ม ความพึงพอใจแอปพลิเคชัน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26$, $SD = 0.68$) โดยพึงพอใจด้านเนื้อหาสูงสุด ($M = 4.46$, $SD = 0.57$) รองลงมาคือด้านภาพ ภาษา และเสียง ($M = 4.40$, $SD = 0.73$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีความพึงพอใจด้านเนื้อหา มีความชัดเจนและความถูกต้องของข้อมูลมากที่สุด ($M = 4.66$, $SD = 0.54$) เนื่องจากแอปพลิเคชัน “สนวนสูงวัย” นี้พัฒนาให้เหมาะสมกับผู้ใช้งานตามบริบทของชุมชนบ้านสวน ที่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ 50 - 59 ปี จำนวน 40% และศึกษามากที่สุดคือมัธยมศึกษา จำนวน 50% และใช้ภาษาเขมรพื้นถิ่นเป็นส่วนใหญ่ 45.8% นอกจากนี้ยังมีเนื้อหาที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ มีความกระชับ ชัดเจน สามารถสื่อสารข้อมูลให้เข้าใจง่าย มีความทันสมัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันสอดคล้องกับ ฐานันท์ศิริเจริญ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าการ ติดต่อสื่อสารด้วยสมาร์โฟนและแอปพลิเคชัน ที่สนับสนุนการบริการสุขภาพช่วยให้ผู้สูงวัยมีความสะดวกและสามารถพูดคุยความเป็นส่วนตัวได้มากยิ่งขึ้น ภาษาที่ใช้ในเนื้อหา มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมให้ความรู้รูปแบบต่าง ๆ ผ่านแอปพลิเคชัน ช่วยส่งเสริมให้เกิดการติดต่อสื่อสารระหว่างเครือข่ายได้ รวมไปถึงมีความสะดวกและง่ายต่อการใช้งาน เมนูหลักเข้าใจง่ายและสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล ภาพกับเนื้อหา มีความสอดคล้องและการนำเสนอมีความต่อเนื่องทั้งเนื้อหา ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียง ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฬาลักษณ์ วัฒนเลิศ⁽¹¹⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลผู้สูงวัยกลุ่ม

ติดเต็ยด้วยเทคโนโลยีความเป็นจริงเสริมผู้สูงวัยพบว่า การนำเสนอข้อมูลสุขภาพด้วย ภาพนิ่ง และวิดีโอผ่านแอปพลิเคชัน ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารข้อมูลกับผู้สูงวัยได้ง่าย โดยผู้ใช้งานมีระดับความพึงพอใจ ยอมรับการใช้งานระบบ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง อยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจ

แอปพลิเคชัน “สนวนสูงวัย” ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26$, $SD = 0.68$) โดยพึงพอใจด้านเนื้อหาสูงที่สุด ($M = 4.46$, $SD = 0.57$) รองลงมาคือด้านภาพ ภาษา และเสียง ($M = 4.40$, $SD = 0.73$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงวัยมีความพึงพอใจด้านเนื้อหาที่มีความชัดเจนและความถูกต้องของข้อมูลมากที่สุด ($M = 4.66$, $SD = 0.54$) เนื่องจากแอปพลิเคชันมีสี และภาพประกอบ มีความเหมาะสม น่าสนใจ การนำเสนอง่ายต่อการจดจำ ความเหมาะสมของเนื้อหาที่กลุ่มเป้าหมาย ความเหมาะสมของสื่อเทคโนโลยีมีความทันสมัย เข้ากับเหตุการณ์ปัจจุบัน และมีการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ จึงช่วยให้ส่งเสริมการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนภายในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการพัฒนาแอปพลิเคชันด้วยการออกกำลังกายของผู้สูงวัย ของ อนุชา จันทร์เต็ม⁽¹²⁾ พบว่า ผู้ใช้มีความพึงพอใจในระดับดี เนื่องด้วยแอปพลิเคชันมีการรวบรวมฟังก์ชันที่เป็นที่ต้องการของผู้ใช้ไว้ทุก ด้านโดยที่ไม่ต้องเปิดเข้าใช้งานหลายแอปพลิเคชัน ทำให้ประหยัดเวลา สะดวกในการใช้งาน และยังมีรูปแบบหน้าจอที่ง่ายต่อการใช้งานสามารถเข้าใจแอปพลิเคชันได้ง่าย และหลังจากมีการเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็วและสะดวกมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลสุขภาพทั้งสภาพร่างกายและสภาพจิตใจควรพูดคุยกับผู้สูงวัย

แบบใช้จิตวิทยาขั้นสูงควรเป็นหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะ เช่น แพทย์ พยาบาล และเห็นว่าถ้าจะมีการใช้สื่อใหม่เพื่อให้ข้อมูลเรื่องการดูแลสุขภาพกับผู้สูงวัย ต้องให้ความรู้และฝึกฝนทักษะจนผู้สูงวัยมีความเข้าใจในการใช้สื่อใหม่ที่เพียงพอ จึงจะทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้⁽⁹⁾

เครือข่ายผู้ดูแลในครอบครัว ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “มีความพึงพอใจด้านการติดต่อสื่อสารและขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลได้ง่าย ไม่จำเป็นต้องเดินทางไปรอคิว ทำให้ใช้เวลาได้อย่างคุ้มค่าและมีประโยชน์”

เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “บทบาทหน้าที่ของ อสม. ดูแลสุขภาพของประชาชนตามจำนวนที่ได้รับมอบหมาย ประมาณ 10 - 15 ครอบครัวต่อ 1 คน ประชาชนในครอบครัวทุกช่วงอายุ ตั้งแต่ทารก จนถึงวัยชรา ระยะทางห่างไกล เมื่อได้เรียนรู้และใช้แอปพลิเคชัน ทำให้งานสะดวกขึ้น ลดระยะเวลาในการเดินทาง การบันทึกข้อมูลเป็นปัจจุบัน ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลสามารถเปิดอ่านได้ทันที ไม่ต้องบันทึกซ้ำซ้อน สามารถเก็บข้อมูลที่เป็นภาพถ่ายเพื่อคำอธิบายลักษณะบาดแผล หรือความเจ็บป่วยได้ดี”

เครือข่ายพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “แอปพลิเคชันสามารถช่วยลดภาระงานได้มาก”..... เช่น

1. ด้านการบริหารบุคคลที่จำเป็นต้องออกไปเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อได้รับการประสานงาน สามารถตรวจสอบข้อมูลเป็นขั้นตอน ก่อนตัดสินใจและใช้ทางเลือก ได้แก่ การให้คำแนะนำ การไปรักษาในสถานบริการที่มีศักยภาพสูง การลงไปเยี่ยมผู้ป่วยด้วยตนเอง เป็นต้น

2. ด้านการใช้ข้อมูล พยาบาลสามารถตรวจสอบข้อมูลที่ทั้งที่เป็นตัวเลข การบันทึกภาพถ่าย ตามต้องการได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบันทึกซ้ำอีกครั้งในโปรแกรมอื่น ๆ

3. การนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อวางแผนต่อไปสามารถทำได้ตลอดเวลา เนื่องจากมีโปรแกรมพื้นฐานวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ร้อยละ มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุป การเรียนรู้ร่วมกัน เป็นวิธีการเรียนแบบหนึ่งที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับการเรียน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของกิจกรรมการเรียนรู้ โดยมีวิธีการที่มุ่งเน้นการจัดสภาพทางการเรียนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มเล็ก ๆ จะสามารถช่วยให้ผู้เรียน เรียนรู้ตลอดเวลาและเรียนรู้ร่วมกันได้โดยไม่จำเป็นต้องอยู่ในเวลาเดียวกันหรือสถานที่เดียวกัน งานวิจัยการพัฒนาแอปพลิเคชันโดยใช้การเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยการมีส่วนร่วมในสังคม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีคุณภาพทั้งด้านเนื้อหา และด้านสื่อ เทคโนโลยี มีความเหมาะสม น่าสนใจ และทันสมัย สะดวกต่อการเรียนรู้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการสนับสนุนแนวคิด Process-Person-Context-Time Model (PPCT) ที่สามารถให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ด้วยการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (tangible support) และ การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (intangible support) โดยมีแอปพลิเคชัน เป็นเครื่องมือ จึงทำให้ระบบเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำแอปพลิเคชันนี้ไปใช้เป็นตัวแบบในสร้างเครือข่ายการดูแลและสนับสนุนทางสังคมในกับผู้สูงอายุในพื้นที่บริการ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประสานงานสื่อสารข้อมูลและการดูแลสุขภาพระหว่างกันของสมาชิกในเครือข่ายได้

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีการขยายผลและถ่ายทอดเทคโนโลยี สู่พื้นที่ใกล้เคียงที่มีกลุ่มประชากรและบริบทที่ใกล้เคียงกัน โดยการจัดการอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี

3. บุคลากรสาธารณสุขควรจัดให้มีการบริหารจัดการระบบโดยมีผู้รับผิดชอบดูแลเพื่อขับเคลื่อนการใช้งานให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีและต่อเนื่องยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทดลองครั้งต่อไป

1. เพื่อให้การผลการศึกษามีผลกระทบในวงกว้างควรจัดทำโครงการวิจัยต่อเนื่องในชั้นขยายผลและมีการถอดบทเรียนและองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาแอปพลิเคชันต่อไป

2. เพื่อให้การวิจัยครอบคลุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของบ้านที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุด้วย เพื่อร่วมกันดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทุกมิติ

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

1. แอปพลิเคชันไม่สามารถใช้ได้กับระบบปฏิบัติการ IOS
2. การเก็บบันทึกข้อมูลสำรวจไว้ในคลาวด์ซึ่งมีพื้นที่จำกัดและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลข้อมูลรายปี ควรวางแผนสำรองข้อมูลต่อไป

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ฐพัชร์ คັນธร, อานนท์ สังฆะพงษ์, บังเอิญ ภูมิภักดิ์, รุจิระชัย เมืองแก้ว, สุชาติ เนตรสุวรรณ, วันดี เนตรสุวรรณ. นวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านสนวน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):138-149.

Suggested citation for this article

Kansorn T, Sangkapong A, Pumipak B, Muangkeaw R, Natsuwan S, Natsuwan W. Innovation for developing social support network for aging society in Ban Sanuan Community, Huai Rat District, Buriram Province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):138-149.

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุท พรหมภักดิ์. บทความวิชาการ เรื่อง การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของ ประเทศไทย=Aging society in Thailand. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2556.
2. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยกสิกรไทย; c2021. สังคม สูงอายุ...แบบสมบูรณ์ คนไทยพร้อมแล้วหรือยัง?. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2566]; [ประมาณ 1 หน้า]. เข้าถึงได้จาก <https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/Aging-society-FB-30-04-21.aspx>
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; c2023. สถิติผู้สูงอายุ. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2566]; [ประมาณ 1 หน้า]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>
4. ดารารัตน์ สุขแก้ว, สัมพันธ์ จันทร์ดี, ประนอม ตั้งปรีชาพาณิชย์, ฐิตินันต์ ธนกิจดิษฐ์อังกูร. การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุตาม อาชีพในจังหวัดนครปฐม. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์แห่งรัตนโกสินทร์. 2565;4(1):18-32.

5. ขวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ, วารีย์ ศรีสุรพล. การดูแลผู้สูงวัยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2560;5(พิเศษ): 387-405.
6. กชกร วัชรสุนทรกิจ, และสุภาณี แก้วพินิจ. ศูนย์อนามัยที่ 2 พ.ล. งานวิจัย งานวิชาการ [อินเทอร์เน็ต]. พิษณุโลก: ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/researchhpc2/view.php?id=172>
7. กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์, เติ้จการ กันแจ่ม, ธนากร ธนวัฒน์, นิขารีย์ใจคำวัง, พิชชาภา คนธสิงห์. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ตำบลป่าเป้า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น). 2562;14(1):65-78.
8. Chang SL. The Systematic Design of Instruction. Educational Technology Research and Development. 2006;54(4):417-420.
9. วิไลพร ไชยสิทธิ์. การพัฒนาแอปพลิเคชันฝึกทักษะทางคณิตศาสตร์บนเครื่องคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต สำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. วารสารศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2555;4:143-51.
10. ณัฐนันท์ ศิริเจริญ. กรณีศึกษาการใช้สื่อใหม่ผ่านโซเชียลมีเดียในโทรศัพท์มือถือเพื่อส่งเสริม คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุกับ สมาชิกในครอบครัว ณ ประเทศนิวซีแลนด์. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2558;8(3):96-117.
11. จุฬาลิ มณีเลิศ. การพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงด้วยเทคโนโลยีความเป็นจริงเสริม. วารสารวิชาการการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ. 2564;7(2): 83-94.
12. อนุชา จันทร์เต็ม, สรัญญา เชื้อทอง, ปกรณ์ สุปินานนท์. การพัฒนาแอปพลิเคชันโดยใช้การเรียนรู้ร่วมกันเรื่อง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2561;11(1):1371-85.

การพัฒนารูปแบบความร่วมมือ ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง

The development of collaboration model among migrant health
volunteer for serious disease surveillance prevention and control

นิติรัตน์ พูลสวัสดิ์, แก้วใจ มาทอง, ธารทิพย์ เหลืองตรีชัย, รัญญา รอดสุข
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Nitirat Poonsawat, Kaewjai Mathong,
Tharnthip Luengtreechai, Tanya Rodsook
Institute for Urban Disease Control and Prevention

Received 2023 Mar 14, Revised 2023 Apr 3, Accepted 2023 Apr 7

DOI: 10.14456/iudcj.2023.23

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดที่รุนแรงและรวดเร็วของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยระลอกเดือน ธันวาคม 2563 พบการติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 90 เป็นแรงงานต่างด้าว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง และเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงาน ต่างด้าว ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการในสถานประกอบการ จำนวน 6 แห่ง ในพื้นที่ 3 เขต คือ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร โดยมีการคัดเลือกแบบเจาะจง ระหว่าง เดือนกันยายน 2564 - สิงหาคม 2565 เริ่มด้วย 1) ขั้นวางแผน มีการประชุมหารือ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน วางแผน และกำหนดรูปแบบการศึกษา 2) ขั้นปฏิบัติ มีการประเมินความต้องการ สำนวณสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของแรงงานต่างด้าว, มีการจัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ พร้อมดำเนินการโดย อสต., มีการสร้างและพัฒนาศักยภาพ (อสต.) จำนวน 100 คน ให้มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19, มีการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ชุดตรวจแอนติเจน พร้อมรายงาน ประสาน และส่งต่อเข้าระบบการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา, มีการผลิตสื่อต้นแบบในการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 2 ภาษา คือ ภาษาไทยและภาษาเมียนมา,

มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในรูปแบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครต่างด้าวดูแล และมีการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยให้บริการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นเชิงรุก จำนวน 2,681 ราย ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้น โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา 3) ชั้นประเมินผล มีการเยี่ยมเยียน เสริมพลัง ติดตาม และประเมินผลในสถานประกอบการ 4) ชั้นสะท้อนผล มีการส่งคืนข้อมูล สะท้อนผลการดำเนินงาน นำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบความร่วมมือของ อสต. ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคระบาด ทำให้ลดการแพร่กระจายเชื้อไปในวงกว้างได้ นับเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นควรมีการสานพลังและร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขยายผลให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวังที่ทันสมัยในกลุ่มแรงงานต่างด้าวสามารถนำไปใช้เพื่อการดำเนินงานและการตัดสินใจได้ทันการณ์

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.), โรคระบาดร้ายแรง

Abstract

The situation of a severe and rapid outbreak of COVID-19 in Thailand during December 2020 was found that more than 90% of those infected people were migrant workers. The purpose of this research was to develop multisectoral collaboration for migrant health volunteers to implement serious diseases control and prevention and to promote COVID-19 vaccine access among migrant workers. This operational research was intervened with purposive sampling in 6 industrial establishments from 3 districts, Bang Khun Thian, Phasi Charoen, and Bang Khae district, Bangkok, during September 2021 - August 2022. The implementation was composed with 1) Planning stage consisted with discussion meeting, to determine the operational guidelines and education model. 2) Practical stage was carried out by exploring behavior, health needs assessment and health status of migrant workers, diseases surveillance, prevention, and control determination together with healthy migrant volunteers who were ready for action, 100 healthy migrant volunteers received knowledge and skill in conducting surveillance, prevention, and control of COVID-19, ATK screening, reporting, coordinating and referring to treatment system appropriately and timely. Two languages of Thai and Myanmar health care prototype media was produced. Primary community health centers were established with migrant volunteer operation, and promoting booster COVID-19 vaccination for 2,681 migrant workers was done. The study tools in this research were corrected in content by qualified persons. 3) Evaluation stage

included workplace visiting, empowerment, follow-up, and evaluation. 4) Reflection stage, comprised information return, and reflection of operation result led to improvement in this multisectoral collaboration model for healthy migrant volunteers in outbreak surveillance, prevention, and control. This could reduce the spread of infection widely. This was the creation of participation from all sectors, including government, private sector, civil society, and public sector in surveillance, prevention, and disease control. Therefore, there should be synergies and cooperation with relevant agencies to enhance the results to be comprehensive and effective including developing a modern database and surveillance system among migrant workers that can be used for operations and decision-making in a timely manner

Keywords: Model development, Migrant Health Volunteer (MHV), Serious diseases

ความสำคัญ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) ที่พบการระบาดทั่วโลก ส่งผลให้มีผู้ป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากในประเทศไทย การแพร่ระบาดระลอก 2 ในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ที่เกิดขึ้นในตลาดขนาดใหญ่ของภาคกลาง โดยเริ่มแพร่ระบาดในจังหวัดสมุทรสาคร กระจายวงกว้างออกไปในหลายจังหวัดสำหรับในระลอก 2 นี้ พบว่าประเทศไทยมีอัตราป่วยสูงสุดอยู่ที่ 13.48 คนต่อประชากรล้านคน⁽¹⁾ จากการค้นหาเชิงรุก พบว่า การติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 90 เป็นแรงงานเมียนมา ซึ่งน่าจะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาจากต่างประเทศในช่วงก่อนการระบาด⁽²⁾ สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะเขตบางขุนเทียน เขตบางแค และเขตภาษีเจริญ ซึ่งเป็นเขตที่พบผู้ติดเชื้อมากที่สุดของพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีแรงงานต่างด้าวที่ทำงานในพื้นที่เขตบางขุนเทียน จำนวน 23,000 คน เขตบางแค จำนวน 9,300 คน และเขตภาษีเจริญ

จำนวน 11,600 คน⁽³⁾ และการติดเชื้อยังคงมีอย่างต่อเนื่อง การติดเชื้อส่วนใหญ่พบในแรงงานต่างด้าวเนื่องจากพื้นที่ทั้ง 3 เขต เป็นพื้นที่อุตสาหกรรม มีโรงงาน สถานประกอบการจำนวนมาก และเป็นพื้นที่รอยต่อกับจังหวัดสมุทรสาคร การระบาดใหญ่เป็นคลัสเตอร์ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ทั้งในโรงงาน สถานประกอบการ ตลาด และชุมชน มีความเชื่อมโยงของแรงงาน โรงงาน ที่พักอาศัย สภาพความเป็นอยู่ที่มีความแออัด หลากหลาย วัฒนธรรมทางสังคม และสุขลักษณะที่ไม่ได้มาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เข้มงวดและไม่ถูกต้อง ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มแรงงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการเคลื่อนย้ายของแรงงานเป็นจำนวนมาก นับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการแพร่ระบาดของโรค หากไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ได้ จะส่งผลกระทบร้ายแรงต่อภาพรวมระดับประเทศ ทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจได้

ด้วยขนาดปัญหาและความรุนแรงของโรคโควิด 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และด้วยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ อาจไม่เพียงพอสำหรับการดูแลกลุ่มแรงงานต่างด้าวให้ครอบคลุม การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มแรงงานต่างด้าวจึงเป็นการลดช่องว่างในเรื่องภาษาการสื่อสาร และเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าว เป็นการขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เพราะแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องสุขภาพ การศึกษา และพบว่าปัญหาที่สำคัญคือ การสื่อสารไม่เข้าใจ เพราะสื่อด้านสุขภาพที่ผลิตออกมา ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของแรงงานต่างด้าวได้ เนื่องจากแรงงานต่างด้าวมีการใช้ภาษาที่เป็นภาษาชาติพันธุ์ของตนเอง จากปัญหาดังกล่าวสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) และเครือข่ายพันธมิตร จึงได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบความร่วมมือของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง เพื่อสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวัง

ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง และเป็นกลไกที่ช่วยลดการแพร่ระบาดในพื้นที่ ทำให้โรคไม่แพร่กระจายออกไปพื้นที่อื่นได้ และเป็นเครื่องมือในการจัดการปัญหาโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างด้าว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การลดป่วย ลดตาย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด ส่งผลให้ประชาชนในเขตเมืองมีสุขภาพดี และเป็นส่วนสำคัญในการช่วยพลิกฟื้นเศรษฐกิจไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว
3. เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดของ Kurt Lewin มีองค์ประกอบคือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Act) ประเมินผล (Check) และสะท้อนผล (Reflect)⁽⁴⁾ โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้

สร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน

- สำนักงานเขต
- ศูนย์บริการสาธารณสุข
- สถานประกอบการ
- องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย
- มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
- ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ
ด้านสาธารณสุข
- ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

1. ขึ้นวางแผน

- ประชุมหารือ และกำหนดแนวทางการดำเนินงาน

2. ขึ้นปฏิบัติ

- ประเมินความต้องการ สํารวจสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ
- จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พร้อมดำเนินการ
- สร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)
- ตรวจคัดกรอง ATK พร้อมรายงาน ประสาน และส่งต่อเข้ารับการรักษา
- ผลิตสื่อต้นแบบในการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าว
- จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post)
- ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว

3. ขึ้นประเมินผล

- การเยี่ยมเยียน เสริมพลัง ติดตาม และประเมินผล

4. ขึ้นสะท้อนผล

- การส่งคืนข้อมูล สะท้อนผลการดำเนินงาน

5. ปรับปรุงรูปแบบความร่วมมือ ของอสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาด

กลุ่มเป้าหมาย

1. **กลุ่มที่ร่วมกันพัฒนารูปแบบ** ได้แก่ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, ศูนย์บริการสาธารณสุข, สำนักงานเขต, สถานประกอบการในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร, องค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย, มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข จำนวน 25 คน

2. กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในสถานประกอบการ ในพื้นที่ 3 เขต ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อเป็นแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก คือ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน 3 แห่ง คือ 1) บริษัทปลาทุท่าข้าม 2) บริษัทหมีตรึงแก๊ส และ 3) บริษัทยูไนเต็ดฟู้ดส์ ในพื้นที่เขตภาษีเจริญ 1 แห่ง คือ บริษัทซี.พี.จี. การ์เมนต์ และในพื้นที่เขตบางแค 2 แห่ง คือ 1) บริษัทคาสเซอร์ฟิคโฮลดิ้งส์ และ 2) บริษัทนันทยางอุตสาหกรรม โดยมีการคัดเลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2564 - สิงหาคม 2565

ขั้นตอนการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Plan)

ประชุมหารือ กำหนดแนวทางการทำงาน วางแผน กำหนดรูปแบบการศึกษา ร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค ได้แก่ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง,

ศูนย์บริการสาธารณสุข, สำนักงานเขต, สถานประกอบการ ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร, องค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย, มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

2. ขั้นปฏิบัติ มีรูปแบบที่พัฒนา ดังนี้

2.1 ประเมินความต้องการ สํารวจสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ของแรงงานต่างด้าว ในเขต บางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างวันที่ 9 - 27 มกราคม 2565

2.2 จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พร้อมดำเนินการ โดย อสต. ในชุมชนสถานประกอบการ

2.3 สร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ด้วยกระบวนการสร้างเสริมพลัง (Empowerment)

2.4 ตรวจคัดกรอง ATK พร้อมรายงานประสาน และส่งต่อเข้าระบบการรักษาตามสิทธิการรักษา

2.5 ผลិតสื่อต้นแบบในการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

2.6 จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post) ในชุมชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และเก็บข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ

2.7 ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว

3. ขั้นตอนประเมินผล

ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, ศูนย์บริการสาธารณสุข, สำนักงานเขต, องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย และสถานประกอบการในพื้นที่ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร ร่วมดำเนินงาน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้น ซึ่งมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามหลักวิชาการ ในรายละเอียดขององค์ประกอบด้านข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลหลักประกันสุขภาพและปัญหาสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด 19 วัคซีนโรคโควิด 19 ด้านสุขภาพจิต และด้านแหล่งข้อมูลของโรคโควิด 19 พร้อมได้นำไปใช้ในการประเมินความต้องการ สำรวจสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เป้าหมาย

4. ขั้นตอนตอนผล

ส่งคืนข้อมูลให้สถานประกอบการ รวมถึงมีเวทีสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับสถานประกอบการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้แบบสอบถามในการประเมินความต้องการ สำรวจสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ของแรงงานต่างด้าว ประชากรที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แรงงานต่างด้าว โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างแรงงานต่างด้าวในสถานประกอบการเป้าหมายทั้ง 6 แห่ง คำนวณได้จากสูตร Krejcie & Morgan (Randomize the number of migrant worker in the target company using the Krejcie

& Morgan formula.)⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นสูตรที่ใช้ค่าคงที่ Chi-square 95% CI ที่ 3.841 โดยอาศัยค่าจำนวนประชากร และค่าสัดส่วนของประชากรประกอบในการคำนวณ (อธิบายเพิ่มเติม พอสังเขปเกี่ยวกับสูตร)

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ได้ผลการศึกษาในประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

1. ประเมินความต้องการสำรวจสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

ของแรงงานต่างด้าว ในเขต บางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างวันที่ 9 - 27 มกราคม 2565

ผลการสำรวจสถานะสุขภาพและประเมินความต้องการ มีข้อมูล 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 811 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.9 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 43.5 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 20 - 29 ปี ร้อยละ 40.9 และกลุ่มอายุ 40 - 49 ปี ร้อยละ 13.9 มีสัญชาติพม่า ร้อยละ 99.3 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 การศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 57.2 รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 33.4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลหลักประกันสุขภาพและปัญหาสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิรักษา ร้อยละ 86.4 โดยสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 62.6 สิทธิประกันสุขภาพต่างด้าว ร้อยละ 17.6 และ

สิทธิประกันสุขภาพบริษัทเอกชน/ประกันชีวิต ร้อยละ 11.1 เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 49.6 รองลงมา คือ โรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 27.4 และร้านขายยา ร้อยละ 26.4 ส่วนการตรวจหาเชื้อโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา พบเคยตรวจ ร้อยละ 97.0 เคยติดเชื้อโรคโควิด 19 ร้อยละ 23.3 ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่รักษาตัวที่สถานพยาบาลเฉพาะกิจ ร้อยละ 29.0 โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 26.2 ศูนย์ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 14.8 และโรงพยาบาลสนาม ร้อยละ 12.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 3.3 ซึ่งส่วนใหญ่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.0 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.9

ส่วนที่ 3 ความต้องการด้านสุขภาพ

ส่วนใหญ่มีความต้องการให้หน่วยงานสาธารณสุขให้ความรู้ด้านสุขภาพในเรื่อง โรคโควิด 19 ร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ การออกกำลังกาย ร้อยละ 17.8 และโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 14.4 ความต้องการด้านอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่ต้องการ หน้ากากอนามัย ร้อยละ 91.9 รองลงมาคือ เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 58.6 พรอตักซ์ใช้ ร้อยละ 40.3 และเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ร้อยละ 26.9

ส่วนที่ 4 ความรู้

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ข้อที่ตอบ ถูกมากที่สุด คือ การสวมหน้ากากอนามัยเป็นการช่วยป้องกันการติดเชื้อ โรคโควิด 19 ตอบถูก ร้อยละ 97.8 และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ปัจจุบันยังไม่มียารักษาเชื้อไวรัสโรคโควิด 19 ตอบถูก ร้อยละ 12.2 ส่วนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 97.5

ส่วนที่ 5 ทักษะ

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่เห็นด้วยเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ในเรื่อง การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อที่ลูกบิดประตู/ ที่จับ เคา์เตอร์ และพื้นผิวอื่น ๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด 19 มากที่สุด ร้อยละ 98.4 และมีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยมากที่สุดในเรื่อง ทุกคนต้องเว้นระยะห่างระหว่างคนอย่างน้อย 2 เมตร ร้อยละ 2.0 และมีทัศนคติที่ไม่แน่ใจมากที่สุดในเรื่อง การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ลดการเสียชีวิต และลดการป่วยได้ ร้อยละ 3.3 ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.5

ส่วนที่ 6 พฤติกรรม

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 3 อันดับแรก ได้แก่ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 98.5 รองลงมาคือ เว้นระยะห่างจากผู้อื่นเวลาอยู่นอกบ้าน ร้อยละ 94.3 และ เมื่อไอ/จามใส่ทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้าล้างมือ ด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้สเปรย์/เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 91.6 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.4

ส่วนที่ 7 วัคซีนโรคโควิด 19

จากการศึกษา พบว่า มีผู้ได้รับวัคซีนโรคโควิด 19 ร้อยละ 95.1 โดยฉีดเข็มแรก ร้อยละ 95.0 และเข็มสอง ร้อยละ 93.0 โดยชนิดวัคซีนที่ได้รับ เข็มแรก ส่วนใหญ่คือ Sinovac ร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ Sinopharm ร้อยละ 35.5 Astrazeneca ร้อยละ 10.2 ส่วนชนิดวัคซีนเข็มสอง ส่วนใหญ่คือ Astrazeneca ร้อยละ 58.5 รองลงมาคือ Sinopharm ร้อยละ 36.0 และ Sinovac ร้อยละ 5.2

ส่วนที่ 8 สุขภาพจิต

การประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมิน ST-5 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต และจากการวิเคราะห์ระดับความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ร้อยละ 84.1 รองลงมาคือสงสัยว่ามีปัญหาความเครียด ร้อยละ 14.8 และมีความเครียดสูง ร้อยละ 1.1

ส่วนที่ 9 แหล่งข้อมูลของโรคโควิด 19

แหล่งข้อมูลของโรคโควิด 19 ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด คือ Facebook ร้อยละ 87.2 รองลงมาคือ Line ร้อยละ 82.0 โทรศัพท์ ร้อยละ 38.3 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 33.0 ตามลำดับ

2. จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน

ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พร้อมดำเนินการโดย อสต. ในชุมชนสถานประกอบการ ในพื้นที่ 3 เขต ได้แก่ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค ดังนี้

2.1 แผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ในชุมชนแรงงานต่างด้าว เขตบางขุนเทียน

ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน กลุ่ม อสต. ได้ร่วมกันจัดทำแผน / กิจกรรม เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ ดังนี้ 1) อสต. ของบริษัทปลาทุทำข้าม จัดทำแผน / กิจกรรม 2 เรื่อง ได้แก่ การเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด 19 ในหอพัก และการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (สถานที่หอพักบริษัทปลาทุทำข้าม) และ 2) อสต. ของบริษัทสหมิตรถั่งแก๊ส และบริษัทยูโนเต็ดฟู้ดส์ จัดทำแผน / กิจกรรม 1 เรื่อง คือ การเฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ

2.2 แผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน

ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ในชุมชนแรงงานต่างด้าว เขตภาษีเจริญ

ในพื้นที่เขตภาษีเจริญ กลุ่ม อสต. ของบริษัทซี.พี.จี.การ์เมนต์ ได้ร่วมกันจัดทำแผน / กิจกรรม เพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จำนวน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) การเฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด 19 2) การเฝ้าระวังป้องกันโรคเบาหวาน 3) การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (สถานที่บ้าน อสต.จอห์นนี่)

2.3 แผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน

ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ในชุมชนแรงงานต่างด้าว เขตบางแค

ในพื้นที่เขตบางแค กลุ่ม อสต. ได้ร่วมกันจัดทำแผน / กิจกรรม เพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ดังนี้ 1) อสต. ของบริษัทคาสเซอร์ฟิคโฮลดิ้งส์ จัดทำแผน / กิจกรรม 2 เรื่อง ได้แก่ การเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด 19 ในหอพักอาศัย และการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้เลือดออก 2) อสต. ของบริษัทนันทยางอุตสาหกรรม จัดทำแผน / กิจกรรม 2 เรื่อง ได้แก่ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่พักอาศัย บริษัทนันทยาง และการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ซอยเพชรเกษม 41 (สถานที่บ้าน อสต.เอก)

ทั้งนี้ อสต. ทั้ง 3 เขต เริ่มดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2565 เป็นต้นไป

3. สร้างและพัฒนาอาสาสมัคร สาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ด้วย

กระบวนการสร้างเสริมพลัง (Empowerment)

ทีมงานได้ร่วมกันสร้างและพัฒนาศักยภาพ อสต. ให้มีความรู้เรื่องทักษะที่จำเป็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ความรู้เบื้องต้นโรคโควิด 19 การตรวจคัดกรองโรค การติดตามผู้สัมผัส การกักกัน การส่งต่อ และการรายงานโรค พร้อมทั้งมีการฝึกปฏิบัติสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) การเก็บตัวอย่าง (Swab) การตรวจหาเชื้อโรคโควิด 19 เบื้องต้น ด้วยชุดตรวจ ATK ด้วยตนเอง การใช้อุปกรณ์ตรวจวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และการทำลายเชื้อ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝึกอบรมให้เป็นเวลา 1 วัน ซึ่ง อสต. มีบทบาทหน้าที่คือ 1) ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้

แก่แรงงานต่างด้าว 2) ตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 เบื้องต้น ด้วยชุดตรวจ ATK ให้กับเพื่อนแรงงานต่างด้าวในสถานประกอบการและชุมชน 3) ให้ความช่วยเหลือขั้นพื้นฐานแก่แรงงานต่างด้าว 4) ประสานติดตามผู้สัมผัส กักกัน ส่งต่อ และการรายงานโรค โควิด 19 ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และ 5) ดูแลศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับสิทธิประโยชน์ของ อสต. คือ 1) ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง 2) ได้รับเวชภัณฑ์ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น 3) ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เช่น ฉีดวัคซีนโรคโควิด 19 จากการดำเนินงานได้ อสต. ในสถานประกอบการ ทั้ง 6 แห่ง จำนวน 100 คน ซึ่งในภาพรวม อสต. 1 คน ดูแลแรงงานข้ามชาติ (Migrant Worker) ประมาณ 30 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน อสต. ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร

เขต	สถานประกอบการ	แรงงานข้ามชาติ (คน)	อสต. (คน)	อัตรา อสต. ต่อแรงงานข้ามชาติ (คน)
บางขุนเทียน	บริษัทปลาทุทำข้าม	500	16	1 : 31
	บริษัทสหมิตรถังแก๊ส	800	26	1 : 30
	บริษัทยูไนเต็ทฟู้ดส์	20	2	1 : 10
ภาษีเจริญ	บริษัทซี.พี.จี.การ์เมนต์	600	18	1 : 33
บางแค	บริษัทคาสเซอร์ฟิคโฮลดิ้งส์	800	26	1 : 30
	บริษัทนันทยาง อุตสาหกรรม	350	12	1 : 29
รวม		3,070	100	1 : 30

4. ตรวจคัดกรอง ATK พร้อม รายงาน ประสาน และส่งต่อเข้าระบบ การรักษาตามสิทธิการรักษา

โดยแกนนำที่ผ่านการฝึกอบรม อสต. ได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกฝน ไปตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ATK ให้กับตนเอง ครอบครัว และเพื่อน ๆ แรงงานต่างด้าวด้วยกัน ในสถานประกอบการ และรายงานหัวหน้างาน ในสถานประกอบการ เพื่อรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค และส่งต่อผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างเหมาะสม และทันเวลา ทั้งการรักษาที่บ้าน (Home Isolation) ศูนย์พักคอยในชุมชน (Community Isolation) สถานพยาบาลเฉพาะกิจ (Hospital) โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลตามสิทธิ

5. ผลิตสื่อต้นแบบในการดูแล สุขภาพของแรงงานต่างด้าว

ได้มีการผลิตสื่อต้นแบบ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยกับภาษาเมียนมา โดยผลิตชุดความรู้ 1) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) 2) การตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 (Swab & ATK) 3) การใช้อุปกรณ์วัดออกซิเจนปลายนิ้ว และอุปกรณ์วัดไข้ 4) การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก และค่า BMI รวมทั้งมีการผลิตคู่มือการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเมือง (อสต. เขตเมือง) เผยแพร่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6. จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในรูปแบบ

แบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครต่างด้าวดูแลจำนวน 3 แห่งในบ้านพัก หอพัก และชุมชนแรงงานต่างด้าว ในเขตบางขุนเทียน ภาษีเจริญ และบางแค โดยได้สนับสนุนยาสามัญประจำบ้าน และวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น เช่น ชุดตรวจ ATK เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เทอร์โมมิเตอร์ ฯลฯ

7. ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีน ป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงาน ต่างด้าว

โดยได้ให้บริการฉีดวัคซีน Booster Dose เชิงรุก ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ในสถานประกอบการ จำนวน 2,681 ราย

8. การติดตามประเมินผล มีการเยี่ยมเยียน เสริมพลัง ติดตาม และประเมินผลในสถานประกอบการ และ ในหอพักแรงงานต่างด้าวในพื้นที่นำร่องทั้ง 3 เขต โดยมีการติดตามการดำเนินงานของ อสต. ในการตรวจคัดกรอง โรคโควิด 19 ให้กับครอบครัวและเพื่อนร่วมงานในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ด้วยการตรวจ ATK พร้อมเน้นย้ำให้ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT

ผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนารูปแบบความร่วมมือ ของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค
ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนารูปแบบความร่วมมือ ของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค

รายการ	ผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคโควิด 19
1. มี อสต. ในสถานประกอบการ	- เขตบางขุนเทียน 44 คน เขตภาษีเจริญ 18 คน และเขตบางแค 38 คน รวม จำนวน 100 คน
2. มีการตรวจคัดกรอง ATK ค้นหา ผู้ติดเชื้อ พร้อมรายงาน ประสาน และ ส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาตามสิทธิ์ การรักษา	- มีการตรวจ ATK จำนวน 2,000 ราย พบผลบวกจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.0 - ได้ส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว เหมาะสม และทันเวลา - มีการกักตัวกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงจำนวน 180 ราย ซึ่งสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อไปในวงกว้างได้ - มีระบบและเครือข่ายการเฝ้าระวังโรค
3. จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน	- มีศูนย์สุขภาพชุมชน ในรูปแบบสาธารณสุขมูลฐานที่มี อสต. ดูแล จำนวน 3 แห่ง
4. ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโรคโควิด 19	- ให้บริการฉีดวัคซีน Booster Dose เชิงรุก ในแรงงานต่างด้าว จำนวน 2,681 ราย
5. การมีส่วนร่วม	- สถานประกอบการ / สำนักงานเขต / ศูนย์บริการสาธารณสุข / องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย / มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย / สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง / ภาครัฐ / ภาคเอกชน / ภาคประชาสังคม / ภาคประชาชน
6. เกิดช่องทางการสื่อสารความเสี่ยง	- มีไลน์กลุ่มในการสื่อสารความเสี่ยงระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับ อสต.

อภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ครั้งนี้ ได้กำหนดรูปแบบความร่วมมือ ของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ประกอบด้วย 1) ขึ้นวางแผน มีการประชุมหารือ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน วางแผน และ กำหนดรูปแบบการศึกษา 2) ขึ้นปฏิบัติ มีการ ประเมินความต้องการ สำรวจสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของแรงงานต่างด้าว, มีการจัดทำ แผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พร้อมดำเนินการโดย อสต., มีการสร้างและพัฒนา ศักยภาพ (อสต.), มีการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ATK พร้อมรายงาน ประสาน และส่งต่อเข้า ระบบ การรักษา, มีการผลิตสื่อต้นแบบในการดูแล สุขภาพของแรงงานต่างด้าว, มีการจัดตั้งศูนย์ สุขภาพชุมชน และมีการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีน ป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว 3) ขึ้นประเมินผล มีการเยี่ยมเยือน เสริมพลัง ติดตาม และประเมินผลในสถานประกอบการ และ 4) ขึ้นสะท้อนผล มีการส่งคืนข้อมูล สะท้อนผลการ ดำเนินงาน นำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบความร่วมมือ ของ อสต. ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคระบาด

จากการประเมินความต้องการ สำรวจ สถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของแรงงาน ต่างด้าว ซึ่งพบว่าแรงงานส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า มีสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสังคม ดังนั้น เวลาเจ็บป่วยจึงไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนที่ ทำประกันสังคมไว้ จะมีบางส่วนที่เจ็บป่วยจะซื้อยา กินเอง มีโรคประจำตัว ร้อยละ 3.3 ส่วนใหญ่เป็น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งปัจจัยที่ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

และโรคเบาหวาน ประกอบด้วยหลายด้าน เช่น ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและเศรษฐกิจและสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านระบบบริการสุขภาพ⁽⁶⁾ ความต้องการด้านสุขภาพส่วนใหญ่ต้องการให้หน่วยงาน สาธารณสุขให้ความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ต้องการ หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ใน ระดับมาก ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และได้รับ วัคซีนโรคโควิด 19 เข็มสอง มากกว่า ร้อยละ 90

การจัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพของทั้ง 3 เขต สอดคล้องกับสภาพ ปัญหาในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยมีการจัดทำแผน กิจกรรมทั้งเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด 19 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไข้เลือดออก ที่กำลังจะระบาดในช่วงฤดูฝน และศูนย์สุขภาพ ชุมชนในรูปแบบสาธารณสุขมูลฐานที่มี อสต. ดูแล มียาสามัญประจำบ้าน และมีการตรวจคัดกรองโรค เบื้องต้น

การสร้างและพัฒนา อสต. ด้วยกระบวนการ สร้างเสริมพลัง (Empowerment) ที่มีทั้งให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด 19 การตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 โดยในสถาน ประกอบการมีระบบการติดตาม ผู้สัมผัส การกักกัน การส่งต่อ และการรายงานโรคโควิด 19 ซึ่งการ พัฒนาความรู้เป็นพื้นฐานของการมีทักษะและความ เชื่อมั่นในการควบคุมโรคโควิด 19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบูรณาการทำงานร่วมกับอาสาสมัคร สาธารณสุขสามารถทำให้เกิดความสำเร็จในการ ดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 ได้เป็นอย่างดี มาก⁽⁷⁻⁹⁾ การพัฒนา อสต. จึงเป็นเรื่องจำเป็น เพราะ อุปสรรคของการสื่อสาร คือ เรื่องภาษา อสต. จึงเป็นกลไกสำคัญ ที่จะถ่ายทอดความรู้ด้าน

สาธารณสุข รวมถึงข่าวสารต่างๆ ให้กับแรงงานต่างด้าว รวมทั้งเป็นตัวกลางในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี⁽¹⁰⁻¹²⁾

การตรวจคัดกรอง ATK พร้อมรายงานประสาน และส่งต่อเข้าระบบการรักษาตามสิทธิการรักษา ถือเป็นเรื่องสำคัญ สิ่งหนึ่งที่ต้องการอนามัยโลกแนะนำ คือการค้นหาผู้ติดเชื้อให้เร็วที่สุด และบ่งชี้กลุ่มเสี่ยง และติดตามกลุ่มเสี่ยงให้ได้เร็วที่สุด แนะนำมาตรการโรคโควิด 19 ตรวจเชิงรุกคืออาวุธสำคัญในการสู้โรคระบาด⁽¹³⁾ จากการระบาดที่รุนแรงและรวดเร็วของโรคโควิด 19 ระลอกใหม่ในประเทศไทยตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ทำให้รัฐบาลต้องเร่งหาทางลดการแพร่กระจายเชื้อให้ได้โดยเร็ว การตรวจคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจหาเชื้อโรคโควิด 19 แบบ ATK เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการค้นหาและคัดแยกผู้ติดเชื้อออกจากชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการและไม่ได้กักตัว ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อทั้งครอบครัว หรือการแพร่เชื้อเป็นกลุ่มภายในชุมชน⁽¹⁴⁾ ในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 เป็นช่วงที่พบการระบาดสูงสุดซึ่งสายพันธุ์เดลต้ามีค่าตัวชี้วัดโอกาสแพร่เชื้อ (Basic reproductive number : R0) สูงมากถึง 8-12 คือ ผู้ติดเชื้อ 1 คน สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ถึง 8-12 คนในหนึ่งสัปดาห์⁽¹⁵⁾ แนวทางสำคัญในการควบคุมการระบาดของโรคที่ได้ผล คือ เร่งค้นหาผู้ป่วย / ผู้สัมผัสผู้ป่วย แล้วเร่งให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และการแยกกัก / การกักกันผู้สัมผัสเชื้อ⁽¹⁶⁾

การส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยให้บริการฉีดวัคซีน Booster Dose เชิงรุก มีความจำเป็นมาก เพราะวัคซีนทุกชนิดสามารถป้องกันอาการป่วยที่รุนแรง ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ได้ แต่ไม่มีวัคซีนชนิดใดป้องกันการติดเชื้อได้ 100 % เมื่อฉีดวัคซีนไปแล้วระยะหนึ่งภูมิคุ้มกันจะลดลงตามธรรมชาติ การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นจึงมีความจำเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัสกลายพันธุ์⁽¹⁷⁾

การดำเนินงานนั้นจะสำเร็จได้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคมีหลายปัจจัยที่นอกเหนือความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือ ประสานงานระหว่างหน่วยงานในทุกระดับ เพื่อป้องกันและควบคุมโรค สามารถลดการแพร่ระบาดในพื้นที่ และทำให้โรคไม่แพร่กระจายออกสู่พื้นที่อื่นได้⁽¹⁸⁾

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สานพลังและร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 เพื่อขยายผลการดำเนินงานในสถานประกอบการ สถานศึกษา หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน ให้ครอบคลุมทั่วประเทศและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวังที่ทันสมัยในกลุ่มแรงงานต่างด้าว สามารถนำไปใช้เพื่อการดำเนินงานและการตัดสินใจได้ทันการณ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิชาญ บุญกิติกร คณะที่ปรึกษาสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เจ้าหน้าที่สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และขอขอบคุณความร่วมมือของทีมงานคณะทำงานพัฒนาแกนนำสุขภาพ สถานประกอบการ สำนักงานเขต และศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

นิติรัตน์ พูลสวัสดิ์, แก้วใจ มาทอง, ธาติพย์ เหลืองตรีชัย, ธัญญา รอดสุข. การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคระบาดร้ายแรง. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):150-166.

Suggested citation for this article

Poonsawat N, Mathong K, Luengtreechai T, Rodsook T. The development of collaboration model among migrant health volunteer for serious disease surveillance prevention and control. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023; 8(1): 150-166.

เอกสารอ้างอิง

1. BBC NEWS. โควิด 19: สธ. ประกาศการระบาดระลอกใหม่ในไทย ผู้ติดเชื้อจากกรณีสมุทรสาคร เกือบ 700 รายใน 3 วัน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bbc.com/thai/thailand-55383363>
2. วิชาญ ปาวัน. นายกฯ ระบุ แรงงานเมียนมาเข้าเมืองผิดกฎหมาย นำเข้าโรคโควิด [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.benarnews.org/thai/news/th-bu-covid-seafood-market12212020183311.html>
3. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. แจ้งจำนวนพื้นที่เขตการจัดหางาน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.doe.go.th/prd/alien/downloads/param/site/152/cat/14/sub/0/pull/category/view/list-label>

4. สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์. แนววิธีการพยากรณ์พฤติกรรมของมนุษย์“พลวัตรกลุ่ม” (Group Dynamics) ของ Kurt Lewin แห่ง M.I.T. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2564];10(23):112-118. เข้าถึงได้จาก: http://www.thonburiu.ac.th/journal/Document/10-23/Journal10_23_10.pdf
5. Robert V. Krejcie. สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://plan.eng.cmu.ac.th/wp-content/uploads/2015/07/sampling.pdf>
6. คณิต หนูพลอย และคณะ. รายงานการวิจัย: สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานและความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของแรงงานต่างด้าวชาวพม่าในจังหวัดสุราษฎร์ธานี [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5381?show=full&locale-attribute=th>
7. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, นวรัตน์ ไวยมณู, กชกร ฉายากุล. ความสำเร็จในการดำเนินงาน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2563;12(3):195-212.
8. ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, ภาสินี ไทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี - Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(1):53-61.
9. สมพร สังข์แก้ว, ธีรณัฐ ห่านิรติศัย, บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่. วารสารสุขภาพยาบาล. 2563;35(3):69-86.
10. UNICEF Thailand [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน; 2022. อาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างด้าวเข้ารับการอบรมเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางช่วงโควิด 19 อุดช่องว่างในระบบการรักษาพยาบาลของประเทศไทย.; 2022 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/th/stories/อาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ-เข้ารับการอบรมเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางช่วงโควิด 19>
11. ภัทรียา กิจเจริญ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน; 2022. บทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสมต) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา.. 2022 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://sh.mahidol.ac.th/?p=11069>
12. ภรณ์ ภูประเสริฐ. ข่าวสด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักข่าวสด; 2564. อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ส่งต่อข้อมูลสุขภาพ ป้องกันโควิด สู่แรงงานข้ามชาติ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]; [ประมาณ 3 หน้า]. เข้าถึงได้จาก https://www.khaosod.co.th/special-stories/news_6699726

13. องค์การอนามัยโลก. Spring News [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักข่าว Spring News; 2563. มาตรการโควิด ตรวจเชิงรุก คืออาวุธสำคัญในการสู้โรคระบาด วันที่ 17 กรกฎาคม 2563; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]; [ประมาณ 3 หน้า]. เข้าถึงได้จาก <https://www.springnews.co.th/news/690576>
14. สุภาพร ครุสารพิศิบ. การตรวจ ATK เชิงรุก ยุทธวิธีสำคัญเพื่อยุติการแพร่กระจายโควิด 19. [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prd.go.th/th/file/getfile/20210809c4cfae688c4ab2117612702a2fb7ce94164910.pdf>
15. Finlay C, Brett A, Henry L, Yuka J, Franck K, Neale B, et al. Increased transmissibility and global spread of SARS-CoV-2 variants of concern as at June 2020. Euro surveillance journal. 2021;26(24):1-6.
16. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2563. แนวทางปฏิบัติ ด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด 19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1), 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]; [ประมาณ 95 หน้า]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf
17. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. ฐานเศรษฐกิจ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักข่าวฐานเศรษฐกิจ; 2565. เหตุผลสำคัญที่ทำไมควรฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น และใครบ้างที่ควรฉีด; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]; [ประมาณ 2 หน้า]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thansettakij.com/general-news/509603>
18. World Health Organization. Advancing the right to health: the vital role of law [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2022 Jul 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252815/9789241511384-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่

**Development of a health literacy building model for hypertension
prevention among risk group of hypertension in the working age
group, Regional Health 9th in New Normal era**

รัฐธนีย์ รณเศรษฐ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

Rattarinee Thanaseth

Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Province

Received 2023 Mar 20, Revised 2023 May 9, Accepted 2023 May 23

DOI: 10.14456/iudcj.2023.24

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่ โดยประยุกต์ใช้ รูปแบบ PAOR คือ ขั้นวางแผนการดำเนินการ (P: Planning) ขั้นลงมือปฏิบัติ (A: Action) ขั้นสังเกต (O: Observation) และขั้นสะท้อนผล (R: Reflection) เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สังเกต สัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่ ควรมีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) การพัฒนาบุคลากร ให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน (2) การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบคณะทำงาน (3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ (4) การคัดเลือกพื้นที่นำร่อง (5) การติดตามประเมินผล โดยทำการทดลองใช้รูปแบบฯ เป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 40 คน ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังเข้าร่วมการทดลอง พบว่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และผลการประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมฯ อยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะและประสบการณ์ใหม่ๆ สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตได้

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน โดยประยุกต์ใช้กรอบการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) กับงานป้องกันโรค กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน ได้รับการพัฒนาความสามารถและทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบครบทั้ง 5 ด้าน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และช่วยลดอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง, กลุ่มวัยทำงาน

ABSTRACT

This operational study aimed to develop a health literacy building model for hypertension prevention among risk group of hypertension in the working age group, Regional Health 9th in New Normal era. PAOR model was applied in four phases of the study: Planning, Action, Observation and Reflection. Data was collected through focus group discussions, observations and interviews. Content analysis was used to analyze qualitative data whereas descriptive and inferential statistics were used to analyze quantitative one. Paired sample t-test was used to compare means.

The results showed that a health literacy building model for hypertension prevention among risk group of hypertension in the working age group, Regional Health 9th in New Normal era should consist of (1) human resource preparation through capacity building (2) integrated operation through working group (3) capacity building of process facilitators (4) selection of study area (5) evaluation. After using a health literacy building program in 40 participants for three months, it was shown that the mean score of health literacy and behavior on hypertension prevention increased significantly ($p\text{-value} < 0.05$) when comparing the mean systolic blood pressure and diastolic blood pressure after trial participation found to be lower than before joining the trial statistically significant ($p\text{-value} < 0.05$) and assessment results of satisfaction with participation in activities at a high level. The sample group gained new knowledge, ideas, skills and experiences which can be applied in life.

A health literacy building model for hypertension prevention among risk group of hypertension in the working age group applied PAOR model in the action research framework to disease prevention. The risk group of hypertension in the working age group receive developed competencies and skills for health literacy according to all five elements. It was shown that the mean score of health literacy and behavior on hypertension prevention so risk group of hypertension in the working age group has increased health literacy in preventing hypertension. They can control their blood pressure to be within normal range and reduce the rate of new hypertension patients in the area.

Keywords: Model development, Health literacy, hypertension, risk group of hypertension, working age group

บทนำ

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชนทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ มีแนวโน้มที่รุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถึงหนึ่งพันล้านคน และคาดการณ์ว่าใน ค.ศ. 2025 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่ามีความชุกเพิ่มสูงขึ้นในปี 2559 - 2562 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 2,008.92, 2,091.28, 2,245.09 และ 2,388.84 ตามลำดับ⁽²⁾ จากการรายงานข้อมูลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 9 มีพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ ตั้งแต่ปี 2561 - 2565 พบว่ามีอัตราป่วยรายใหม่และอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ต่อแสนประชากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจังหวัดนครราชสีมาเพิ่มขึ้นมากที่สุดในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปของเขตสุขภาพที่ 9 ในปี 2563 - 2564 กำหนดเป้าหมายร้อยละ 90 พบว่า จังหวัดนครราชสีมา คัดกรองได้เพียงร้อยละ 82.02, 76.09 ตามลำดับ พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 63,998 คน (ร้อยละ 8.51) และ จำนวน 64,811 คน (ร้อยละ 8.64) ตามลำดับ การคัดกรองไม่ถึงเป้าหมายแต่พบกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงสูงกว่าทุกจังหวัด โดยเฉพาะอำเภอเมืองนครราชสีมา แสดงให้เห็นว่าประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่เขตเมืองมีวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ทำให้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ค่ารักษาสูงอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้⁽³⁾ จึงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทยและเขตสุขภาพที่ 9 ทั้งในแง่ภาระโรคและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย ในปี 2559 พบอัตราตายในกลุ่มวัย

ทำงานช่วงอายุ 30 - 69 ปีสูงเพิ่มขึ้นเรียกว่า “การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร” ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมอย่างรุนแรง⁽⁴⁾ เพราะ 2 ใน 3 ของประชากรเป็นกลุ่มวัยทำงาน เป็นผู้นำครอบครัว หากเกิดเจ็บป่วยหรือมีความพิการทำให้มีภาวะพึ่งพิงและเป็นภาระคนในครอบครัวได้⁽⁵⁾ จึงควรส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสหวานมันเค็มมากเกินไป พักผ่อนน้อย มีความเครียดสูง ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา⁽⁶⁻⁷⁾ สอดคล้องกับมาตรการของรัฐที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา หากปฏิบัติได้ จะลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้⁽⁸⁻⁹⁾ จึงควรพัฒนาให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อจัดการตนเอง และนำคนรอบข้าง และชุมชนได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องมีความสามารถในการเข้าใจ พิจารณาประเมินและแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน⁽¹⁰⁾ และจากแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. 2560 - 2579) ของกระทรวงสาธารณสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องส่งเสริมในระดับบุคคล ครอบครัวและสังคมอย่างทั่วถึง⁽¹¹⁾ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความ

สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹²⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้⁽¹³⁾ จากผลประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2565 พบว่าร้อยละ 80.46 ของวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมระดับพอใช้ ดังนั้นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความสามารถและทักษะตามองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านเพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ดีขึ้นส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการลดหรือควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ การเตรียมพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งตัวเองได้ และเป็นภาระต่อสังคมน้อยที่สุด ถือเป็นสิ่งสำคัญ⁽¹⁴⁾ มีจำนวนไม่มาก และในเขตสุขภาพที่ 9 ยังไม่มีข้อมูลดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 เป็นกลุ่มที่สำคัญในการป้องกันโรค โดยนำ mobile application มาปรับใช้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ที่ถูกต้องในยุควิถีใหม่ ที่มีการระบาดแพร่ของ COVID-19 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ “วิถีใหม่”⁽¹⁵⁾ ของกลุ่มวัยทำงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในพื้นที่ โดยประยุกต์ใช้กรอบการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) กับงานป้องกันโรคเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และขยายองค์ความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอื่น ๆ ของกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งหากมีความรอบรู้ระดับพื้นฐานสูงเพียงพอ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดการสูญเสียสุขภาพะ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายของประเทศได้⁽¹⁶⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 9 ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 - พฤษภาคม พ.ศ. 2564

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15 - 59 ปีที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองพื้นที่ 4 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ จำนวน 32,012 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยของ เครจซี่และมอร์แกน⁽¹⁷⁾ จำนวน 789 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปฉบับปรับปรุงปี 2561⁽¹⁸⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า Index of item มากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถาม สำหรับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.734 ถึง 0.854 รายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ลักษณะงานหลักที่ทำในชีวิตประจำวัน

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. แบบถูกผิดมี 6 ตัวเลือกจำนวน 6 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 6 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ตามช่วงคะแนนดังนี้ หากได้คะแนน 0 - 3.59 คะแนน หรือ <60% ของ

คะแนนเต็ม มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง หากได้คะแนน 3.60 - 4.19 คะแนน หรือ $\geq 60 - 70\%$ ของคะแนนเต็ม ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง หากได้คะแนน 4.20 - 4.79 คะแนน หรือ $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้อง หากได้คะแนน 4.80 - 6 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องมากที่สุด และมีค่าความเชื่อมั่น 0.71

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส.จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน หากตอบ ปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 โดยแบ่งข้อคำถามดังนี้

การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อฯ 2 ข้อ ๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ ระดับไม่ดี (0 - 5.99 คะแนน) ระดับพอใช้ (6.00-6.99 คะแนน) ระดับดี (7.00 - 7.99 คะแนน) ระดับดีมาก (8.00 - 10 คะแนน)

การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง 3 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับดังนี้ ระดับไม่ดี (0 - 8.99 คะแนน) ระดับพอใช้ (9.00 - 10.49 คะแนน) ระดับดี (10.50-11.99 คะแนน) ระดับดีมาก (12.00 - 15 คะแนน)

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 3 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน คะแนนเต็ม 12 คะแนน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบมี 4 ตัวเลือกระดับคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน ปฏิบัติน้อยได้ 2 คะแนน ปฏิบัติมากได้ 3 คะแนน ปฏิบัติมากที่สุดได้ 4 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ ระดับไม่ดี (0 - 7.19 คะแนน) ระดับพอใช้ (7.20 - 8.39 คะแนน) ระดับดี (8.40 - 9.59 คะแนน) ระดับดีมาก (9.60 - 12 คะแนน) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.6 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน มี 5 ตัวเลือกในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่ได้ปฏิบัติได้ 1 คะแนน ปฏิบัติ 1 - 2 วันได้ 2 คะแนน ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ได้ 3 คะแนน ปฏิบัติ 4 - 5 วันต่อสัปดาห์ได้ 4 คะแนน ปฏิบัติ 6 - 7 วันต่อสัปดาห์ได้ 5 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ ระดับไม่ดี (0 - 17.99 คะแนน) ระดับพอใช้ (18.0 - 20.99 คะแนน) ระดับดี (21.0 - 23.99 คะแนน) ระดับดีมาก (24.0 - 30.0 คะแนน) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่ (ระหว่าง ตุลาคม 2562 - สิงหาคม พ.ศ. 2564) โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR มีขั้นตอนการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผนการดำเนินการ

(P: Planning) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาสรุป วิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงาน เริ่มจาก (1) จัดตั้งคณะทำงาน (2) พัฒนาศักยภาพ ทีมวิจัย (3) ออกแบบและวางแผนการจัด กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง ให้กับบุคลากรสาธารณสุข และสถานประกอบการ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการออกแบบ วางแผน จัดกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ให้กับบุคลากรสาธารณสุข และสถานประกอบการตามแผน ประกอบด้วย

(1) ประชุมคืนข้อมูลผลการสำรวจ ความรอบรู้ด้านและพฤติกรรมในป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง

(2) ประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงาน

(3) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการสื่อสาร ความเสี่ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ในคลินิกหมอ ครอบครัวต้นแบบ 16 แห่งรายละเอียดดังนี้

รูปแบบที่ใช้ในการทำกิจกรรมในยุควิถีใหม่ โดยการจัดประชุมผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom Meeting) มีการบรรยาย สื่อสารความเสี่ยง ส่งคลิปสื่อความรู้ต่าง ๆ ในไลน์กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ฝึกทักษะ เข้าถึง ขั้นที่ 2 ฝึกทักษะเข้าใจ ขั้นที่ 3 ทักษะ การสื่อสาร ใต้อาณ ขั้นที่ 4 ฝึกทักษะการตัดสินใจ ขั้นที่ 5 ฝึกทักษะการนำไปปฏิบัติ

(4) ประชุมคัดเลือกพื้นที่นำร่องเพื่อทดลอง ใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

(5) ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ในคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ ข้อค้นพบที่ได้จากการดำเนินงาน เพื่อนำไปสะท้อนผลในขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 มาจัดเวทีสรุปผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย คือ เครือข่ายบุคลากร สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอบุคลากร ผู้แทน รพ.สต. เครือข่ายบุคลากร สถานประกอบการได้แก่ ผู้จัดการ โรงงาน หัวหน้าฝ่ายบุคคลหัวหน้าแผนกและ ตัวแทน ร้านค้าในสถานประกอบการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนว คำถามในการสนทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่ โดยใช้ ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดผล ก่อนและหลังการทดลองและประเมินความพึงพอใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรมฯ มีขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ วัยทำงานที่มีอายุ 15 - 59 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.โนนผึ้ง อ.เมือง จ.นครราชสีมาและได้รับการคัดกรองในปี 2564 พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีระดับความดันขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood pressure; SBP) 120-139 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood pressure; DBP) 80-89 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ สามารถสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ได้และยินดียร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดช่วงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ K-Shape⁽¹⁹⁾ จัดประชุมผ่านระบบประชุมทางไกล (ระบบ Zoom) ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ สื่อสารความเสี่ยง ด้วยการส่งคลิปสื่อความรู้ต่าง ๆ ในไลน์กลุ่ม และฝึกทักษะตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน จำนวน 12 สัปดาห์รายละเอียดดังนี้

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน	ก่อนการทดลอง	กิจกรรมทดลอง 12 สัปดาห์	สิ้นสุดการทดลอง
	01	X	02

- สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะเข้าถึงข้อมูล โดยการค้นหาข้อมูล เพื่อเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง จากช่องทางสื่อต่าง ๆ ฝึกกลั่นกรองและตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูลตาม checklist

- สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จนเกิดการเรียนรู้ ความเข้าใจในการนำข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

- สัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรมพัฒนาสื่อสาร ทักษะไต่ถาม เป็นการฝึกการตั้งคำถาม การตั้งคำถาม การใช้คำถาม การประเมินคำถาม ตามใบงานเพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องเข้าใจ ไม่มีข้อสงสัย

- สัปดาห์ที่ 7 จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ วิเคราะห์ความถูกต้องน่าเชื่อถือของสื่อ

- สัปดาห์ที่ 9 จัดกิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยการกำหนดสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจ จากข้อมูลที่ค้นหา และฝึกการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ กำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา ประเมินทางเลือกในการแก้ปัญหา และแสดงจุดยืนของวิธีการที่เลือกตัดสินใจในประเด็นที่ต้องตัดสินใจ

- สัปดาห์ที่ 10 จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการนำไปใช้ โดยวิธีการเตือนตนเองและการจัดการตนเอง นำข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปปฏิบัติต่อเนื่องบนพื้นฐานความรู้เข้าใจที่ถูกต้องและคัดเลือกรูปแบบที่จัดการตนเองได้สำเร็จ

- สัปดาห์ที่ 11 จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น จัดเวทีสะท้อนคิดความรู้ด้านสุขภาพ ที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

- สัปดาห์ที่ 12 จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น เรียนรู้ความสำเร็จของบุคคลต้นแบบ สรุปการเรียนรู้วัดความดันโลหิต ประเมินความพึงพอใจการเข้าร่วมกิจกรรมฯ ทำแผนเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผล

หมายเหตุ สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะทบทวนกิจกรรมที่ได้เรียนรู้ และสรุปการเรียนรู้ ติดตามประเมินผล ให้กำลังใจผ่านกลุ่มไลน์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปฉบับปรับปรุงปี 2561 ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก และแบบประเมินความพึงพอใจการเข้าร่วมกิจกรรมฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างตอบ (Pretest) และเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มสังเกต สัมภาษณ์ตามประเด็นดังนี้ 1) มารู้อักโรคความดันโลหิตสูง 2) ช่องทางในการเข้าถึงข้อมูล

3) การตรวจสอบข้อมูลที่ได้มา 4) สื่อประเภทไหนที่ง่ายต่อ การเข้าถึง 5) เมื่อรู้จักโรคความดันโลหิตสูงแล้ว จะจัดการตนเองอย่างไร

ขั้นตอนทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน ที่สร้างขึ้นมาจัดกิจกรรมกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นหลังการทดลอง ภายหลังการดำเนินการตามโปรแกรมฯ ตอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ (Post test) และประเมินความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9

พบว่า ร้อยละ 54.75 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 34 ปี มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 86.31 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 87.58 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$ ($r = 0.100$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม
ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ประเด็น	Mean $\pm$ SD	จำนวน (ร้อยละ)			
		ระดับดีมาก	ระดับดี	ระดับพอใช้	ระดับไม่ดี
ความรู้ด้านสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูงโดยรวม	36.30 $\pm$ 6.09	-	-	108(13.69)	681(86.31)
พฤติกรรมการป้องกันควบคุม โรคความดันโลหิตสูง	16.76 $\pm$ 1.16	-	-	98(12.42)	691(87.58)

หมายเหตุ ทดสอบ correlation คะแนนความรู้ด้านสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงกับคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีค่า $r = 0.100$, $p < 0.05$

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่จากการศึกษาพบประเด็นสำคัญในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผนการดำเนินการ (Planning)

ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานในขั้นวางแผน องค์ประกอบสำคัญสำหรับการบริหารตามหลัก Management Strategy (4M) ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการจัดการ (Management) พบว่า ปัจจัยด้านคนมีคณะกรรมการที่มาจากกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องในองค์กร มีการพัฒนาศักยภาพทีมวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ตลอดจนทักษะมาถ่ายทอดให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในองค์กรเพื่อสร้างวิทยากรกระบวนการครู ก. ครู ข. ในลำดับต่อไป ปัจจัยด้านเงิน คือ มีงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากกรมควบคุมโรคเพียงพอต่อการดำเนินงาน บรรลุผลสำเร็จตามแผนงานและแผนเงินขององค์กร ปัจจัยด้านวัสดุและสิ่งของ มีการสนับสนุนสื่อต้นแบบต่าง ๆ ให้กับคลินิกหมอครอบครัวเป้าหมาย ทั้ง 16 แห่งเพื่อใช้เป็นสื่อการสอนประกอบด้วยสื่อวีดิทัศน์ “ความรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ” จำนวน 11 ตอน และหนังสือความรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ สื่อการให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ 4 เรื่องของกองโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค เผยแพร่ให้กับสถานบริการทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ 9 และสถานประกอบการ 5 แห่ง ปัจจัยด้านการบริหารจัดการคือมีการประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงาน เพื่อให้ได้รับทราบทิศทางการปรับระบบบริการและการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อในยุค “วิถีใหม่” ที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 รวมถึงแนวทางการสร้างองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

ผลจากการประชุมคืบข้อมูลผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลที่สำคัญที่ได้จากการประชุมคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน อยู่ในระดับไม่ดีคือมีความรู้ความเข้าใจ การแสวงหาข้อมูล ยังมีปัญหาในการฟัง พูด อ่านเขียนสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. ได้ ยังไม่สามารถจัดการอารมณ์ ความต้องการและจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคได้ เชื่อข้อมูลที่เผยแพร่โดยไม่คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ทำตัวตามสบายโดยไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอควรเชิญภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเช่น ผู้ประกอบการโรงงาน หัวหน้าฝ่ายบุคคลหัวหน้าแผนก ร้านค้า ครอบครัวยุคชนเข้าร่วมกระบวนการสร้างความรอบรู้ มีการจัดการเรียนรู้ในยุควิถีใหม่โดยนำ mobile

application มาใช้ในโรงงานและในชุมชนเพื่อสื่อสารความเสี่ยง ส่งคลิป สื่อความรู้ต่าง ๆ ในไลน์กลุ่ม กิจกรรมชมรม เสี่ยงตามสาย อย่างต่อเนื่อง

ผลจากการประชุมชี้แจงแผนการขับเคลื่อนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงคือ ภาคีเครือข่ายรับทราบแผนฯที่มีกิจกรรมสำคัญคือ (1) การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ (2) การประชุมวางแผนปรับระบบบริการโรคไม่ติดต่อในยุควิถีใหม่ในพื้นที่นำร่อง (3) ติดตามประเมินผล และผลการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อในบุคลากรสาธารณสุขและสถานประกอบการ พบว่า มีค่าคะแนนความรู้เรื่องหลักการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในยุควิถีใหม่เพิ่มขึ้น 3.53 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนความรู้เรื่องหลักการความรู้ด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขและสถานประกอบการระหว่างก่อนและหลังการอบรม (n=45)

ความรู้เรื่องหลักการความรู้ด้านสุขภาพ	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการอบรม	10.57	1.73	-3.53	< 0.001
หลังการอบรม	14.27	2.34		

นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมประชุมยังได้พัฒนาความรู้ เข้าใจต่อกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีส่วนร่วมการเรียนรู้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมลงมือทำ ได้แผนปฏิบัติการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพฯ ไปต่อยอดการทำงานจริงในพื้นที่และผลการคัดเลือกพื้นที่นำร่องในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ โดยเลือกพื้นที่ที่มีความพร้อมของเครือข่ายสาธารณสุข สถานประกอบการ ร้านค้า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัวยุคชน คือ คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโนนผึ้ง เทศบาลตำบลห้วยทะเล อ.เมือง จ.นครราชสีมา

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation)

ผลการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 พบว่า การคืนข้อมูลผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานเพื่อให้รับทราบสถานการณ์เบื้องต้น การพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขและสถานประกอบการ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจ ขยายผลการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพฯต่อไป การเลือกพื้นที่ที่ทดลองใช้รูปแบบฯ ควรเลือกพื้นที่ที่มีความพร้อม ทำงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนอย่างเข้มแข็ง เพื่อจะได้พัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามกิจกรรมที่ได้วางไว้ เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ ประเมินผลและนำผลที่ได้นำไปพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยได้จัดเวทีสรุปผลการดำเนินงาน ได้ข้อสรุป ดังนี้

1. การวางแผนการดำเนินงาน ควรทำความเข้าใจนโยบายของการสร้างเสริมความรอบรู้ฯ ที่ถ่ายทอดมาจากส่วนกลาง บูรณาการงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและสถานประกอบการ ที่มีเป้าหมายดำเนินการร่วมกันที่ชัดเจน
2. การขับเคลื่อนงานต้องทำงานแบบบูรณาการกับหน่วยงานระดับเขต จังหวัด อำเภอ ควรดำเนินในรูปคณะทำงานชุดเล็ก เน้นผู้ปฏิบัติจริง
3. การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการควรพัฒนาเป็นวิทยากรครู ก. วิทยากรครู ข. เพื่อให้บุคลากรสถานประกอบการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน

4. ควรมีการขยายผลของโครงการสร้างเสริมความรอบรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มครอบครัว ชุมชน สถานประกอบการ ร้านค้า และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

5. ควรมีการติดตามเป็นระยะ เพื่อรับทราบความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคเพื่อปรับปรุงกระบวนการ

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่

ผลการประเมินการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ โดยวัดผลการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 62.5 มีอายุระหว่าง 26 - 36 ปี ร้อยละ 77.5 มีสถานภาพสมรส/คู่ และร้อยละ 60.0 มีลักษณะงานที่ทำในชีวิตประจำวันเป็นพนักงานโรงงาน

ผลการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 2.76 ค่าคะแนน พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 4.93 คะแนน โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้ เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ปัจจัย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้ด้านสุขภาพ	35.74	11.39	54.83	17.45	-2.764	0.028
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	16.55	2.84	24.54	1.60	-4.947	0.02

p-value < 0.05; Paired Sample t-test

ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันขณะหัวใจบีบตัวและระดับความดันขณะหัวใจคลายตัวต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง(N=40)

	คะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต	Mean	SD	t	p-value
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	ก่อนการทดลอง	132.14	5.41	3.02	0.002
	หลังการทดลอง	126.90	9.43		
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	ก่อนการทดลอง	85.21	5.87	4.87	0.001
	หลังการทดลอง	80.01	6.14		

p-value < 0.05

ผลการประเมินความพึงใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมความรู้พบว่ากลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงวัยทำงาน มีความพึงใจต่อรูปแบบกิจกรรมระดับพอใจมาก ($\bar{X}=4.42$, SD= 0.63) หากจำแนกรายชื่อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ($\bar{X}=4.45$, SD= 0.55) และได้รับความรู้แนวคิดทักษะและประสบการณ์ใหม่ๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X}=4.45$, SD= 0.59) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ (N= 40)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
	ต่ำสุด	สูงสุด			
1. ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้หรือไม่	3	5	4.45	0.55	มาก
2. ท่านได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะ ประสบการณ์ใหม่ๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่	3	5	4.45	0.59	มาก
3. กิจกรรมนี้เอื้อต่อการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ.2ส.หรือไม่	3	5	4.38	0.54	มาก
4. ท่านคิดว่าท่านได้รับประโยชน์ที่จากกิจกรรมนี้หรือไม่	3	5	4.38	0.54	มาก
5. การจัดลำดับขั้นตอนของกิจกรรมมีความเหมาะสมหรือไม่	3	5	4.38	0.62	มาก
6. สิ่งที่ท่านได้รับจากกิจกรรม ตรงตามความคาดหวังหรือไม่	3	5	4.22	0.66	มาก
7. ท่านสามารถนำความรู้เผยแพร่/ถ่ายทอดแก่ชุมชนได้หรือไม่	3	5	4.22	0.69	มาก
8. ท่านได้รับการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่	3	5	4.10	0.67	มาก
9. ความพึงพอใจต่อความเหมาะสม เวลาในการจัดกิจกรรม	3	5	4.08	0.85	มาก
10.ความพึงพอใจต่อภาพรวมของโครงการ	2	5	4.42	0.63	มาก

สรุปภาพรวมผลการศึกษการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ ควรมีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) การพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน (2) การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบคณะทำงาน (3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ (4) การคัดเลือกพื้นที่ที่น่าร่อง (5) การติดตามประเมินผล โดยทดลอง ใช้โปรแกรมฯเป็นระยะเวลา 3 เดือนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมจำนวน 40 คน ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนและหลัง

การทดลอง พบว่าค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันขณะหัวใจบีบตัวและระดับความดันขณะหัวใจคลายตัวต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมีความพึงใจต่อรูปแบบระดับพอใจมาก ได้รับความรู้ แนวคิดทักษะและประสบการณ์ใหม่ๆ สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ปรับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สมบูรณ์ ได้รูปแบบที่มีประสิทธิผลและปฏิบัติได้จริง

อภิปรายผล

จากการศึกษาที่ผ่านมา ในประเด็นการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน ส่วนใหญ่เป็นส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้มิติเดียวไม่ครอบคลุมทุกมิติ ดังนั้น การศึกษารุ่นนี้จึงเป็นพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้กับโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในกลุ่ม วัยทำงานที่ต้องเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และการเปลี่ยนแปลงของโลก โดยนำ applications Line มาปรับใช้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงระบบบริการในยุค “วิถีใหม่” สอดคล้องกับแนวทางยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของกรมควบคุมโรค ที่มุ่งเน้นให้กลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามหลัก 3อ.2ส. มีระบบ วิธีการตลอดจนช่องทางการสื่อสารให้กลุ่มวัยทำงานและบุคลากรในสถานประกอบการ เข้าถึงเข้าใจข้อมูลบริการสุขภาพ เพิ่มทักษะทางสังคมและ

ความรู้ช่วยให้ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดต่อสุขภาพตนเองและครอบครัว⁽²⁰⁾ สามารถจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างเชี่ยวชาญและมีประสิทธิภาพ⁽²¹⁾ จากการศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับ คำกล่าวที่ว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง⁽²²⁾ จึงควรส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ที่สอดคล้องกับมาตรการภาครัฐ จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้⁽⁶⁻⁷⁾ ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ ในขั้นตอนการวางแผน เพื่อให้เกิดรูปแบบที่เป็นรูปธรรมพบว่า ปัจจัยด้านคนมีความสำคัญมาก เริ่มจากการคัดเลือกคนเข้ามาเป็นคณะทำงาน การพัฒนาศักยภาพทางวิชาการครู ก. ในการเป็นวิทยากรกระบวนการ ต่อยอดการสร้างครู ข. ในระดับองค์กร รวมไปถึงการจัดทำโครงการให้สอดคล้องกับภารกิจ ยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค การมีงบประมาณ สื่อ อุปกรณ์ในการสนับสนุน เพื่อให้โครงการขับเคลื่อนได้และที่สำคัญการประชุมพูดคุยกันเป็นระยะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อใช้ในการกำกับติดตามประเมินผลและรับทราบปัญหาอุปสรรคระหว่างการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี

4M's ในการบริหารจัดการทุกประเภทจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารจัดการที่สำคัญได้แก่ บุคลากร(Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการจัดการ (Management) ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการบริหาร เพราะการบริหารจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ต้องอาศัยบุคลากรที่มีคุณภาพมีปริมาณเพียงพอ ต้องได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการเพียงพอ ต้องมีวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความต้องการของแผนงานและโครงการและต้องมีระบบการจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพเพื่อให้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁽²³⁾

การวิเคราะห์ขั้นตอนการดำเนินงานพบว่าการคืนข้อมูลผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้ภาคีเครือข่ายได้รับทราบสถานการณ์เบื้องต้น เพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมต่อไป การชี้แจงแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนในปี 2564 ทำให้ทุกภาคส่วนกำหนดเป้าหมายและมองภาพความสำเร็จไปในทิศทางเดียวกัน มาตรการขับเคลื่อนการสร้างเสริมความรู้โดยเริ่มจากการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและสถานประกอบการ มีความรู้ความเข้าใจนำไปขยายผล และการเลือกพื้นที่ที่มีความพร้อมในการทดลองรูปแบบฯ และดำเนินการพัฒนาความรู้ตามแผนที่วางไว้ เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ประเมินผลนำผลที่ได้มาพัฒนาต่อไปสอดคล้องกับกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคของกรมควบคุมโรค

นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงวัยทำงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยระดับความดันขณะหัวใจบีบตัวและระดับความดันขณะหัวใจคลายตัวต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของนิคม พุทธา⁽²⁴⁾ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในยุคชีวิตวิถีใหม่ ดีวก่อนใช้รูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ สินธูชัย⁽²⁵⁾ ที่พบว่าหลังทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับแนวทางการเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ที่เน้นพัฒนาทักษะการเข้าถึง สู่การสร้างความเข้าใจที่อาศัยความสามารถขั้นพื้นฐานมาใช้นำเข้าและประมวลผลที่ได้รับจนเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องใช้ทักษะได้ถนัด ตรวจสอบความถูกต้องและนำความเชื่อถือ ใช้คำถามช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์และคำตอบ จะช่วยยกระดับความรู้เข้าใจให้สูงขึ้น ไม่มีข้อสงสัย นำไปสู่ทักษะการตัดสินใจที่ผ่านการพิจารณาทางเลือกว่ามีข้อดี ข้อเสีย แสดงจุดยืนการตัดสินใจที่ถูกต้อง เหมาะสมกับตนเอง ใช้ทักษะการนำไปใช้ เตือนตนเอง จัดการตนเอง ควบคุมความตั้งใจในสิ่งที่ตัดสินใจ นำไปปฏิบัติต่อเนื่อง บนพื้นฐานความรู้และความเข้าใจที่ชัดเจน จนนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี⁽¹⁹⁾

จากการวิเคราะห์รายบุคคล พบว่ากลุ่มวัยทำงานมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ได้แก่ มีการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นมากที่สุด มีพฤติกรรมการกินผักและผลไม้เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่และการดื่มสุราลดลง ซึ่งผู้ที่มีคะแนน

ความรู้ด้านสุขภาพสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การกินที่ดีต่อสุขภาพ สามารถจัดการความเครียด แก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง แสวงหาความช่วยเหลือ จากผู้อื่นได้ มีพฤติกรรมเสี่ยงการสูบบุหรี่ ต่ำสูรา ลดลง⁽²⁶⁾ จะเห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁷⁾ จากผลประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับมาก ได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะ ประสบการณ์ใหม่ ๆ นำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ได้ เนื่องจากผู้วิจัยเลือกใช้แอปพลิเคชันไลน์ ที่ใช้งานง่าย สามารถสื่อสารด้วยการพิมพ์ข้อความ สนทนา ด้วยเสียงผ่านไลน์ ใช้สื่อสารแบบกลุ่มโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากค่าบริการอินเทอร์เน็ต⁽²⁸⁾ ส่งผลให้ วิทยากรเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกที่ตลอดเวลา ไม่ต้องลา งานและเลือกใช้สื่อที่ง่ายต่อการเข้าถึง เข้าใจเป็น คลิปสั้นๆ มีภาพประกอบ มีสีสัน สนุก ประยุกต์ใช้ ง่าย เหมาะแก่การเรียนรู้ของวิทยากรที่ชีวิตเร่งรีบ เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ง่ายต่อการ ตัดสินใจ นำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้มีความรอบรู้และ พฤติกรรมป้องกันโรค เพิ่มขึ้น

บทสรุปของการพัฒนารูปแบบการสร้าง เสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลุ่มวัย ทำงาน โดยประยุกต์ใช้กรอบการดำเนินงานการวิจัย เชิงปฏิบัติการ (PAOR) กับงานป้องกันโรค กลุ่มเสี่ยง ความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงานได้รับการพัฒนา ความสามารถและทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ตามองค์ประกอบครบทั้ง 5 ด้านประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ฝึกทักษะเข้าถึง ขั้นที่ 2 ฝึกทักษะเข้าใจ ขั้นที่ 3 ทักษะการสื่อสาร ใต้อาณ ขั้นที่ 4 ฝึกทักษะการ ตัดสินใจ ขั้นที่ 5 ฝึกทักษะการนำไปปฏิบัติ ส่งผลให้

กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น สามารถควบคุม ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และช่วยลด อัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ทีมสุขภาพ สามารถนำผลวิจัย การพัฒนารูปแบบเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงนี้ไปเป็นแนวทาง ประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการ สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพควรจัดทำเป็น หลักสูตรวิทยากรกระบวนการครู ก. (ระดับ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค) ครู ข. (ระดับจังหวัด) นำไปขยายผล ติดตามประเมินผลเป็นระยะ

3. บุคลากรสุขภาพ ควรมีบทบาทพัฒนา ยกระดับความรู้ ให้แก่กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เพื่อไม่กลายเป็นกลุ่มป่วย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนในสังคมที่เข้มแข็ง พัฒนาเป็นชุมชนรอบรู้ ด้านสุขภาพ จัดการสุขภาพครบวงจร ยังยืน ให้สอดคล้องกับบริบท สถานการณ์แวดล้อมและ วิธีชุมชน ติดตามต่อเนื่องให้ความสำคัญกับ 5 องค์ ประกอบความรู้ เพื่อได้รูปแบบที่นำไปใช้ได้จริง มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้องจริง

4. ควรขยายผลในกลุ่มครอบครัว ชุมชน สถานประกอบการ เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

รัฐธนีย ชนเศรษฐ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):167-186.

Suggested citation for this article

Thanaseth R. Development of a health literacy building model for hypertension prevention among risk group of hypertension of working age group. Regional Health 9th in New Normal era. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):167-186.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. [Internet] Geneva:Organization. c2013. A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis; 2013 [cited 2022 January 10]; [about 40 pages]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>
2. กุลพินน เจริญดี, ญัฐกฤตา บริบูรณ์, อรรถกร บุตรชุมแสง, สุพิน รุ่งเรือง, บรรณาธิการ. รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิก แอนด์ ดีไซน์; 2565.
3. นันทกร ทองแดง. มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2562. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรค NCDs); 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ค. 2564]; [ประมาณ 2 น.]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=1371>
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2564].
5. จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. โรคความดันโลหิตสูง. ใน: วิทยา ศรีดามา, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550. น.175-201.
6. ลิวรรณ อุณนาภิทักษ์, จันทนา รณฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิ้นพกุล, พัสมณต์ คุ่มทวีพร. พยาธิสรีรวิทยาการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์; 2550.
7. ศุภนิมิต หนองม่วง, จตุพร เหลืองอุบล, อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. การพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลื่องข้าว อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2556;6(2):80-86.
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่ม

- ดูแลผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
9. พัชรากาญจน์ คงทวีพันธ์. ผลการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในการแก้ไขปัญหาความดันโลหิตสูง อำเภอฝางจังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):56-62.
 10. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO publication; 1998. Health Promotion Glossary; 1998 [cited 2021 May 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
 11. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560-2579). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2560.
 12. ธัญชนก ชุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ). 2559; 3(6):67-85.
 13. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. Patient Educ Couns [Internet]. 2014 [cited 2021 May 8];96(2):165-70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399114001876?via%3Dihub>
 14. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รอบรู้...สุขภาพวัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: คิวคัมเบอร์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค.2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://dopah.anamai.moph.go.th/th/e-book/970#wow-book/>
 15. กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
 16. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2554.
 17. Robert VK, Daryle WM. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement [Internet]. 1970 [cited 2021 May 16];30(3): 607-10. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001316447003000308>
 18. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2560. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของกลุ่มวัยทำงาน; 2561 [ปรับปรุงเมื่อ 5 ม.ค. 2561; เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/333>
 19. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. K-shape 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ. 2563;35(2):22-6.

20. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ:ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยรณญาณ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2562.
21. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อาร์ เอ็น พี พีวอเทอร์จำกัด; 2564.
22. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 st century. Health promotion international [Internet]. 2000 [cited 2021 May 16];15(3):259-267. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
23. เกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ. หลักการ 4 M. 2561. ใน: บทความในวิชาการเรียน หลักการจัดการเทคโนโลยี [อินเทอร์เน็ต]. เหมันต์ มงคลยะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://hemanmongkolya.blogspot.com/2018/08/4ms.html>
24. นิคม พุทธา, พลอยประกาย ฉลาดล้ำ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุในยุคชีวิตวิถีใหม่ ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2565;9(3):46-64.
25. สมจิตต์ สิ้นธุชัยและคณะ. รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. วารสารสมาการพยาบาล. 2565;37(1):58-74.
26. Yong BL, Liu L, Yan FL, Yan LC. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. International journal of environmental research and public health [Internet]. 2015 [cited 2021 May 15];12(8):9714-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4555308/>
27. Ceara TC, Lindsay L, Sykes, Amy M, Amy C, Muhammad R, et al. Ethnicity and health literacy: a survey on hypertension knowledge among Canadian ethnic populations. Ethnicity & disease [Internet]. 2014 [cited 2021 May 15];24(3):276-282. Available from: <https://www.jstor.org/stable/48667258>
28. กฤษณี เสือใหญ่, พัทณี เขยจรรยา. พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ความพึงพอใจและการนำไป ใช้ประโยชน์ของคนในกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. [ปริญญาณิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหา บัณฑิต]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (สาขานิเทศศาสตร์และนวัตกรรม); 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://repository.nida.ac.th/handle/662723737/5422>

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก: กรณีศึกษา

Nursing Care for a Patient with Acute de novo Heart Failure: A case study

สาริตา วัชรดิлок, ศิริินภา จิตติมันนี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Satita Watcharadilok, Sirinapha Jittimanee

Chulalongkorn University

Received 2023 Mar 24, Revised 2023 Apr 24, Accepted 2023 Apr 27

DOI: 10.14456/iudcj.2023.25

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก เหนื่อยมากขึ้นขณะนอนราบ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แรกได้รับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96% ไม่มีโรคประจำตัว ตรวจร่างกาย ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ทั้ง 2 ข้าง หลอดเลือดที่คอโป่งพอง มีอาการบวม น้ำระดับ 1+ แพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก (Acute de novo Heart Failure) รับรักษาไว้ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ให้การรักษาโดยการจัดการอาการ เหนื่อยและบวมบริเวณแขน ขา และให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยประเมินภาวะสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พบว่าปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ครั้งแรก คือ ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การพยาบาลที่เหมาะสมเฉพาะรายบุคคลจึงเน้นการให้ความรู้ตามเอกสารที่จัดทำขึ้นโดยใช้เนื้อหาสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อธิบายพยาธิสภาพของโรค สาเหตุการเกิด อาการและอาการแสดงของโรค แนวทาง การรักษา และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้แก่ อาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานยา และการมาพบแพทย์ตามนัด ดังนั้นกรณีศึกษาดังกล่าวจึงเป็นประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก เนื่องจากมีข้อพึงระวัง คือ ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ซึ่งสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

คำสำคัญ: การพยาบาล ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไม่ติดต่อ

Abstract

A 73-year-old male patient had chest pain, dyspnea and orthopnea one day prior to inpatient admission. He was full conscious. His vital signs showed temperature of 36.5 °C, pulse of 68 /m, blood pressure of 110/80 mmHg, and respiratory rate of 18 /m, SpO2 of 96 % He reported no underlying disease. Physical examination found fine crepitation both lung, neck vein engorged, and pitting edema 1+. He was diagnosed as Acute de novo Heart Failure and admitted in internal medicine ward in order to provide medical treatment and nursing care for his health condition. The importance of caring patients in acute de novo heart failure is health behavior modification pattern that could be managed by themselves. To support such patient's modifications, nurse played significant role to provide the knowledge about pathology, cause, sign and symptom, and treatment and to advice patient's self-care such as chief complaint, eating healthy food, exercise, taking medicine and following up. Health education to help increase patient's knowledge was organized through the content creation using illustrated brochures according to patient's context. Evaluation was conducted by using the knowledge assessment questionnaire for self-care of heart failure patients before and after providing the health education.

Keywords: nursing care, heart failure, non-communicable disease

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease; NCD) ที่สำคัญ มีสาเหตุจากความผิดปกติของโครงสร้าง การทำงานของหัวใจ ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ เกิดอาการและอาการแสดงที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และรบกวนการดำเนินชีวิต ได้แก่ หายใจเหนื่อย อ่อนเพลียและการเกิดภาวะน้ำและเกลือคั่ง ทำให้มีอาการบวม น้ำคั่งในปอดและอวัยวะต่าง ๆ ตามร่างกาย⁽¹⁻²⁾ ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วย 170 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า เป็น 200 ล้านคน โดยพบความชุกในภูมิภาคเอเชียเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยา การผ่าตัด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁽³⁾ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการรักษาที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ทำให้กลับเข้ารับการรักษาซ้ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 54⁽⁴⁾ ส่วนใหญ่พบปัญหาในการดูแลตนเอง ขาดความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการเป็นครั้งแรกซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่เคยเผชิญ⁽⁵⁾ ผู้ป่วยจึงมักไม่มีความรู้ต่อการเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัว⁽⁶⁾ การสนับสนุนความรู้ให้ทักษะการดูแลตนเอง และเพิ่มความเชื่อโดยการสอนจะสามารถเพิ่มการปฏิบัติ

ตนตามแผนการรักษาได้มากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และมีแนวโน้มที่จะลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล^(4,7-9)

จากการทบทวนวรรณกรรมเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ในขณะที่กระบวนการประเมินและเพิ่มพูนความรู้ขณะผู้ป่วยนอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมยังมีจำกัด ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรกโดยประเมินภาวะสุขภาพและให้การพยาบาลโดยการจัดทำกรณีศึกษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงถือได้ว่าเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกอย่างยิ่ง

กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผล และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Theory of Self-care) โดยมีโมทัศน์ของการดูแลว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี”⁽¹⁰⁾

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรกมารับบริการที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร รับเข้านอนโรงพยาบาลวันที่ 14 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคกลาง สติการรักษาระกั้นสุขภาพถ้วนหน้า นับถือศาสนาอิสลาม มีอาชีพเป็นชาวสวนทุเรียน ที่บ้านอาศัยอยู่กับภรรยา ไม่มีโรคประจำตัว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนในร่างกายไม่เพียงพอเนื่องจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงจากภาวะหัวใจล้มเหลว และการแลกเปลี่ยนแก๊สไม่มีประสิทธิภาพจากพยาธิสภาพที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน

ข้อมูลจากการบอกเล่า (Subjective data):

1. ผู้ป่วยให้ประวัติ 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลเหนื่อยมากขึ้น อ่อนเพลีย นอนราบแล้วแน่นหน้าอก
2. ผู้ป่วยให้ประวัติ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกเหนื่อย แน่นหน้าอกมากขึ้น

ข้อมูลที่วัดได้ (Objective data):

1. Chest X ray showed infiltration at Right lower lobe & Cardiomegaly
2. Lung sound showed crepitation at Right lower lung
3. N-terminal pro B-type natriuretic peptide 4,912.2 pg/ml
4. At Emergency room: Extremities pitting edema 1+
5. Echocardiography showed dilated Left ventricle, Ejection fraction 25-30 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตัวภายหลังการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งแรก

ข้อมูลสนับสนุน

ข้อมูลจากการบอกเล่า (Subjective data):

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยเป็นโรคนี้มาก่อน”
2. ผู้ป่วยถามว่า “หัวใจโตเกี่ยวอะไรกับอาหารเค็ม?”

ข้อมูลที่วัดได้ (Objective data):

1. ประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินความรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Roin และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 18 คะแนน แปลผล ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งแรก

ข้อมูลสนับสนุน

ข้อมูลจากการบอกเล่า (Subjective data):

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยบอกว่า “ทำไมมันเกิดขึ้นกับผม”

ข้อมูลที่วัดได้ (Objective data):

1. ประเมินความเครียด โดยแบบประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยอรรพรรณ ศิลปกิจ⁽¹²⁾ พบว่ามีคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน แปลผล สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด มีเรื่องไม่สบายใจและยังไม่ได้คลี่คลาย ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวหรือแก้ปัญหา

ปัญหาทางการพยาบาลที่สนใจ คือ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตัว ภายหลังการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งแรก

พยาบาลต้องมีการประเมินความรู้ผู้ป่วย โดยในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการทบทวนวรรณกรรมได้ประยุกต์แบบประเมินจากเครื่องมือการประเมินความรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Roin และคณะ⁽¹¹⁾ ดำเนินการแปลและปรับแบบสอบถามให้สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย โดยมีผู้แปลแบบสอบถามต้นฉบับเป็นภาษาไทย จากนั้นตรวจสอบความหมายโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษเพื่อให้ความหมายคงเดิม ทำการสังเคราะห์ปรับเปลี่ยนภาษาไทยให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม แล้วนำมาใช้กับกรณีศึกษา ซึ่งการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ถือเป็นวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้เอง และเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีผลการประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 24 คะแนน
2. ผู้ป่วยสามารถบอกความรู้ เนื้อหาที่สำคัญที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

ครั้งที่ 1 ประเมินก่อนการพยาบาล

1. กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น “คุณ (ชื่อผู้ป่วย) ทราบมั้ยค่ะว่า โรคหัวใจล้มเหลวคืออะไร? มีการดูแลตัวเองอย่างไร?” เพื่อประเมินความรู้เบื้องต้น และนำไปสู่การออกแบบเนื้อหาการให้ความรู้แนวทางในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
3. ใช้แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 9 ข้อ

(ตารางที่ 1) ประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินความรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Roin และคณะ⁽¹¹⁾ คำตอบเป็นมาตรวัด 5 ระดับ (1 - 5 คะแนน) 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่ทราบ 4 หมายถึง เห็นด้วย 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 45 คะแนน การประเมินผลโดยแบ่งคะแนนรวมเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้คะแนน 1 - 23 คะแนน แปลผล ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มที่ 2 ได้คะแนน 24 - 45 คะแนน แปลผล ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตารางที่ 1 แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำถาม	คะแนน				
	1	2	3	4	5
1. การชั่งน้ำหนักด้วยตนเองต้องทำทุกวัน					
2. ถ้าหายใจเหนื่อยมากขึ้น ต้องไปพบแพทย์หรือพยาบาล					
3. ถ้ามือ/เท้าบวม ต้องไปพบแพทย์/พยาบาล					
4. ถ้าน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัมในเวลา 1 สัปดาห์ ต้องไปพบแพทย์/พยาบาล					
5. การจำกัดน้ำดื่ม คือ 1.5-2 ลิตรต่อวัน					
6. ถ้าเหนื่อยล้ามากขึ้น ต้องไปพบแพทย์/พยาบาล					
7. การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง คือมีรสเค็มน้อย					
8. การรับประทานยาตามแพทย์สั่งเป็นสิ่งสำคัญ					
9. การออกกำลังกายต้องทำทุกวัน					

ครั้งที่ 2 ให้การพยาบาลรายบุคคล โดยให้ความรู้ด้วยการจัดทำเอกสารที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับชีวิตประจำวันผู้ป่วย

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ดังนี้

4.1. ภาวะหัวใจล้มเหลว คืออะไร ?

คำอธิบาย ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการมีสาเหตุจากความผิดปกติการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย หรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีอาการที่สำคัญ 2 ประการ อาการแรกคือหายใจลำบากและอ่อนเพลีย และอีกอาการเกิดจากการมีน้ำและเกลือคั่งเกินในร่างกาย ทำให้ บวม⁽²⁾

4.2. อาการสำคัญที่ควรมาโรงพยาบาล มีอะไรบ้าง? โดยใช้หลัก 3น 2บ

1น = แน่นหน้าอก ใจสั่น

2น = เหนื่อยมากขึ้น หรือเหนื่อยจนนอนราบไม่ได้

3น = น้ำหนักเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์

1บ = ตัวเบา อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

2บ = มือหรือเท้าบวมมากขึ้น

4.3. การรับประทานอาหาร

4.3.1. จำกัดปริมาณของน้ำดื่ม 1 - 2 ลิตร/วัน

4.3.2. จำกัดอาหารมีโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม/วัน⁽¹³⁾ เลือกอาหารที่มีโซเดียมต่ำ เช่น ข้าวขาว, กล้วยไม้ และเนื้อสัตว์สด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ขนมปัง, อาหารกึ่งสำเร็จรูป และซอสปรุงรส ตัวอย่างปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรส ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรส

ชนิดของอาหาร	ปริมาณโซเดียม
ผงชูรส 1 ช้อนชา	492 มิลลิกรัม
ซีอิ๊ว 1 ช้อนโต๊ะ	960 - 1,420 มิลลิกรัม
น้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะ	1,160 - 1,420 มิลลิกรัม
ซอสปรุงรสฝาเขียว 1 ช้อนชา	1,390 มิลลิกรัม
เกลือแกง 1 ช้อนชา	2,000 มิลลิกรัม

4.4. การรับประทานยา ควรรับประทานตามแผนการรักษา ไม่ควรปรับยา หรือหยุดยาเอง

4.5 การออกกำลังกาย จากแนวปฏิบัติของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยได้แบ่งเป็น 3 แบบ ดังนี้

4.5.1. แบบแอโรบิก โดยการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ เช่น เดินบนพื้นราบ และขี่จักรยาน เป็นต้น

4.5.2. แบบแรงต้าน โดยการออกแรงต้านวัตถุร่วมกับการเคลื่อนไหวของข้อ โดยใช้อุปกรณ์ เช่น สายยางยืด และยกน้ำหนัก โดยใช้ลูกตุ้ม เป็นต้น

4.5.3. แบบแอโรบิกผสมผสาน แบบแรงต้านได้แก่ การเดินร่วมกับการออกแรงต้าน โดยใช้อุปกรณ์, การเดินยกแขน เป็นต้น

5. ทวนซ้ำความรู้ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้คลายความสงสัย

ครั้งที่ 3 ประเมินการพยาบาล

7. ประเมินความรู้หลังจากให้ความรู้ โดยใช้แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 9 ข้อ ประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินความรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Roin และคณะ⁽¹¹⁾ เพื่อประเมินผลทำให้ความรู้

8. สอบถามความรู้สึกหลังจากให้ความรู้ และกล่าวขอบคุณ

ผลการประเมิน

1. คะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 45 คะแนน ภายหลังจากได้รับการพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ผู้ป่วยสามารถทวนความรู้ เนื้อหาที่สำคัญได้เองถูกต้อง

3. ผู้ป่วยขอให้พยาบาลนำเอกสารความรู้เก็บใส่ไว้ในกระเป๋า เพราะจะนำกลับไปอ่านที่บ้าน หากว่างไว้บนโต๊ะข้างเตียง กลัวว่าเจ้าหน้าที่จะหยิบไป เนื่องจากเอกสารความรู้ตรงต่อความต้องการของผู้ป่วย เช่น การรับประทานข้อสรุปอาหารในปริมาณที่เหมาะสม

4. ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกมั่นใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น จะเก็บแผ่นพับความรู้นี้กลับไปอ่านที่บ้าน” และบอกว่า “จะทานข้อสรุปสรุปสฟาเซียให้น้อยลง และชั่งน้ำหนักทุกวัน”

5. ผู้ป่วยยกมือไหว้ขอบคุณ และบอกว่า “ขอบคุณที่แนะนำ”

วิจารณ์

กรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกแบบองค์รวม (Holistic care) ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักสำคัญ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรก โดยมีข้อพึงระวัง คือ ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตนเองภายหลังการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งแรก พร้อมกันนั้นมีการนำเครื่องมือที่ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมมาใช้ประเมินความรู้ก่อน - หลังให้การ

พยาบาล ประกอบกับการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Theory of self-care) มาประยุกต์ใช้ในให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ แนวทาง และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

สรุป

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อย แน่นหน้าอกขณะนอนหายใจวิจฉัยแพทย์ คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญเฉพาะรายบุคคล คือ ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตัวภายหลังการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งแรก โดยเพื่อเป็นจุดเริ่มต้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความรู้และจัดทำเอกสารใช้เนื้อหาสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนให้ความรู้ เท่ากับ 18 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง และประเมินผลหลังให้ความรู้ เท่ากับ 45 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแล

ตนเอง ซึ่งเห็นได้ว่าการพยาบาลโดยการให้ความรู้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกเป็นการพยาบาลที่เหมาะสมเฉพาะรายบุคคล

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ และวางแผนการพยาบาล ซึ่งกรณีศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรกเนื่องจากมีข้อพึงระวังคือ ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ซึ่งสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำกรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ชั้นสูง 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุญาตการเผยแพร่กรณีศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เลขที่ 0155 ลงวันที่ 18 มกราคม 2566) และขอขอบคุณผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลครั้งนี้

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สาธิตา วัชรดิлок, ศิริินภา จิตติมณี. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก: กรณีศึกษา. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):187-196.

Suggested citation for this article

Watcharadilok S, Jittimanee S. Nursing Care for a Patient with Acute de novo Heart Failure: A case study. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1): 187-196.

เอกสารอ้างอิง

1. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2551.
3. จริญญา คมเฉียบ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
4. พรพรรณ เทอดสุทธิธณภูมิ. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารพยาบาลโรคทรวงอกและหัวใจ. 2558;26:2-14.
5. พิกุล บุญช่วง. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. พิมพ์ครั้งที่2. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
6. Braunstein JB, Anderson GF, Gerstenblith G, Weller W, Niefeld M, Herbert R, et al. Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalizations and mortality among Medicare beneficiaries with chronic heart failure. J Am Coll Cardiol. 2003;42:1226-1233.
7. Van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, Van Gilst WH, Van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. Eur Heart J. 2006;27(4):434-440.

8. กนกพร ชันแก้ว, อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์, นลินทิพย์ อ่องสมบัติ, วิชัย เส้นทอง, ชลลดา ทอนเสาร์. ผลของการจัดการรายกรณีต่อความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2562;42:61-71.
9. รุติมา ทาสวรรณอินทร์, ลินจง โพธิบาล, ทศพร คำผลศิริ. ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลสาร. 2562;46:108-121.
10. Taylor SG, Renpenning KE, Geden EA, Neuman BM, Hart MA. A theory of dependent-care: a corollary theory to Orem's theory of self-care. Nurs Sci Q. 2001;14(1):39-47.
11. Róin T, Á Lakjuni K, Kyhl K, Thomsen J, Veyhe AS, Róin Á, et al. Knowledge about heart failure and self-care persists following outpatient programme- a prospective cohort study from the Faroe Islands. Int J Circumpolar Health. 2019;78(1):1-8.
12. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2551;16(3):177-185.
13. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์; 2563. รับประทานซีอีวามีไซเดียมน้อยกว่าน้ำปลาจริงหรือไม่; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 พ.ย. 2565]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก https://oryor.com/media/checkSureShare/media_specify/845

ผลการติดตามดูแลสุขภาพทางไกลต่อคุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

The Effect of Telehealth on Quality of Life and Activity
of Daily Living (ADL) in Cerebrovascular Patients at
Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province

ชนากานต์ อนันตริยกุล, นิยะดา ชินะศรี

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

ChanakanAnuntariyakoon, NiyadaChinasri

Phaholpolpayuhasena Hospital Kanchanaburi Province

Received 2023 Apr 19, Revised 2023 May 24, Accepted 2023 May 25

DOI: 10.14456/iudcj.2023.22

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการติดตามดูแลสุขภาพทางไกลต่อคุณภาพชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ระหว่างเดือนมกราคม- มีนาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต เป็นข้อมูลเบื้องต้นก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (ครั้งที่ 1) โดยกลุ่มควบคุมได้รับการเยี่ยมบ้านตามปกติโดยทีมของโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 และได้รับการประเมินด้วยแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้งเมื่อเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมผ่านการโทรศัพท์ และระบบ video call ในสัปดาห์ ที่ 2, 3, 4, 6 และทำการประเมินด้วยแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เช่นเดียวกัน วิเคราะห์ข้อมูลภายในกลุ่มด้วยสถิติบรรยาย และ Paired Sample T-Test ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มใช้ Independent Sample T-Test

ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในสัปดาห์ที่ 6 ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง เท่ากับ 54.33 ± 15.18 และ 86.00 ± 15.66 ($P < 0.001$) และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง เท่ากับ 86.67 ± 14 และ 96.00 ± 7.24 ($P < 0.001$) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มควบคุม 56.46 ± 12.15 และ 77.96 ± 11.38 ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลอง 93.20 ± 19.60 และ 108.73 ± 19.69 ($p < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 6 พบว่าไม่แตกต่างกัน

สรุป การติดตามดูแลสุขภาพแบบทางไกลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาด้วยการ ติดตามให้ความรู้ ให้คำแนะนำ วางแผนให้การพยาบาล แก้ไขปัญหา เสริมกำลังใจ ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ พบว่าได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก มีกำลังใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการติดตามไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้น การนำแนวทางนี้ไปประยุกต์ใช้แทนการเยี่ยมที่บ้าน หรือใช้ร่วมกันอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในอนาคตที่สะดวกและสอดคล้องกับสถานการณ์ ในปัจจุบัน ซึ่งหลายๆ โรงพยาบาลได้มีการใช้ระบบติดตามผู้ป่วยผ่าน telemedicine บ้างแล้ว

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การติดตามดูแลสุขภาพทางไกล, คุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Abstract

The two groups with pre-test and post-test quasi-experimental study were conducted at Phaholpolphayuhasena Hospital between January and March 2023. The objective of the study was to compare activities of daily living and quality of life in the cerebrovascular patients between routine home visits and Telehealth by video conferences. Sixty subjects were selected by purposive sampling into control and study groups. All subjects received daily activities and quality of life assessment before discharged from the hospital as a baseline data (first week). After discharge, the control group received routine home visits at the 2nd week and the study group received telehealth consultation at the 2nd, 3rd and 4th week. At the six-week after discharge, the control group received home visits again and repeated assessments using the same questionnaires. At the same time, the study group received telehealth consultation and repeated assessments at the 6th week as well. Descriptive statistics were used for data analysis in the same group and Independent Sample T-Test was used for the intergroup analysis.

The mean score of ability to perform daily activities in the both group sat six- weeks after discharge was significantly higher than baseline data (control group was 54.33 ± 15.18 vs 86.00 ± 15.66 , $p < 0.001$ and study group was 86.67 ± 14.24 vs 96.00 ± 7.24 , $p < 0.001$, respectively). The mean score of quality of life was higher as well, (control group was 56.46 ± 12.15 vs 77.96 ± 11.38 , $p < 0.001$ and study group was 93.20 ± 19.60 vs 108.73 ± 19.69 , $p < 0.001$, respectively). Comparing the two groups, the ability to perform daily activities and quality of life at the 6th week after discharge were not different.

In summary, the use of telehealth consultation for home health care in the cerebrovascular patients, including giving knowledge and medical advice, problem-solving planning, nursing care plan, encouragement, and continuous counseling, reveals satisfied results. Patients became aware, empowered and were able to perform better daily-life activities similar to direct home visit. Therefore, applying telehealth consultation in combination or instead of direct home visits may be implemented to the new health care system in the recent situation.

Keywords: Cerebrovascular patients, Telehealth, Quality of Life and Activity of Daily Living (ADL)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสมองที่ทำให้เกิดอาการขึ้นอย่างทันทีทันใดที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองในบริเวณนั้น ๆ⁽¹⁾ โดยเกิดจากการแตก ตีบหรืออุดตันที่พบในหลอดเลือดสมอง⁽²⁾ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต รายงานจากองค์การอนามัยโลก⁽³⁾ พบว่ามีประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกถึง 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.51 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี และ 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป สำหรับอาการและอาการแสดงของ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่พบ ได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า พูดคุยสับสนหรือพูดไม่ชัด แขนหรือขาและอ่อนแรง ปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ⁽⁴⁾ หากมีอาการรุนแรงอาจพบอาการชักเกร็ง หมดสติหรืออาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับขนาดของสมองที่ขาดเลือดและระยะเวลาของการขาดเลือด ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน หากไม่เสียชีวิตก็มีโอกาสพิการได้สูง ความพิการของผู้ป่วย ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ส่งผลต่อความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ⁽⁵⁾ แนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้านนั้น ได้มีนโยบายของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติและแผนการจัด

ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการและให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด การเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽⁶⁾ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า การปราศจากโรคและความพิการ เป็นความผาสุกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล⁽⁷⁾ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะเป็นโรคที่คุกคามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมากในการนี้พยาบาลและญาติจึงเป็นส่วนสำคัญสำหรับการให้การดูแลผู้ป่วยให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมและการปฏิบัติการณ์ดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งเดียวในจังหวัดกาญจนบุรี ที่มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) โดยเฉพาะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อมโยงกับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 13 โรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรีจากข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ในปี 2563 - 2565 จำนวน 1,684, 1,631 และ 1,556 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 11.22, 9.2 และ 10.6 ตามลำดับแต่ในปัจจุบันสถานบริการสาธารณสุขในชุมชนมีการโอนย้ายเข้าองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะพบว่าการติดตาม

เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจึงไม่สามารถติดตามได้ต่อเนื่องและโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาได้รับผิดชอบติดตามได้เฉพาะในเขตอำเภอเมือง ประกอบกับจังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่กว้าง มีระยะทางห่างไกลทำให้ไม่สามารถติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเรื่องการติดตามดูแลสุขภาพทางไกล (telehealth) เป็นการใช้เทคโนโลยีในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การวินิจฉัย การรักษา การปฏิบัติตัว และการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ⁽⁸⁾ โดยการใช้โทรเวชกรรมในการบริการสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง รวดเร็วและลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของOrem⁽⁹⁾ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ ให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล และฟื้นฟูสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลเพื่อส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะพึ่งพิง และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับระบบสาธารณสุขไทยในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ที่สนับสนุนให้มีการนำระบบ Telemedicine และ Telehealth มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการติดตามดูแลสุขภาพทางไกลต่อคุณภาพชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแล้วหยิบออก หลังจากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น และมีความสามารถในการรับรู้ สื่อสารหรืออ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี 2) ไม่มีปัญหาการได้ยิน ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท 3) มีเลขหมายโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และเห็นภาพผ่าน video call ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ส่วนการนำออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น มีภาวะหมดสติจากการติดเชื้อ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่ยินยอมดำเนินการ

วิจัยต่อไป จะนำออกจากการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยหาขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ ผลการบูรณาการสหสาขาวิชาชีพติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยโปรแกรม Telehealth ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ⁽¹⁰⁾ คำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่น 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.08 เมื่อนำมาคำนวณในโปรแกรม G*power พบว่าได้กลุ่มตัวอย่างคือ จำนวนกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อยร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดี ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิและผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เลขที่ 2022-20 (15 ธ.ค. 2565 - 15 ธ.ค. 2566) และได้จัดทำเอกสารชี้แจงถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และแบบสอบถามพร้อมทั้งขอความร่วมมือผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของ

กระบวนการวิจัย ข้อมูลทุกอย่างที่ผู้วิจัยได้รับ จะถือเป็นความลับ หากผู้ป่วย มีภาวะแทรกซ้อนจน ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น มีภาวะหมดสติ จากการติดเชื้อ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่ยินยอมดำเนินการวิจัยต่อไป จะนำออกจาก การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ แบบประเมินดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index)⁽¹¹⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยจำนวน 10 กิจกรรมและแบบประเมิน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบ ประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัด⁽¹²⁾ ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือซึ่งพัฒนามาจากเครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการติดตามสุขภาพทางไกล ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็น รูปแบบการทำกิจกรรมอย่างมีขั้นตอนและทำตาม กรอบแนวคิดการดูแลตนเอง ของโอเร็ม และระบบ การพยาบาลทางไกลซึ่งเป็นการใช้กระบวนการพยาบาล มาให้การพยาบาลผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร ประกอบคู่มือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ชำนาญการด้านระบบประสาท 1 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน รวม 3 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำมา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นตรวจสอบ ความถูกต้องเหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปใช้ ดำเนินการเป็นรายบุคคล โดยการติดตามอาการ และการปฏิบัติตนผ่านการโทรศัพท์ และระบบ video call ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและ ทำข้อตกลงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินความเข้าใจในเรื่องการจัดการดูแลสุขภาพ ของตนเอง ที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด การรับประทานยา การดูแลกิจวัตรประจำวัน การสูบบุหรี่ การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสภาพ ความ ต้องการและสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้ คำแนะนำ และ สนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือตนเองตามความ บกพร่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับ สภาพแวดล้อมตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 แลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก แนะนำการฝึกปฏิบัติและทักษะ ที่ต้องใช้ในชีวิต ประจำวันเพิ่มเติม รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพและ การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ เช่น ไม้เท้า หรือ Walker เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 ชื่นชมความสามารถและให้กำลังใจ การดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ทบทวนกรณีที่ไม่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ชักถามหากมีปัญหาหรือระบายความรู้สึกหากมีข้อสงสัย วางแผนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเสริมกำลังใจ

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผลและการตรวจตามนัด

การดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 25 - 30 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งพินัยกรรมผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยประเมินคุณภาพชีวิต และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนกลับบ้านจำนวน 30 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและการติดตามเยี่ยมบ้านตามปกติในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 พร้อมประเมินคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในสัปดาห์ที่ 6 จากนั้นพูดคุยให้กำลังใจและยุติการทดลอง

กลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 25 - 30 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินคุณภาพชีวิต และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทีหผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำข้อตกลงขอความร่วมมือในการวิจัยและการตอบแบบสอบถาม เก็บรวบรวม

ข้อมูล วางแผนจำหน่ายให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและนัดหมายช่วงเวลาในการติดตาม

สัปดาห์ที่ 2, 3, 4 (ใช้เวลา 5 - 10 นาที) ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการติดตามดูแลสุขภาพทางไกล โดยใช้การโทรศัพท์หรือระบบ video call โดยผู้วิจัยชักถามถึงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยประเมินปัญหาและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้พูดคุย ชักถามปัญหาหากมีข้อสงสัย ให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาผ่านสื่อออนไลน์ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพ ชื่นชมความสามารถและการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ทบทวนกรณีที่ไม่ถูกต้อง และนัดหมายในกิจกรรมครั้งต่อไป เสริมกำลังใจเป็นระยะ ๆ

สัปดาห์ที่ 6 (ใช้เวลา 25 - 30 นาที) ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการโทรศัพท์หรือระบบ video call เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยประเมินคุณภาพชีวิต และประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ชักถามปัญหาหรือระบายความรู้สึกหากมีข้อสงสัย ชื่นชมและเสริมกำลังใจผู้ป่วย วางแผนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การตรวจตามนัด และยุติการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วยการวิเคราะห์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการมีโรคประจำตัว ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา โดยการหาจำนวนและร้อยละ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อน และหลังทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Sample T-Test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 76 - 90 ปี ร้อยละ 43.3 ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุระหว่าง 61- 75 ปี ร้อยละ 36.7 และทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา มีโรคประจำตัว (1คนมากกว่า 1 โรค) และมีความสม่ำเสมอของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม(n=30)		กลุ่มทดลอง(n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	20	66.7	13	43.3
หญิง	10	33.3	17	56.7
อายุ				
30 - 45 ปี	2	6.7	4	13.3
46 - 60 ปี	5	16.7	10	33.3
61 - 75 ปี	10	33.3	11	36.7
76 - 90 ปี	13	43.3	5	16.7
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	19	63.3	17	56.7
สูบ	11	36.7	13	43.3
ประวัติการดื่มสุรา				

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม(n=30)		กลุ่มทดลอง(n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดื่ม	20	66.7	21	70.0
ดื่ม	10	33.3	9	30.0
ประวัติการมีโรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	8	26.7	8	26.7
มีโรคประจำตัว (1 คนมากกว่า 1 โรค)	22	73.3	22	73.3
ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา				
ต่อเนื่อง	30	100.0	30	100.0

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อน และหลังทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พบว่า ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนคุณภาพชีวิต หลังทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ทั้ง 2 กลุ่ม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ยและคะแนนคุณภาพชีวิต ในระยะก่อน และหลังทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม				t	p-value	กลุ่มทดลอง				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	($\bar{X}$)	SD	($\bar{X}$)	SD			($\bar{X}$)	SD	($\bar{X}$)	SD		
คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	54.33	15.18	86.00	15.66	33.70	<0.001*	86.67	14.24	96.00	7.24	26.20	<0.001*
คะแนนคุณภาพชีวิต	56.46	12.15	77.96	11.38	-12.91	<0.001*	93.20	19.60	108.73	19.69	124.85	<0.001*

* $p < 0.05$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคะแนนคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคะแนนคุณภาพชีวิตในระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	($\bar{X}$)	S.D.	($\bar{X}$)	S.D.		
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	88.60	15.66	96.00	7.24	.160	.874
คุณภาพชีวิต	77.96	11.38	108.73	19.69	-.318	.760

* $p < 0.05$

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายกลับบ้านได้รับการติดตามดูแลสุขภาพทางไกล เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าค่าเฉลี่ยตั้งต้นก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามปกติอย่างไรก็ตามค่าคะแนนที่สูงขึ้นนี้ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่จัดว่าผู้ป่วยมีอาการเป็นปกติ จากการศึกษาศาสตร์ของสุริรักษ์ มั่นคง⁽¹³⁾ พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะกลับมาเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ต้องใช้เวลาประมาณ 4 - 6 เดือน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างสองกลุ่มพบว่าค่าคะแนนไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก การใช้รูปแบบการติดตามดูแลสุขภาพทางไกล ร่วมกับการจัดรูปแบบการติดตามเยี่ยมที่นำทฤษฎีการดูแล

ตนเอง ของโอเร็มที่เชื่อว่า บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องมีพลังความสามารถ ที่ต้องการดูแลตนเอง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล สามารถช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้คำแนะนำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้เกิดการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยสร้างเสริมพลังอำนาจ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจ ในเรื่องการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ได้ดีขึ้น ซึ่งเมื่อมาใช้ร่วมกับการโทรศัพท์ หรือระบบ video call ซึ่งเป็นเครื่องมือในการติดตามเยี่ยม สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยให้ความรู้และคำปรึกษาได้อย่างต่อเนื่องและสะดวก มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับเป็นการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นการประเมินและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันแก่ผู้ป่วย ในสภาพแวดล้อมที่จำกัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติ เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งเน้นสภาพปัญหาและความต้องการเป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจและมีพลังใจในการนำไปปฏิบัติ เพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของบรรณพรวรรณ หิรัญเคราะห์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าการจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้านตั้งแต่ระยะแรก ที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะทำให้ลดผลกระทบ ลดความพิการ และลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่อง การประเมินสภาพ ประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแล ที่ครบถ้วนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับ แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์⁽¹⁵⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้ ความสามารถทางด้านร่างกาย การมีพลังกำลัง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในการเคลื่อนไหวของตนเองอย่างเป็นอิสระและ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย และโดยรวมในระดับปานกลาง และเกิดความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองสำหรับ การใช้รูปแบบการติดตามดูแลสุขภาพทางไกลนี้ ทำให้ผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมองในภาพรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

อีกทั้งยังประเมินได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นเพียงไร สอดคล้องกับ รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาผลการติดตามสุขภาพทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี พบว่า การใช้การแพทย์ทางไกลเป็นเครื่องมือติดตามสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความสามารถในการดูแลตนเองและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS) และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ที่ 12 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับณัฐนันท์ อูสายพันธ์ และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยติดตามผลจากโปรแกรมการเยี่ยมบ้านออนไลน์ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ก็จะส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วยเนื่องจาก หลังจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมีความคาดหวังให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกด้าน ประกอบกับครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูกลับมาได้มากขึ้นส่วนสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันนั้น สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าการดูแลโดยใช้พยาบาลเยี่ยมที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบ

ที่ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ และยินดีร่วมมือในการปฏิบัติแล้วก็ตาม แต่รูปแบบการติดตามดูแลสุขภาพทางไกลที่ใช้โทรศัพท์ หรือระบบ video call ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในครั้งนี้ ก็ส่งผลให้การสื่อสารกับผู้ป่วย มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่ารูปแบบเดิม จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยสามารถประเมินปัญหา ความต้องการร่วมวางแผนการปฏิบัติ และสามารถให้กิจกรรมการพยาบาลได้ตรงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อีกทั้งส่งผลให้เกิดความสะดวก รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงจำเป็นต้องมุ่งเน้น ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการเรียนรู้ ฝึกทักษะต่างๆ ที่สูญเสียไป⁽¹⁸⁾ และพัฒนาศักยภาพที่เหลืออยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ใกล้เคียงปกติ ปราศจากความพิการสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ช่วยลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่หากนำรูปแบบการติดตามดูแลสุขภาพทางไกลไปใช้ร่วมกับการติดตามเยี่ยมที่บ้านงานวิจัยของนพวรรณ ผ่องใส⁽¹⁹⁾ ศึกษาผลของการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีการติดตามทางโทรศัพท์และติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดอยู่บ้าง ได้แก่ 1) ขนาดตัวอย่างอาจไม่เพียงพอที่ตอบคำถามว่าไม่แตกต่างกันจริงเนื่องจากไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างแบบ non-inferiority trial รวมทั้งไม่เพียงพอที่จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์แยกย่อยในประเด็น

ที่น่าสนใจได้ 2) ระยะเวลาการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 6 สัปดาห์อาจจะสั้นเกินไปทำให้ผลลัพธ์บางอย่างยังไม่ชัดเจน และ 3) การติดตามผลลัพธ์ยังจำกัดอยู่เพียงการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยที่เรื่องการเยี่ยมบ้านนี้ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่น่าสนใจควรจะได้ศึกษาอีกหลายมิติ เช่นการมองเห็นสภาพแวดล้อมจริงระหว่างเยี่ยมบ้านกับการใช้โทรศัพท์อาจจะต่างกัน ส่งผลต่อคำแนะนำที่จะให้ผู้ป่วยได้

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาการติดตามดูแลสุขภาพแบบทางไกลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นการนำแนวทางนี้ไปประยุกต์ใช้แทนการเยี่ยมที่บ้านหรือใช้ร่วมกันอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในอนาคตที่สะดวกและถือเป็นการให้บริการสุขภาพแบบวิถีใหม่ News Normal สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านของเวชกรรมสังคมในโรงพยาบาลสามารถนำแนวทางการติดตามดูแลสุขภาพทางไกล (telehealth) ไปใช้ในการการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ แทนการพยาบาลที่บ้านได้ในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ในปัจจุบัน

2. ผลการวิจัยนี้ กลุ่มการพยาบาลสามารถนำไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ได้ดังนี้

- 2.1 ด้านบริการพยาบาล ทำให้เกิดการเรียนรู้และเสริมแรงในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านต่างๆ

2.2. ด้านบริหาร ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน Stroke Unit และหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้องค์ความรู้และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ศ.นพ.สมบูรณ์ เทียนทอง คุณศุภวดี ลิมปพานนท์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้โอกาสและให้คำปรึกษาจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จ ขอขอบคุณ คุณอนุสรณ์ แข่งขัน หัวหน้าหอผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการบันทึกข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ชนากานต์ อนันตริยกุล, นิยะดา ชินะศรี. ผลการติดตามดูแลสุขภาพทางไกลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):197-211.

Suggested citation for this article

Anuntariyakoon C, Chinasri N. The effect of Telehealth on Quality of Life and Activity of Daily Living (ADL) in Cerebrovascular Patients at Phaholpolphayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):197-211.

เอกสารอ้างอิง

1. พรพจน์ ประภาอนันตชัย, สมบัติ มุ่งทวีพงษา. กลุ่มอาการสมองขาดเลือด. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2557;30:24-34.
2. เพ็ญแข แดงสุวรรณ. Stroke: มาตรการเจ็บ ระวังภัย ห่างไกล โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ; 2550.
3. World Health Organization. Life course perspective on coronary heart disease stroke and diabetes Key issues and implications for policy and research summary report of a meeting of experts 2 - 4 May 2001. Geneva. Noncommunicable Disease and mental health cluster. 2001.

4. Summers D, Leonard A, Wentworth D, Saver JL, Simpson J, Spilker JA, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: A scientific statement from the American Heart Association. Stroke. 2009;40(8):2911-44.
5. นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
6. วาสนา มุลฐี, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สิริรัตน์ สีสัจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล. 2559;31(1):95-110.
7. Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives: proceedings of the joint meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2-3 1993. Berlin: Springer-Verlag; 1994.
8. Pro Health Ware [Internet]. Vancouver: Pro Health Ware; 2018. Difference between Telemedicine and Telehealth. 2018 [Cited 2023 Feb 13]; [about 1 p.]. Available from: <https://prohealthware.com/difference-between-telemedicine-and-telehealth/>
9. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
10. ณาตยา โสณน้อย, อุษาวดี อัครวิเศษ, ประภาพรรณ ปุ่นอุดม, นงนุช เตชะวีระกร, เสรี สิงหนัดกิจ. ผลของการบูรณาการสหสาขาวิชาชีพติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยโปรแกรม Telehealth ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2565;33(2):84-100.
11. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland state medical Journal. 1965;14:56-61.
12. กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; c2023. เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ค. 2566]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/test/whoqol/>
13. สุริรัช มั่นคง, พิสมัย นพรัตน์, ณาตยา ปัญญาคม. ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลท่าปลา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(1):96-107.

14. บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, สุภาภรณ์ ค่วงแพง, ฉันทนา จันทวงศ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อการทำหน้าที่การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560;11(2):28-37.
15. แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;27(4):66-76.
16. ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ, ชาญวัฒน์ ขวณตันติกมล, พิชญ์ พหลภาคย์, สว่างจิต สุรอมรกุล. ผลการติดตามสุขภาพทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2564;65(ฉบับเพิ่มเติม):575-90.
17. ณัฐนันท์ อูสายพันธ์, โสภิตา สันธุมิตร, นิภา เทพสิมานนท์. การพัฒนาระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2559;3(1):85-93.
18. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุดา ลาภภักดี, พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
19. นพวรรณ ผ่องใส. ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.

การศึกษาคุณลักษณะของผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ตรวจ rapid SARS - CoV - 2 antigen test เป็นบวก แต่ด้วยวิธี RT - PCR ได้ผลลบ ณ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Characteristics of suspected COVID - 19 cases with positive rapid
SARS - CoV - 2 antigen test but negative RT - PCR test at Institute
for Urban Disease Control and Prevention

เขมกร เทียงทางธรรม, ณัฐมา รongมาลี, กมลทิพย์ อัสวรวานันต์,
สุพัตรา นิลศิริ, ภักพร พานวิจิตรกุล
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Khammakorn Thiangthangthum, Nattama Rongmalee,
Kamolthip Atsawawaranunt, Supattra Ninsiri, Pakkaporn Panwjitkul
Institute for Urban Disease Control and Prevention

Received 2023 Apr 20, Revised 2023 May 25, Accepted 2023 May 29

DOI: 10.14456/iudcj.2023.26

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้รับบริการที่มีผลการตรวจชุดตรวจหาแอนติเจนแบบรวดเร็วด้วยตนเอง (rapid SARS - CoV - 2 antigen test หรือ Antigen test kit (ATK)) เป็นบวก และเข้ารับการตรวจยืนยันที่คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ด้วยวิธี Realtime RT - PCR ได้ผลลบ ระหว่างวันที่ 1 - 31 มีนาคม 2565 จำนวน 61 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบบันทึกข้อมูล ICN TRACKING ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และมีการติดตามผลการตรวจยืนยันซ้ำอีกครั้งด้วย RT - PCR จากหน่วยงานอื่น วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 61 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.02 เพศชาย ร้อยละ 40.98 อายุเฉลี่ย 33.39 ปี อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 36.07 อาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 47.53 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.31 ประวัติความเสี่ยงคือ ใกล้ชิดผู้ป่วย ร้อยละ 63.93 รองลงมาคือ อยู่ในพื้นที่เสี่ยง ร้อยละ 34.43 ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อย่างน้อย 1 เข็ม ร้อยละ 95.08 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการ

ฉีดวัคซีน 3 เข็ม ร้อยละ 63.93 มีอาการแสดง ร้อยละ 77.05 และพบว่า ร้อยละ 36.07 ไปรับการตรวจซ้ำอีกในระยะเวลาไม่เกิน 3 วัน และพบผลตรวจ Detected ร้อยละ 81.82 ของคนที่ตรวจซ้ำ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการ ร้อยละ 68.18 และได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว ร้อยละ 72.73 การพิจารณาการรักษาและการป้องกัน นอกจากผลการตรวจด้วยวิธี RT PCR ที่เป็นวิธีที่ได้มาตรฐานแล้ว ควรพิจารณาถึงการคัดกรองเรื่องอาการและประวัติเสี่ยงร่วมด้วย ผู้ที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดและ/หรือมีอาการที่เข้าได้กับโควิด 19 ควรแยกตัวหรือกักตัวจนครบตามแนวทางของกรมการแพทย์

คำสำคัญ: คุณลักษณะ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ชุดตรวจหาแอนติเจนแบบรวดเร็วด้วยตนเอง

Abstract

This is a descriptive study aimed to analyze the clinical characteristics of suspected cases with positive rapid SARS - CoV - 2 antigen test who have negative RT - PCR results at the acute respiratory infection clinic, Institute for Urban Disease Control and Prevention as a process to confirm Coronavirus disease 2019 (COVID - 19). Sample groups consisted of 61 patients who visited between 1 - 31 March 2022. The data was retrieved from the ICN TRACKING form, Institute for Urban Disease Control and Prevention. Data analysis was performed by the descriptive statistic to display the frequency, percentage, average and standard deviation.

The results revealed that within 61 cases, 59.02% were female, 40.98% were male with average age of 33.39 years and 67.21% were between the age of 30 - 39 years. All were Thai nationals. The main occupation was company employee (47.54%) and 21.31% reported having at least one underlying disease. The risks of transmission reported were close to the patients (63.93%) followed by being in a risky area (34.43%). Most cases (95.08%) received at least 1 dose of COVID - 19 vaccine while 63.93% have already received 3 doses of vaccine. 77.05% were symptomatic. About one - third (36.07%) reported repeating their RT - PCR tests again within 3 days and 81.82% of the repeated results were positive. 68.18% of those who repeated their RT - PCR tests were symptomatic and 72.73% are vaccinated with at least 1 dose.

In addition to the treatment and prevention following testing with the standardized method, RT - PCR, screening for symptoms and risk history should also be considered. Those with history of close contact and/or having symptoms should quarantine or isolate themselves according to the Department of Medical Services guideline.

Keywords: Characteristics, COVID - 19, rapid SARS - CoV - 2 antigen test

บทนำ

ประเทศไทยเผชิญกับการระบาดของโรค COVID - 19 ตั้งแต่ปี 2563⁽¹⁻³⁾ โดยระลอกแรกที่เกิดการแพร่ระบาดในประเทศไทย พบการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน ในสนามมวย และสถานบันเทิง จึงได้ประกาศปิดเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งแรกเมื่อ เดือนมีนาคม 2563⁽²⁾ ต่อมาการระบาดระลอกที่ 2 ได้เกิดขึ้นอีกครั้ง เมื่อกลางเดือนธันวาคม 2563 มีศูนย์กลาง การระบาดอยู่ที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นศูนย์กลางการค้า อาหารทะเลขนาดใหญ่ของประเทศ และเชื่อมโยงไปในสถานประกอบการ โรงงาน และชุมชน ใกล้เคียง ในหลายจังหวัดทั่วประเทศ หลังจากนั้นการระบาดระลอกที่ 3 ได้เริ่มต้นอีกครั้ง เดือน เมษายน 2564 ในสถานบันเทิงย่านทองหล่อ - เอกมัย แคมป์คนงาน ในกรุงเทพมหานคร และคลัสเตอร์เรือนจำราชวินาส ซึ่งพบว่า การระบาดครั้งนี้มาจากหลายสายพันธุ์ โดยเฉพาะสายพันธุ์เดลต้า ที่มาจากประเทศอังกฤษ สามารถแพร่กระจายเชื้อได้รวดเร็ว และอาการรุนแรง การระบาดระลอกที่ 4 ช่วง มกราคม 2565⁽²⁾ พบการระบาดสายพันธุ์โอไมครอนในประเทศไทย ซึ่งครั้งแรกพบในแอฟริกาใต้ก่อน และแพร่ระบาดไปหลายจังหวัดทั่วประเทศ โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง จากข้อมูล รายงานสถานการณ์ COVID - 19 ในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 1 เมษายน 2565 พบว่า ผู้ติดเชื้อ รวมทั้งประเทศ 1,433,291 ราย เสียชีวิต 3,524 ราย (ร้อยละ 0.25)⁽⁴⁾ พื้นที่กรุงเทพมหานคร พบผู้ป่วยรายงาน 198,440 ราย โดยในวันที่ 1 เมษายน 2565 พบผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 3,350 ราย ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ⁽⁴⁻⁵⁾

ด้วยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ที่มีรายงานการพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในชุมชนและสถานประกอบการหลายแห่ง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศ เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2564⁽⁶⁾ เรื่องการใช้ชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS - CoV - 2 (เชื้อก่อโรค COVID - 19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID - 19 Antigen test self - test kits) พ.ศ 2564 ซึ่งในประเทศไทยมักใช้คำว่า antigen test kit (ATK) เพื่อให้การเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁻⁸⁾ ข้อดีคือสะดวก รวดเร็ว ตรวจเองได้ แต่ความไว ความจำเพาะ ความถูกต้องไม่เท่ากับการตรวจด้วยวิธี real - time RT - PCR ที่ได้มาตรฐาน จากข้อมูล การศึกษาวิจัยของ Chutikan⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการตรวจ คัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ATK แก่ผู้ป่วยก่อน ผ่าตัดพบว่า ความไวและความจำเพาะของชุด ตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 มีศักยภาพในการใช้งานที่รวดเร็วโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีความชุกสูง Jorn Rohde⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษา ในสถานพยาบาล 40 แห่งใน ประเทศเยอรมนี พบว่า ความไว 78.3% และความจำเพาะ 99.5% เมื่อเทียบกับ RT - PCR ด้วยความชุก 9.5% ค่าการทำนายเชิงบวกคือ 93.9% และค่าการทำนายเชิงลบคือ 97.8% ชุดทดสอบนี้เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการสนับสนุนการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีอาการ

วันที่ 1 มีนาคม 2565 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์⁽¹¹⁾ ได้มีการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 (COVID - 19) ครั้งที่ 20 โดยกำหนดให้การเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาเชื้อ SARS - CoV - 2 โดยวิธี ATK หรือ RT - PCR ซึ่งถ้าผู้ป่วยตรวจด้วยชุดตรวจ ATK ที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ด้วยตนเองแล้วได้ผลบวกให้ดำเนินการดูแลรักษาเสมือนเป็นผู้ป่วย COVID - 19 ส่วนผล RT - PCR ยืนยัน พิจารณาในรายที่มีอาการรุนแรง เพื่อความแน่นอนในการวินิจฉัย^(12 - 13)

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการเฝ้าระวังคัดกรองและป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเขตเมือง โดยเปิดคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน โดยดำเนินการคัดกรอง ชักประวัติ ให้คำแนะนำ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และส่งต่อเพื่อการรักษาโดยคัดกรองผู้มารับบริการตามนิยามผู้ป่วยในการเฝ้าระวังคัดกรอง และป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สถานพยาบาล (ณ วันที่ 1 มีนาคม 2565)⁽¹¹⁾ มีกลุ่มผู้รับบริการที่ตรวจ ATK ด้วยตนเองได้ผลเป็นบวก แต่ ผล RT - PCR เป็นลบจำนวนหนึ่งหรือเรียกว่า ผลบวกปลอม (False Positive) อยู่จำนวนหนึ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณลักษณะของผู้รับบริการกลุ่มนี้ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและเป็นข้อกำหนดในการติดตามอาการและผลการรักษาเพิ่มเติม และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคลดจำนวนผู้ติดเชื้อภายในประเทศลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้รับบริการที่มีผลการตรวจ ATK ด้วยตนเองเป็นบวก และเข้า

รับการตรวจยืนยันที่คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ด้วยวิธี RT - PCR ได้ผลลบ

2. เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแนวทางการคัดกรอง การติดตามอาการ และมาตรการทางห้องปฏิบัติการ คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

วิธีการศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้มารับบริการที่มีผลการตรวจ ATK ด้วยตนเองเป็นบวก และเข้ารับการตรวจยืนยัน ด้วยวิธี Real - time RT - PCR ที่คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ระหว่างวันที่ 1 - 31 มีนาคม 2565 จำนวน 2,871 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการที่มีผลการตรวจ ATK ด้วยตนเองเป็นบวก และเข้ารับการตรวจยืนยันที่คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ด้วยวิธี Real - time RT - PCR ได้ผลลบ จำนวน 61 ราย

เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบบันทึกข้อมูล ICN TRACKING ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ วันที่มารับการตรวจ เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่ ประวัติโรคประจำตัว ข้อมูลประวัติปัจจัยเสี่ยง ข้อมูลอาการและอาการแสดง ข้อมูลการรับวัคซีน และการติดตามผลการตรวจยืนยันซ้ำอีกครั้งด้วยวิธี Real - time RT - PCR ภายหลังรับทราบผลตรวจ ภายใน 24 ชั่วโมงจากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูล secondary data ไม่ระบุตัวตน นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม มีการขออนุญาตใช้ข้อมูลจากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้มารับบริการที่มีผลการตรวจ ATK ด้วยตนเองเป็นบวก จำนวนทั้งหมด 2,871 ราย และเข้ารับการตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อ SARS - CoV - 2

ด้วยวิธี Real - time RT - PCR ที่คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ในระหว่างวันที่ 1 - 31 มีนาคม 2565 พบผลตรวจ Not Detected จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.12

กลุ่มตัวอย่างมีสัญชาติไทยทั้งหมด เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.02 เพศชาย ร้อยละ 40.98 อายุเฉลี่ย 33.39 ปี (SD $\pm$ 11.30) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 20 - 39 ปี ร้อยละ 67.21 อาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 47.53 ให้ประวัติว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.31 โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ ร้อยละ 46.15 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 61 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	40.98
หญิง	36	59.02
กลุ่มอายุ		
< 12 ปี	2	3.28
12 - 19 ปี	2	3.28
20 - 29 ปี	19	31.15
30 - 39 ปี	22	36.07
40 - 49 ปี	12	19.66
50 - 59 ปี	2	3.28
มากกว่า 60 ปี	2	3.28
ค่าต่ำสุด = 8 , ค่าสูงสุด = 68 , ค่าเฉลี่ย = 33.39 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $\pm$ 11.30		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สัญชาติ		
ไทย	61	100.00
อาชีพ		
พนักงานบริษัท	29	47.53
ข้าราชการ	7	11.48
นักเรียน, นักศึกษา	7	11.48
ค้าขาย, เจ้าของกิจการ	6	9.84
รับจ้างทั่วไป	5	8.19
ว่างงาน	4	6.56
บุคลากรทางการแพทย์	2	3.28
เกษตรกร	1	1.64
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	48	78.69
มี	13	21.31
โรคภูมิแพ้	6	4 6.15 (n = 13 ราย)
โรคเบาหวาน	5	38.46
โรคหอบหืด	1	7.69
โรคเส้นประสาทไขสันหลัง	1	7.69
โรคความดันโลหิตสูง	1	7.69
ไขมันในเส้นเลือดสูง	1	7.69

ส่วนที่ 2 ประวัติความเสี่ยง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีประวัติความเสี่ยงคือ ใกล้ชิดผู้ป่วย ร้อยละ 63.93 โดยใกล้ชิดคนในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 51.28 ประวัติความเสี่ยงรองลงมาคือ อยู่ในพื้นที่เสี่ยง ร้อยละ 34.43 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละประวัติความเสี่ยง ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 61 ราย)

ประวัติความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
ใกล้ชิดผู้ป่วย	39	63.93
ครอบครัว	20	51.28 (n = 39 ราย)
ที่ทำงาน	10	25.64
เพื่อน	9	23.08
อยู่ในพื้นที่เสี่ยง	21	34.43
บุคลากรทางการแพทย์	1	1.64

ส่วนที่ 3 การรับวัคซีนป้องกันโรค โควิด 19

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ฉีดวัคซีนป้องกันโรค โควิด 19 ร้อยละ 95.08 โดยส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีน 3 เข็ม ร้อยละ 63.93 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการได้รับวัคซีนป้องกันโรค โควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 61 ราย)

การรับวัคซีน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ฉีด	3	4.92
ฉีด	58	95.08
1 เข็ม	3	4.92
2 เข็ม	8	13.11
3 เข็ม	39	63.93
>3 เข็ม	8	13.11

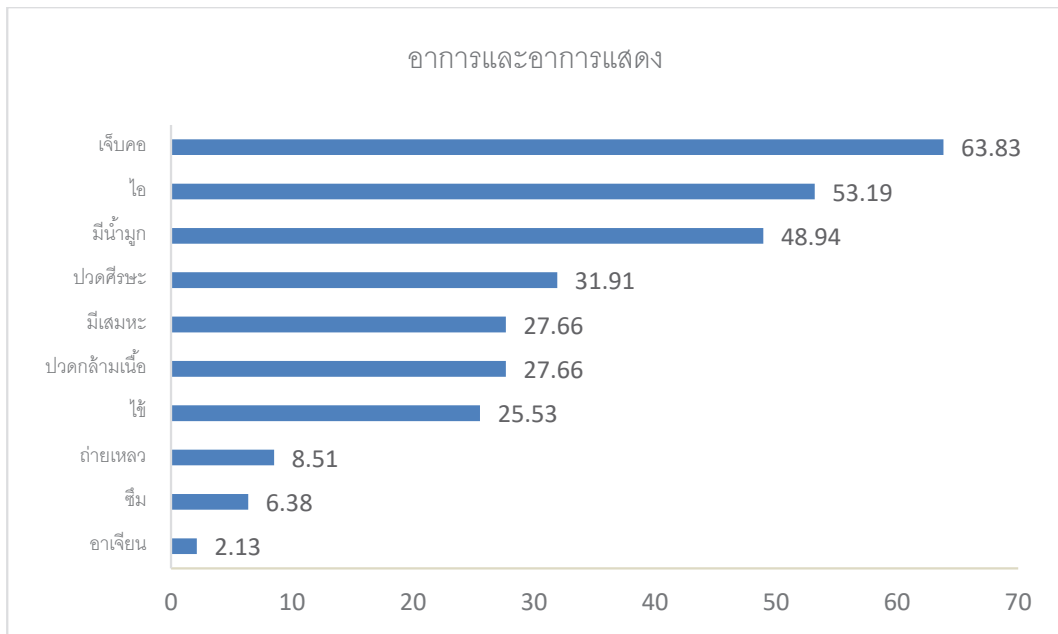
ส่วนที่ 4 อาการแสดง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีอาการ ร้อยละ 77.05 โดยพบว่ามีอาการเจ็บคอมากที่สุด ร้อยละ 63.83 รองลงมา อาการไอ ร้อยละ 53.19 และมีน้ำมูก ร้อยละ 48.94 (ตารางที่ 4 และแผนภูมิที่ 1)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละอาการแสดง ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 61 ราย)

อาการแสดง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	14	22.95
มี	47	77.05

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละอาการและอาการแสดง ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 47 ราย)



ส่วนที่ 5 การติดตามการตรวจยืนยันซ้ำอีกด้วย RT - PCR

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ไม่ได้ไปตรวจยืนยันซ้ำอีกครั้ง ด้วย RT - PCR แต่มีกลุ่มที่ไปรับการตรวจยืนยันซ้ำ ด้วย RT - PCR จากหน่วยงานอื่นอีก ร้อยละ 36.07 ในระยะเวลาไม่เกิน 3 วัน พบว่าผลตรวจ Detected ร้อยละ 81.82 โดยเป็นกลุ่มที่มีอาการแสดง ร้อยละ 68.18 และได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว ร้อยละ 72.73 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการตรวจยืนยันซ้ำด้วย Real time - PCR ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 61 ราย)

การตรวจยืนยันซ้ำด้วย Real time - PCR	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ตรวจ	39	63.93
ตรวจ	22	36.07
Not Detected	4	18.18
Detected	18	81.82
มีอาการ	15	68.18 (n = 22 ราย)
ฉีดวัคซีน	16	72.73 (n = 22 ราย)

สรุปผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการที่มีผลการตรวจ ATK ด้วยตนเองเป็นบวก และเข้ารับการตรวจยืนยันที่คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ด้วยวิธี RT - PCR ได้ผลลบ จำนวน 61 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.02 เพศชาย ร้อยละ 40.98 อายุเฉลี่ย 33.39 ปี (SD = 11.30) อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 36.07 อาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 47.53 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.31 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ ร้อยละ 46.15 ประวัติความเสี่ยงคือ ใกล้ชิดผู้ป่วย ร้อยละ 63.93 โดยใกล้ชิดคนในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 51.28 ประวัติความเสี่ยงรองลงมาคือ อยู่ในพื้นที่เสี่ยง ร้อยละ 34.43 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อย่างน้อย 1 เข็ม ร้อยละ 95.08 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีน 3 เข็ม ร้อยละ 63.93 มีอาการแสดง ร้อยละ 77.05 พบอาการเจ็บคอมากที่สุด ร้อยละ 63.83 รองลงมาอาการไอ ร้อยละ 53.19 และมีน้ำมูก ร้อยละ 48.94 และพบว่า ร้อยละ 36.07 ไปรับการตรวจซ้ำอีก ในระยะเวลาไม่เกิน 3 วัน และพบผลตรวจ Detected

ร้อยละ 81.82 ของผู้ที่ได้รับการตรวจซ้ำ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการ ร้อยละ 68.18 และได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว ร้อยละ 72.73

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การตรวจ ATK ด้วยตนเอง มีโอกาสพบผลบวกлож (False Positive) และผลลบлож (False Negative) ได้^(8,14) โดยผลบวกлож อาจเกิดได้จาก 1) ชุดตรวจไม่ได้มาตรฐาน 2) เกิดผลบวกต่อเชื้อจุลชีพชนิดอื่น (cross reaction) 3) การอ่านผลเกินเวลาที่ระบุในชุดตรวจ 4) บริเวณที่ทำการทดสอบเกิดการปนเปื้อนของเชื้อ หรือเพราะค่าความไวของชุดตรวจ ATK ด้วยตนเอง แต่ละชนิดไม่เท่ากัน แม้ใช้ชุดตรวจ ATK ที่ได้รับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ทั้งในกลุ่มที่มีและไม่มีอาการแสดง มีประวัติเสี่ยงชัดเจน และเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มาแล้ว การตรวจยืนยันเพิ่มเติมด้วย Real - time RT - PCR ก็ยังเป็นวิธีมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ และใช้กัน

อย่างแพร่หลายในการตรวจยืนยันหาเชื้อ SARS-CoV-2 เนื่องจากมีความไว ความจำเพาะสูง⁽¹⁵⁾ แต่บางครั้งผลการตรวจ ด้วย Real-time RT-PCR อาจเกิดผลลบปลอม (false negative) ได้เช่นกันจากหลายสาเหตุ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่มีเชื้อน้อย 2) การเก็บตัวอย่างไม่เหมาะสม ทำให้ได้ตัวอย่างที่มีเชื้อน้อยจนไม่สามารถตรวจพบได้ 3) ชนิดของตัวอย่างไม่เหมาะสม เนื่องจากบริษัทมีการทดสอบความถูกต้องของน้ำยา (validation) ตามที่ระบุในคู่มือว่าสามารถใช้กับตัวอย่างชนิดใด 4) น้ำยาที่เลือกใช้ในการตรวจวิเคราะห์มีความไวต่ำ (sensitivity) 5) การเปลี่ยนแปลงลำดับสารพันธุกรรมของเชื้อ หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ (mutation)

ข้อเสนอแนะ

การให้บริการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานบริการ นอกจากข้อมูลการซักประวัติ อาการ ประวัติเสี่ยง แล้ว ควรมีการระบุเพิ่มเติมข้อมูลผลการตรวจ ATK เพื่อให้เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทราบ เพื่อหากเกิด ผลบวกหลวง (False Positive) ภายหลังตรวจด้วย Real-time RT-PCR แล้ว ควรมีการตรวจซ้ำตัวอย่างเดิมด้วยน้ำยาที่ตรวจยืนยันต่างชนิดกัน หรือทำการส่งตัวอย่างที่นั้นไปตรวจยืนยันยังห้องปฏิบัติการอ้างอิง⁽¹⁶⁾ เพื่อยืนยันความถูกต้อง และสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการ

กรณีที่ตรวจด้วย Real-time RT-PCR ผล Not Detected ในกลุ่มที่มีอาการแสดง และ/หรือ มีประวัติเสี่ยงชัดเจน ควรแนะนำให้ดำเนินการตามมาตรการ DMHTT ร่วมกับการแยกกักตนเอง หรือกักตัวต่อจนครบกำหนดตามแนวทางของกรมการแพทย์⁽¹¹⁾

ผู้ป่วยที่มี PUI (Patient Under Investigation) หรือมีอาการระบบทางเดินหายใจ ร่วมกับการตรวจ COVID-19 ATK ด้วยตัวเองได้ผลบวก หรือได้ผลลบแต่ได้รับการตรวจยืนยันด้วย COVID-19 ATK ซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญ ควรถือว่าเป็นผู้ป่วยโควิด และควรได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางของกรมการแพทย์⁽¹¹⁾

การตรวจด้วย RT-PCR ที่มีต้นทุนที่สูงกว่า และใช้เวลานานกว่า ควรทำเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงหรือไม่แน่ใจ เท่านั้น เหมือนในปัจจุบันที่ปฏิบัติกันในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วไป

กลุ่มที่ตรวจ RT-PCR ได้ผลลบแล้วยังมีอาการของระบบทางเดินหายใจ ควรนัดมาตรวจซ้ำที่สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ในกลุ่มที่มีผลการตรวจ Real-time RT-PCR ที่มีผล Not Detected และเป็นการติดตามการตรวจซ้ำอีกภายหลังจากหน่วยงานอื่น จึงทำให้ไม่ทราบค่า cycle threshold (Ct) ซึ่งจะช่วยในการวิเคราะห์สาเหตุการเกิดผลลบปลอมของการตรวจด้วยวิธี Real-time RT-PCR

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เขมกร เทียงทางธรรม, ณัฐมา รongมาลี, กมลทิพย์ อัศววรานันต์, สุพัตรา นิลศิริ, ภัคพร พานวิจิตรกุล. การศึกษาคุณลักษณะของผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ตรวจ rapid SARS - CoV - 2 antigen test เป็นบวก แต่ด้วยวิธี RT - PCR ได้ผลลบ ณ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):212-224.

Suggested citation for this article

Thiangthangthum K, Rongmalee N, Atsawawaranunt K, Ninsiri S, Panwijitkul P. Characteristics of suspected COVID - 19 cases with positive rapid SARS - CoV - 2 antigen test but negative RT - PCR test at Institute for Urban Disease Control and Prevention. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):212-224.

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ และข้อมูลระบบเฝ้าระวัง 5 มิติ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2564.
2. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, บรรณาธิการ. แผนและมาตรการ Endemic การบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID - 19). กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัย. เรียนรู้วิจัยระบบและนโยบายสุขภาพของไทยและโลกจากโควิด 19. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563;14(4):375-376.
4. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด 19 (ศบค.) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; c2022. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID - 19); 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ก.พ. 2566]; [ประมาณ 10 น.]. เข้าถึงได้จาก: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/310365.pdf
5. พันธนิย์ ธิติชัย, ภันธิลา ทวีวิทยาการ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; c2021. รายงานผลการทบทวน สถานการณ์โรคโควิด 19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย; 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ก.พ. 2566]; [ประมาณ 28 น.]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf>

6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; c2022. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 11 กรกฎาคม 2564; 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ม.ค. 2566]; [ประมาณ 9 น.]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=175
7. Matsuda EM, de Campos IB, de Oliveira IP, Colpas DR, Carmo AMDS, Brígido LFM. Field evaluation of COVID - 19 antigen tests versus RNA based detection: Potential lower sensitivity compensated by immediate results, technical simplicity, and low cost. *J Med Virol.* 2021;93(7):4405 - 10.
8. ศิวนาฏ พิระเชื้อ, กัญจน์ วชิรังสีมันต์. ความถูกต้องในการตรวจวินิจฉัยของชุดทดสอบแอนติเจนอย่างรวดเร็วในการระบุผู้ป่วยติดเชื้อโควิด19 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. *วารสารสาธารณสุขล้านนา [อินเทอร์เน็ต].* กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2566];17(2):14 - 25. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/255102/173877>
9. Chaimayo C, Kaewnaphan B, Tanlieng N, Ahipanyasilp N, Sirijatuphat R, Chayakulkeeree M, et al. Rapid SARS - CoV - 2 antigen detection assay in comparison with real - time RT - PCR assay for laboratory diagnosis of COVID - 19 in Thailand. *Virology journal.* 2020;17(1):1-7.
10. Rohde J, Himmel W, Hofinger C, Lam T, Schrader H, Wallstabe J, et al. Diagnostic accuracy and feasibility of a rapid SARS - CoV - 2 antigen test in general practice - a prospective multicenter validation and implementation study. *BMC Primary Care* [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 20];13:1 - 9. Available from: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-022-01756-1>
11. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; c2022. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 1 มีนาคม 2565; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2565]; [ประมาณ 11 น.] เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=161
12. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; c2022. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 1 มีนาคม 2565; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2565]; [ประมาณ 10 น.] เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=164

13. Fernandez - Montero A, Argemi J, Rodríguez JA, Arino AH, Moreno - Galarraga M. Validation of a rapid antigen test as a screening tool for SARS - CoV - 2 infection in asymptomatic populations. Sensitivity, specificity and predictive values. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 20];37:1 - 6. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589 - 5370\(21\)00234 - 0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589 - 5370(21)00234 - 0/fulltext)
14. ไมลา อิศระสงคราม. การประเมินประสิทธิภาพของชุดตรวจ Antigen Test Kits 3 บริษัทผู้ผลิตที่นำเข้ามาในประเทศไทยในการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19. วารสารสำ นักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2566];20(1):36 - 48. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci - thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/255703>
15. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. การตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2020 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://nih.dmsc.moph.go.th/data/data/64/covid/covid_lab16102020.pdf
16. U.S. FOOD & DRUG ADMINISTRATION [Internet]. United States: FDA; 2021. Genetic Variants of SARS - CoV - 2 May Lead to False Negative Results with Molecular Tests for Detection of SARS - CoV - 2 - Letter to Clinical Laboratory Staff and Health Care Providers; 2021 [cited 2023 Mar 28]; [about 1 p.] Available from: <https://www.fda.gov/medical-devices/letters-health-care-providers/genetic-variants-sars-cov-2-may-lead-false-negative-results-molecular-tests-detection-sars-cov-2>
17. Cloud JL, Hymas W, Carroll KC. Impact of nasopharyngeal swab types on detection of *Bordetella pertussis* by PCR and culture. *Journal of Clinical Microbiology*. 2002;40(10):3838-40.
18. Jindal H, Jain S, Suvvari TK, Kutikuppala L, Rackimuthu S, Rocha ICN, Goyal S, Radha. False - Negative RT - PCR Findings and Double Mutant Variant as Factors of an Overwhelming Second Wave of COVID - 19 in India: an Emerging Global Health Disaster. *SN Compr Clin Med*. 2021;3(12):2383-8.

การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในกรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ เปรียบเทียบชายแดนไทย - สปป.ลาว จังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์

Public Health Emergency Management on COVID - 19 pandemic
comparative study between
Thai - Laos Nong Khai Province and Vientiane

รวัชชัย เหลืองศิริ, ทกณ เตียวศิริชัยสกุล, สุรัชชัย กิจติกา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Tawatchai Luangsiri, Thapon Tiawsirichaisakul, Surachai Kittikan

Nong Khai Provincial Health Office

Received 2023 Apr 21, Revised 2023 May 23, Accepted 2023 May 25

DOI: 10.14456/iudcj.2023.27

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ (Contextual participatory) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ชุมชนชายแดน 5 อำเภอเมืองคู่ขนาน จังหวัดหนองคาย กับ นครหลวงเวียงจันทน์ เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ในรูปแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent Design) โดยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน โดยข้อมูลเชิงปริมาณการใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ให้ข้อมูลประกอบไปด้วยบุคลากรทางสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่ปฏิบัติหน้าที่ และประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนชายแดน 5 อำเภอเมืองคู่ขนาน ไทย - ลาว เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ ทักษะการป้องกัน ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนชายแดนระหว่าง 5 อำเภอ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างรุนแรง ระหว่างปี 2563 - 2564

ผลการวิจัยพบว่า พื้นที่ชุมชนชายแดน 5 อำเภอเมืองคู่ขนาน ในจังหวัดหนองคาย มีการดำเนินงานเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 นี้ โดยบุคลากรสาธารณสุข

ซึ่งเป็นแกนหลัก ได้ปฏิบัติงานในรูปแบบของศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center, EOC) ซึ่งมีโครงสร้างและหน้าที่ตามองค์ประกอบหลักที่สำคัญของ EOC ได้แก่ กลุ่มผู้บัญชาการเหตุการณ์และผู้ประสานงาน (Incident Commander & Liaison) ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ทีมดูแลรักษาผู้ป่วย (Case Management) ทีมปฏิบัติงานในพื้นที่ (Operation) ทีมสื่อสารและประชาสัมพันธ์ (Information/Risk Communication) และทีมสนับสนุน (Logistic) ยึดหลักนโยบาย และคำสั่งการของผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคายเป็นหลัก ซึ่งดำเนินการภายใต้มาตรการในทางกฎหมาย และมาตรการทางสาธารณสุขควบคู่กัน เน้นและให้ความสำคัญกับการค้นหาผู้ติดเชื้อ ตรวจสอบ ควบคุม และดูแลสถานที่ที่ประกาศปิดหรือสถานที่ที่ได้รับการผ่อนคลาย การตั้งจุดคัดกรองเพื่อควบคุมและจำกัดการนำเชื้อเข้าไปในพื้นที่ การทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะต่าง ๆ รวมทั้งการให้สุขศึกษา การสื่อสารความเสี่ยง และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และคำแนะนำประชาชนเกี่ยวกับวิธีป้องกันโรคที่ถูกต้อง โดยให้ความสำคัญกับการจัดตั้งทีมปฏิบัติการในชุมชนที่ดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค ระบบการบริหารจัดการสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ใน 5 อำเภอเมืองคู่ขนาน และจังหวัดหนองคาย เกิดการดำเนินงานร่วมกันแบบบูรณาการในหลายภาคส่วน ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันบ้างในแต่ละอำเภอ แต่ทั้งหมดจะอยู่ภายใต้นโยบายของรัฐบาลและประกาศของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการขับเคลื่อนตามนโยบายหรือคำสั่งการในการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในสถานการณ์ปัจจุบัน และมีการเตรียมความพร้อมในทุกภาคส่วนทั้งบุคลากร ความรู้ทางวิชาการและการรับมือภายในหน่วยงาน

คำสำคัญ: ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข, โรคโควิด 19, เมืองคู่ขนาน

Abstract

This was a research and development study that used the contextual participatory method. The study aimed to assess and develop public health emergency management during the COVID - 19 pandemic in five districts located at the Thai - Laos border between Nong Khai province and Vientiane. This was a mixed method research with a concurrent design that located and analyzed both quantitative and qualitative data. Questionnaires were used to collect quantitative data while in - depth interviews and focus groups discussions were used to collect qualitative data. The key informants were health personnel who were civil servants and responsible for the people living in the five districts located at the Thai - Laos border, where COVID - 19 were widely transmitted between 2020 and 2021.

The results showed that the five districts located at the Thai - Laos border between Nong Khai Province conducted public health emergency management during the COVID - 19 pandemic by using health personnel as a focal point working at Emergency Operating

Center (EOC). The EOC had an administrative structure and roles which included the incident commander and liaison, The situation awareness team: (SAT), the case management team, the operation team, the information/risks communication team, and the logistic team, in accordance with the policy and orders of the Governor of Nong Khai province based on the law and public health measures. The priority was given to case finding, contact tracing, containment, the establishment of strict or less strict areas, screening checkpoints to control and restrict the spread of COVID - 19 in the community, cleaning public areas, providing health education, risk communication, awareness campaigns, and making recommendations on correct disease prevention among the people. Additionally, priority was given to the Operation Team within the communities to implement disease prevention and control base on the management system of Public Health Emergency Management in the five districts located at the Thai - Laos border. Work was integrated by multi - agencies. While each district's management approach might differ slightly, they all adhered to cabinet policy and Ministry of Public Health regulations by mobilizing resources according to policy and measures of surveillance, control, and prevention of disease transmission. This included preparation in all sections in particular human resources and technical knowledge and response within an organization.

Keyword: Public Health Emergency, COVID - 19, Twin City

บทนำ

จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 อย่างรุนแรงในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2566 ที่ผ่านมานับเป็นสถานการณ์ที่สร้างความเสียหายในหลายด้านแก่ประชากรทั่วโลกได้เป็นอย่างมาก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งต้องเผชิญกับวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ดังกล่าว ระยะเวลา 2 ปี ตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึง วันที่ 1 ตุลาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อในประเทศ รวม 4,634,606 ราย ผู้เสียชีวิต 32,771 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.71⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า การระบาดของโรคโควิด 19

ในครั้งนี้ เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency International Concern: PHEIC) ภายหลังที่โรคเกิดการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันและลดการแพร่ระบาดข้ามพรมแดน และประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) หลายประเทศจำเป็นต้องมีมาตรการห้ามการเดินทางเข้ามาในประเทศ เพื่อป้องกันผู้ติดเชื้อจากนอกประเทศอื่น ๆ เข้ามาแพร่โรคให้แก่ประเทศตนเอง⁽²⁾ ไม่เว้นแม้ประเทศไทย ซึ่งจำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวทางที่ได้รับคำแนะนำ

จากองค์การอนามัยโลกด้วย มีการจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หรือ ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) เป็นกลไกในการบริหารจัดการอย่างบูรณาการกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระดับประเทศ และในระดับพื้นที่หรือจังหวัด กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวทางและให้นโยบายแก่หน่วยงานในสังกัดให้มีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Emergency Operations Center :EOC) กรณีโรคระบาดดังกล่าวในทุกระดับ⁽³⁾ เพื่อเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอย่างใกล้ชิด มีการบริหารจัดการภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System :ICS) มีผู้บริหารสูงสุดหรือผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมในองค์กรเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander :IC) เพื่ออำนวยการ ควบคุม เร่งรัด กำกับ ติดตามและสั่งการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดการปฏิบัติการทุกระดับ มีการประสานงานที่สอดคล้องกันอย่างมีประสิทธิภาพและกลมกลืน จนสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ทุกระยะ

โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงอย่างมาก ซึ่งทุกประเทศจำเป็นต้องมีการจัดการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ที่เป็นรอยต่อชายแดนระหว่างประเทศ⁽⁴⁾ การศึกษารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศในระหว่าง 5 อำเภอเมืองคู่ขนานในจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ กรณีดังกล่าวนี้ จึงเป็นการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการเหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข อันมีสาเหตุมาจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อน ของชุมชนชายแดนระหว่าง

สองประเทศนี้ ซึ่งจะเป็นแนวทางการจัดการปัญหาโรคติดต่ออันตรายชนิดอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้ในอนาคต

จังหวัดหนองคายเป็นจังหวัดชายแดนที่ติดกับแม่น้ำโขง ซึ่งกั้นระหว่างประเทศไทยกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) เป็นเมืองชายแดนที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นเสมือนประตูที่จะก้าวข้ามไปสู่ประเทศในแถบอินโดจีนได้⁽⁵⁾ มีการเดินทางเข้าออกของประชาชนระหว่างสองประเทศได้อย่างสะดวกรวดเร็ว เพราะมีการคมนาคมที่ทันสมัย ประชาชนที่อยู่บริเวณชายแดนทั้งสองฝั่งประเทศ มีประวัติศาสตร์ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม ความเป็นอยู่เชื้อสายเดียวกัน และมีโอกาสการเดินทางไปมาหาสู่กันได้เสมอทั้งในด้าน ที่เป็นช่องทางสากล เช่น สะพานมิตรภาพไทย - ลาว หรือในช่องทางตามธรรมชาติ ซึ่งมีอยู่มากมาย ฉะนั้นในช่วงเวลาการระบาดของโรคโควิด 19 หรือโรคติดต่อร้ายแรงอื่น ๆ ได้เกิดขึ้น จึงมีโอกาสนำแพร่กระจายโรคได้อย่างรวดเร็ว และรุนแรงหากไม่มีการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคอย่างเข้มข้นและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมป้องกัน ในการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนชายแดนระหว่าง 5 อำเภอของจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์
- 2) เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการเหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของ โรคโควิด 19 ในชุมชนชายแดน ระหว่าง 5 อำเภอของจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์

4) เพื่อเสนอข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมา และได้จากการวิจัยให้กับผู้เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินสาธารณสุข ในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (EOC) ต่อไป

งานวิจัยนี้ มุ่งศึกษาศักยภาพของประชาชน ในเรื่องการรับรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมป้องกัน โรคโควิด 19 รวมทั้งระบบการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และรูปแบบกระบวนการจัดการ สถานการณ์การแพร่โรค โควิด 19 ใน 5 อำเภอชายแดนเมืองคู่ขนาน ในจังหวัดหนองคายกับนครหลวง เวียงจันทน์ โดยวิเคราะห์จากหลักการดำเนินการตาม รูปแบบศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข แนวทางและข้อปฏิบัติตามประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน พระราชกำหนดการบริหารราชการฉุกเฉิน พ.ศ. 2548

- รักษาสุขภาพชุมชน
- การรับรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรมป้องกัน
- การมีส่วนร่วม
- ระบบบริการในชุมชน
- ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19

- กลไกการดำเนินงาน
- บริหารจัดการเหตุการณ์
- การวางแผนงาน โครงสร้างการดำเนินงาน
- การบังคับบัญชาสั่งการ
- การประสานงาน การสื่อสาร การแจ้งข้อมูลข่าวสาร
- การควบคุม กำกับ ติดตาม

รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
ในพื้นที่ 5 อำเภอเมืองคูขนาน ในจังหวัดหนองคาย
กับนครหลวงเวียงจันทน์



วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ (Contextual Participatory) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ชุมชนชายแดน 5 อำเภอเมืองคู่ขนานจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ในรูปแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent Design) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ 5 อำเภอเมืองคู่ขนานจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ เกณฑ์การคัดเลือกคือ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนชายแดนไม่ต่ำกว่า 1 ปี ไม่ได้มีบทบาทเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สามารถพูด ฟัง สื่อสารภาษาไทย ภาษาลาวได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มอาสาสมัครผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ด้านป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โดยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน โดยข้อมูลเชิงปริมาณการใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) จำนวน 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในชุมชน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นการวัดความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด 19 รวม 31 ข้อ โดยข้อคำถามได้จากผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง การสอบถามกลุ่มตัวอย่างโดยเจ้าหน้าที่สอบถามเอง ใช้สถานที่ในพื้นที่ชุมชนชายแดน และข้อมูล

เชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In - Depth Interview) จำนวน 63 คน และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มอาสาสมัครผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และในหน่วยงานความมั่นคงในพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลประกอบไปด้วย บุคลากรทางสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่ปฏิบัติหน้าที่ และประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนชายแดน 5 อำเภอเมืองคู่ขนาน ไทย - ลาว โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2565 จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 จากนั้นรวมผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปแบบพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลจากภาคสนาม โดยใช้การศึกษาเปรียบเทียบกับเหตุการณ์และ สรุปอุปนัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามหนังสืออนุมัติเลขที่รับรอง COA No.NKPH81/2565 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่างของ 5 อำเภอเมืองคู่ขนาน จังหวัดหนองคาย จำนวน 353 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 เพศชาย ร้อยละ 42.2 อยู่ในช่วงอายุ 41 - 50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.1 รองลงมาช่วงอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 23.2 ช่วงอายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 19.6 ช่วงอายุ 21 - 56 ปี ร้อยละ 15.9 อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 3.7 และช่วงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.5 การนับถือศาสนา พบว่า ประชากร

กลุ่มตัวอย่าง นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100 เป็นเชื้อชาติไทย มากที่สุด ร้อยละ 98.6 และลาว จำนวน 5 ร้อยละ 1.4 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 98.6 และลาว จำร้อยละ 1.4 ระดับการศึกษา พบว่า มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ป.1 - ป.6) มากที่สุด ร้อยละ 32.0 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 - ม.3) ร้อยละ 31.7 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ม.4 - ม.6) ร้อยละ 17.6 ระดับปริญญาตรี/หรือสูงกว่า ร้อยละ 8.5 ไม่ได้เรียน ร้อยละ 5.4 และระดับ ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 4.8 ด้านอาชีพ พบว่า มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 63.7 เกษตรกร ร้อยละ 16.1 ค้าขาย ร้อยละ 9.6 นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 4.8 รับราชการ ร้อยละ 4.0 และ รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 1.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่างของ นครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว จำนวน 135 คน

พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 เพศชาย ร้อยละ 47.4 อยู่ในช่วงอายุ 31 - 40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 27.4 รองลงมาช่วงอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 26.7 ช่วงอายุ 21 - 30 ปี ร้อยละ 19.3 ช่วงอายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 19.3 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 4.4 และอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 2.9 การนับถือศาสนา พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่าง นับถือศาสนาพุทธ มากที่สุด ร้อยละ 89.6 นับถือผี ร้อยละ 6.7 และศาสนาคริสต์ ร้อยละ 3.7 เป็นเชื้อชาติลาว ทั้งหมด ร้อยละ 100 มีสัญชาติลาว ร้อยละ 99.3 และสัญชาติเวียดนาม ร้อยละ 0.7 ระดับการศึกษา พบว่า มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ป.1 - ป.6) มากที่สุด ร้อยละ 48.9 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ม.4 - ม.6) ร้อยละ 41.5 ระดับ ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 5.9 ระดับปริญญาตรี/หรือสูงกว่า ร้อยละ 3.0 และ ไม่ได้เรียน ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใน 5 อำเภอเมืองสุวรรณ จังหวัดหนองคาย และนครหลวงเวียงจันทน์

ข้อมูลทั่วไป	5 อำเภอเมืองสุวรรณ จังหวัดหนองคาย N= 353 n (ร้อยละ)	นครหลวงเวียงจันทน์ N= 135 n (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	149 (42.2)	64 (47.4)
หญิง	204 (57.8)	71 (52.6)
อายุ		
อายุน้อยกว่า 20 ปี	13 (3.7)	4 (2.9)
21 - 30 ปี	56 (15.9)	26 (19.3)
31 - 40 ปี	82 (23.2)	37 (27.4)
41 - 50 ปี	124 (35.1)	36 (26.7)
51 - 60 ปี	69 (19.6)	26 (19.3)
อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป	9 (2.5)	6 (4.4)

ข้อมูลทั่วไป	5 อำเภอเมืองคูขนาน จังหวัดหนองคาย N= 353 n (ร้อยละ)	นครหลวงเวียงจันทน์ N= 135 n (ร้อยละ)
ศาสนา		
พุทธ	353 (100)	121 (89.6)
คริสต์	0 (0)	5 (3.7)
นับถือผี	0 (0)	9 (6.7)
เชื้อชาติ		
ไทย	348 (98.6)	0 (0)
ลาว / ลาว(ลาวไต, ไท ดำ, ไทแดง, ลื้อ, พวน)	5 (1.4)	135 (100)
สัญชาติ		
ไทย	348 (98.6)	0 (0)
ลาว	5 (1.4)	134 (99.3)
เวียดนาม	0 (0)	1(0.7)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	19 (5.4)	1 (0.7)
ประถมศึกษา (ป.1 - ป.6)	113 (32.0)	66 (48.9)
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 - ม.3)	112 (31.7)	0 (0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช (ม.4 - ม.6)	62 (17.6)	56 (41.5)
ปวส/อนุปริญญา	17 (4.8)	8 (5.9)
ปริญญาตรี/หรือสูงกว่า	30 (8.5)	4 (3.0)
อาชีพ		
รับจ้าง	225 (63.7)	15 (11.1)
รับราชการ	14 (4.0)	9 (6.7)
รัฐวิสาหกิจ	6 (1.7)	0 (0)
ค้าขาย	34 (9.6)	20 (14.8)
เกษตรกร	57 (16.1)	80 (59.3)
นักเรียน/นักศึกษา	17 (4.8)	3 (2.2)
ก่อสร้าง/กรรมกร	0 (0)	8 (5.9)

การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 ในพื้นที่ 5 อำเภอเมืองคูขนาน จังหวัดหนองคาย รู้จักโรคโควิด 19 ร้อยละ 100 อาศัยอยู่ในชุมชนที่เคยไม่เคยมีการระบาดของโรคโควิด 19 ร้อยละ 73.1 และอาศัยอยู่ในชุมชนที่เคยมีการระบาดของโรคโควิด 19 ร้อยละ 26.9 เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ร้อยละ 83.3 และไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ร้อยละ 16.7 หากพบว่ามีผู้ป่วยโควิด 19 ในชุมชนแล้วจะไปแจ้งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มากที่สุด ร้อยละ 58.1 รองลงมาแจ้งญาติพี่น้อง/พ่อแม่ ร้อยละ 18.1 แจ้งผู้ใหญ่บ้าน/นายบ้าน ร้อยละ 9.9 แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 7.6 และไม่เคยแจ้งข่าวใด ๆ ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชนในพื้นที่ 5 อำเภอเมืองคูขนาน จังหวัดหนองคาย

การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคโควิด 19	จำนวน (คน) N=353 n (%)
1. ท่านรู้จักโรคโควิด 19 หรือไม่	
รู้จัก	353 (100)
ไม่รู้จัก	0 (0)
2. ในชุมชนของท่านเคยมีการระบาดของโรคโควิด 19 หรือไม่	
ไม่เคย	258 (73.1)
เคย	95 (26.9)
3. ท่านเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 หรือไม่	
ไม่เคย	59 (16.7)
เคย	294 (83.3)
4. เมื่อท่านพบผู้ป่วยโควิด 19 ในชุมชน/หมู่บ้านแล้วท่านจะไปแจ้งที่ใครเป็นคนแรก	
ผู้ใหญ่บ้าน/นายบ้าน	35 (9.9)
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)/(อสบ.)	205 (58.1)
แจ้งญาติพี่น้อง/พ่อแม่ ทราบ	64 (18.1)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	27 (7.6)
ไม่เคยแจ้งข่าวใด ๆ	22 (6.2)

ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่า มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก (Mean= 10.25, SD=1.06, n=353) ข้อที่มีการตอบไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ การพบผู้ติดเชื้อในพื้นที่แค่เพียง 1 คน ฝ่ายปกครองต้องประกาศปิดเมือง ร้อยละ 79.3 รองลงมาคือการฉีดวัคซีนสามารถรักษาโรคโควิด 19 ได้ถึง 100 % ร้อยละ 58.9 ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติอยู่ในระดับดี (Mean= 4.67, SD=1.06, n=353) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดกับประเด็น “ทุกคนควรมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19” ร้อยละ 98.3 รองลงไปคือ รู้สึกกลัว วิตกกังวล เมื่อได้ยินว่ามีบุคคลที่มาจากจังหวัดที่มีการระบาด เข้ามา

ในหมู่บ้าน ร้อยละ 81.3 ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในช่วงสภาวะวิกฤติของการเกิดโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี (Mean= 4.86, SD=0.610, n=353) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดกับประเด็น “หลีกเลี่ยงการสัมผัสตัว กอด จับมือ กับผู้อื่น” ส่วนผลการศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง ในฝั่งนครหลวงเวียงจันทน์ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 แล้ว ร้อยละ 95.6 ประชาชนมีประสบการณ์การติดเชื้อโรคโควิด 19 น้อย ร้อยละ 2.2 และส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจหาเชื้อโรคโควิด 19 ร้อยละ 97.8 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ของประชาชน ในในพื้นที่ 5 อำเภอเมืองคู่นาน จังหวัดหนองคาย (N=353)

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	จำนวน (ร้อยละ)	
	จริง (%)	เท็จ n (%)
1. โรคโควิด 19 มีความรุนแรงมาก ทำให้เสียชีวิตเป็นส่วนใหญ่	178(50.4)	175(49.6)
2. โรคโควิด 19 ติดต่อผ่านน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ ไอ จาม รดกันจากผู้ติดเชื้อโรค โควิด 19	352(99.7)	1(0.3)
3. การสวมใส่หน้ากากอนามัย และปิดปากปิดจมูก เมื่อ ไอ จาม ช่วยป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค	352(99.7)	1(0.3)
4. การล้างมือด้วยสบู่ 15 - 20 วินาที เป็นการฆ่าเชื้อโรคโควิด 19 อย่างถูกวิธี	336(95.2)	17(4.8)
5. ยาสมุนไพร เช่น ฟ้าทะลายโจร น้ำมะนาว จึง สามารถป้องกันโรคโควิด 19	286(81.0)	67(19.0)

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	จำนวน (ร้อยละ)	
	จริง (%)	เท็จ n (%)
6. การฉีดวัคซีน สามารถรักษาโรคโควิด 19 ได้ 100 %	208(58.9)	145(41.1)
7. การอยู่ในสถานที่แออัด คับแคบ เช่น ตลาด งานบุญ เป็นเวลานาน จะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคโควิด 19	350(99.2)	3(0.8)
8. ผู้ที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ควรรายงานตัวต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อจังหวัดหรือติดต่อไปยัง รพ.จังหวัด รพ.อำเภอ หรือแสดงตัวต่อผู้นำชุมชนและ อสม. เพื่อกักตัวเป็นเวลา 14 วัน	346(98.0)	7(2.0)
9. หากมีการพบผู้ติดเชื้อในพื้นที่แม้เพียง 1 คน ฝ่ายปกครอง ต้องประกาศปิดเมือง	73(20.7)	280(79.3)
10. บุคคลที่มาจากพื้นที่เสี่ยงและมีประวัติสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ สามารถเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลฟรี	347(98.3)	6(1.7)
11. ข้อมูลข่าวสารที่ได้จากการส่งใน เพชบุ๊กหรือไลน์ เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ทั้งหมด	121(34.3)	232(65.7)
12. ถ้ามีคนในชุมชนของท่านติดเชื้อโรคโควิด 19 ท่านอยากให้เขาออกไปจากชุมชนโดยเร็ว	190(53.8)	163(46.2)
13. ทุกคนควรมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	347(98.3)	6(1.7)
14. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะติดเชื้อโควิด 19 เมื่อมีคนไอ จาม ใกล้ ๆ ท่าน โดยที่ตัวท่านและคนไอ จาม สวมใส่หน้ากากอนามัยแล้ว	283(80.2)	70(19.8)
15. ท่านรู้สึกกลัว วิตกกังวล เมื่อได้ยินว่า มีบุคคลที่มาจากจังหวัดที่มีการระบาด เข้ามาในหมู่บ้าน	287(81.3)	66(18.7)
16. ท่านรู้สึกเห็นใจผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ที่เป็นแรงงานต่างด้าว ที่ลักลอบเข้ามาในไทย	281(79.6)	72(20.4)

รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีติดเชื้อโรคโควิด 19 ใน 5 อำเภอที่เป็นเมืองคู่ขนาน จังหวัดหนองคาย กับ นครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว ได้ยึดและปรับใช้แนวทางการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ตามหลักการที่ได้รับก่อนหน้าที่จะมีการระบาดของโรคโควิด 19 แล้ว ฉะนั้นเมื่อมีการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างรุนแรงในแต่ละระลอก ระหว่างปี 2563 - 2564 บุคลากรทางสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐอื่นในพื้นที่จึงสามารถจัดการการระบาดของโรคได้ โดยปรับใช้กลุ่มปฏิบัติการที่สำคัญ ๆ ในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามบริบทของแต่ละอำเภอ ซึ่งมีความแตกต่างกันน้อยมาก โดยที่สำคัญจะประกอบด้วย 1) ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander) และผู้ประสานงาน (Liaison) ทำหน้าที่ชี้แนะแนวทาง สั่งการ อำนวยความสะดวกให้ผู้ปฏิบัติการควบคุมป้องกันโรค ดำเนินการได้ตามแผนการดำเนินงาน โดยส่วนใหญ่ ในพื้นที่ระดับอำเภอจะเป็นนายอำเภอ ซึ่งมีอำนาจการสั่งการได้เต็มที่ ส่วนทีมผู้ประสาน จะมีทางสาธารณสุขอำเภอ เสนอรายงานสถานการณ์ในแต่ละระยะ ความจำเป็นของการปฏิบัติการเพื่อควบคุมป้องกันโรค เป็นมาตรการต่อนายอำเภอ เพื่อสั่งการ 2) ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) มีหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจจับการระบาด ประเมินเสนอมาตรการที่จำเป็นแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์เพื่อการสั่งการต่อไป 3) ทีมดูแลรักษาผู้ป่วย (Case Management) มีหน้าที่หลัก คือการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยทุกรูปแบบทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม 4) ทีมกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

ในพื้นที่ (Operation) มีหน้าที่หลัก คือการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรค รวมถึงการค้นหาผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อในพื้นที่ เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา อีกด้วย 5) ทีมสื่อสารและประชาสัมพันธ์ (Risk Communication) มีหน้าที่หลัก คือการสื่อสารข้อมูล ผลิตสื่อสุขศึกษา และการประชาสัมพันธ์ทั้งแก่บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนด้วย และ 6) ทีมสนับสนุน (Logistic) มีหน้าที่หลักคือ จัดหาและสนับสนุน เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ ที่จำเป็นเพื่อใช้ในการควบคุมป้องกันโรค และใช้ในการป้องกันตนเอง (PPE) รวมถึง ยานพาหนะ บุคลากร พร้อมทั้งงบประมาณอีกด้วย โดยทั้งหมดที่กล่าวมา จะยึดหลักนโยบายและคำสั่งการจากผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย เป็นสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์สูงสุดในระดับจังหวัด ซึ่งจะต้องดำเนินการภายใต้มาตรการในทางกฎหมายและมาตรการทางสาธารณสุขควบคู่กันไป โดยสามารถสรุปและแยกออกเป็นประเด็นย่อยได้ดังนี้

1. มาตรการในทางกฎหมาย ใช้บังคับให้ประชาชนให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีหลักการคือ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตราย ที่เกิดขึ้นภายในประเทศ หรือติดต่อมาจากต่างประเทศ โดยอาศัยมาตรการที่สอดคล้องกับหลักวิชาการในการป้องกันและควบคุมโรคในทางสาธารณสุข เช่น การกักกัน การแยกกัก เป็นต้น

2. มาตรการในทางสาธารณสุข ได้แก่ วิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อช่วยในการป้องกันและควบคุมโรคทั่วไป การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล หรือการใช้วัคซีน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

สามารถแบ่งมาตรการเพื่อรับมือสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ใน 5 อำเภอเมืองคูนาน จังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว ได้เป็น 2 มาตรการหลัก คือ มาตรการเชิงรุก และมาตรการเชิงรับ ดังนี้

1. มาตรการเชิงรุก จังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการตามมาตรการเชิงรุกในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 ดังนี้

1.1 ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย โดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดหนองคาย ได้แปลงนโยบายของรัฐบาลมายึดปฏิบัติและปรับเข้ากับบริบทของจังหวัดหนองคาย โดยจัดทำเป็นคำสั่งและประกาศกำหนดมาตรการการป้องกันควบคุมโรค ปิดสถานที่งดกิจกรรมบางอย่าง ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ทั้งนี้จะกำชับหน่วยงานในสังกัด ดำเนินตามนโยบายควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 จังหวัดหนองคายอย่างเคร่งครัด

1.2 บูรณาการความร่วมมือระหว่างส่วนราชการ ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนเตรียมความพร้อมด้านเวชภัณฑ์และการรักษา

1.3 บูรณาการความร่วมมือระหว่างส่วนราชการ ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนในการร่วมมือกันตอบโต้การระบาดของโรคโควิด 19 และสร้างการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนทั่วไป

1.4 บูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสังกัดและนอกสังกัดโดยจัดตั้ง ทีมสำรวจไปยังพื้นที่ในจังหวัดหนองคาย เพื่อค้นหาหรือติดตามผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยโรคโควิด 19 เช่น การคัดกรองเชิงรุก

ในวงกว้าง การตรวจหาเชื้อเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ และผู้ป่วยปอดอักเสบ

1.5 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยคัดกรองผู้มีความเสี่ยงและผู้เดินทางมาจากนอกพื้นที่หรือพื้นที่เสี่ยงพื้นที่ควบคุมสูงสุด ฯลฯ โดย อสม.เคาะประตูบ้านซักประวัติ สอบถามข้อมูลเบื้องต้น ให้ความรู้แก่ประชาชน รายงานข้อมูลไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

1.6 ภาครัฐ เอกชน องค์กรไม่แสวงหากำไร ร่วมกันดำเนินการจัดสรร แจกจ่ายอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันควบคุมโรค โควิด 19 ส่วนบุคคล เช่น เจลล้างมือ หน้ากากอนามัย กระบังหน้า (Face Shield) ให้แก่ประชาชนทั่วไป เป็นต้น

1.7 การสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างการรับรู้เรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล พิจารณาการให้ข่าวหรือข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคแจ้งเตือนกรณีพบการระบาดเป็นวงกว้างให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2. มาตรการเชิงรับ จังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการตามมาตรการเชิงรับในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 ดังนี้

2.1 เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ปฏิบัติงานตามนโยบายเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างเคร่งครัด

2.2 บูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและโรงพยาบาลทั่วไป ทำการเฝ้าระวังค้นหา ตรวจคัดกรองสอบสวนโรค ค้นหาผู้ติดเชื้อจากกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

2.3 การจัดหา จัดทำพื้นที่ที่ควบคุมโรค (Local Quarantine) สำหรับกักกันกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางกลับจากพื้นที่ที่กำหนดให้เป็นเขตติดโรค เช่น สเปน, ลาว หรือผู้เดินทางที่มีประวัติเสี่ยง หรือข้ามจังหวัดมาจากพื้นที่ที่กำหนดให้เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด เพื่อเฝ้าดูสังเกตอาการอย่างน้อย 14 วัน (ในระยะแรกที่มีการระบาดอย่างรุนแรง) เป็นต้น

2.4 จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) เพื่อตอบโต้การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

2.5 การจัดตั้งจุดคัดกรองผู้เดินทางเข้ามาในจังหวัดหนองคาย ร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ เช่น ตำรวจภูธรจังหวัดหนองคาย, ตชด.245, กอ.รมน. หนองคาย ฯลฯ เพื่อเฝ้าระวังโรค หรือสังเกตอาการผู้เดินทาง หรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรค ในเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง จำนวน 3 จุด ซึ่งเป็นรอยต่อที่เชื่อมการเดินทางเข้ามาในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ได้แก่ อำเภอสังคมกับจังหวัดเลย อำเภอรัตนวาปีกับจังหวัดบึงกาฬ และ อำเภอเมืองหนองคายกับจังหวัดอุดรธานี

2.6 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภายในจังหวัดหนองคาย มีการระดมออกฉีดน้ำยาฆ่าเชื้อในพื้นที่เสี่ยง ภายในจังหวัดหนองคาย โดยตระเวนฉีดยาฆ่าเชื้อตามชุมชน หมู่บ้าน ถนน วัด โรงเรียน ตลาด และพื้นที่สาธารณะอื่น ๆ

2.7 เน้นย้ำมาตรการป้องกันโรคแก่สถานที่เสี่ยงต่าง ๆ ที่มีการรวมตัวของประชาชน เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ ธนาคาร ฯลฯ โดยการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล การสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา การล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งของต่าง ๆ ที่อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อโรค เช่น ราวบันได ลูกบิดประตู เป็นต้น

5. ระบบการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข กรณีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ 5 อำเภอเมืองคู่ขนาน จังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์

ระบบการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ศึกษาสรุปได้คือ มีการดำเนินงานร่วมกันแบบบูรณาการ ในหลายภาคส่วน ภายใต้คำสั่งและประกาศของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้มีการดำเนินการขับเคลื่อนตามแนวทางหรือนโยบายในการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะ โดยมี การเตรียมความพร้อมในทุกภาคส่วน รวมทั้งบุคลากร อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ สถานที่ ฯลฯ วิธีการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค สอดคล้องกันตามมาตรการที่สั่งการมาแล้วในระดับผู้บริหาร เช่น มีการกักกันตัวผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง หรือกลับมาจากต่างประเทศ การติดตามผู้เดินทางดูแลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ดูแลตนเอง ด้วยการบูรณาการร่วมกันในหลายหน่วยงานที่อยู่ในชุมชนนั้น ๆเอง ตามบทบาทหน้าที่แล้ว อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ถือเป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินสาธารณสุข กรณีดังกล่าวนี้ ในพื้นที่ของตนเอง เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ในชุมชนเอง รู้จักคนในชุมชน/หมู่บ้าน เกือบทุกราย ทั้งนี้ภาครัฐโดยกระทรวงสาธารณสุข มีมาตรการและแนวทางให้ อสม. เข้าร่วมคัดกรอง ให้ความรู้ แจกวัสดุหรืออุปกรณ์ เพื่อป้องกันโรค โดยการเดินเคาะประตูบ้านประชาชน ที่ตนเองดูแลรับผิดชอบ จากนั้นจะรายงานผลไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อพิจารณาการเฝ้าระวัง เตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

อภิปรายผล

1) การจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ 5 อำเภอเมืองคูขนาน จังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ และในจังหวัดหนองคายเอง ยึดหลักนโยบายและคำสั่งการของผู้นำราชการ จังหวัดหนองคายเป็นหลัก ซึ่งมีองค์ประกอบการดำเนินการภายใต้มาตรการในทางกฎหมาย และมาตรการทางสาธารณสุข เน้นการค้นหาผู้ติดเชื้อ เช่น การออกคัดกรองเชิงรุกประชาชน ในวงกว้าง การตรวจสอบ การควบคุม และการดูแลสถานที่ จำเป็นต้องปิดกิจการชั่วคราว หรือสถานที่ที่ได้รับการผ่อนคลาย การตั้งจุดคัดกรองประชาชน เพื่อจำกัดการนำเข้าเข้ามาในพื้นที่ การทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะต่าง ๆ รวมทั้งการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และคำแนะนำประชาชน ในพื้นที่เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคที่ถูกต้อง การจัดทีมเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค ซึ่งจะมีการเข้าร่วมของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อกำหนดแนวทางและสนับสนุนการปฏิบัติงาน

2) ระบบการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในกรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ 5 อำเภอเมืองคูขนาน ในจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ ระบบการบริหารจัดการในพื้นที่อาจมีความแตกต่างกันบ้าง ภายใต้องค์ประกอบ ศักยภาพ และบริบทของแต่ละอำเภอ แต่ทั้งหมดอยู่ภายใต้กรอบนโยบายที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขกำหนด สะท้อนให้เห็นถึงการบริหารสั่งการ การกระจายอำนาจสั่งการ และความรวดเร็วในการบริหารจัดการสถานการณ์โรคในแต่ละระยะ ซึ่งทุกอำเภอจะมีแผนการรับมือในหน่วยงานในระดับต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่ระดับตำบล

จนถึงระดับที่สูงกว่าในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือ และความไว้วางใจให้แก่ประชาชนในพื้นที่ภายใต้สถานการณ์ความยากลำบากในการใช้ชีวิต ช่วงที่โรคโควิด 19 มีการระบาดหนัก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาริ้วยไปใช้

1. จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในทุกระยะหรือระลอก ในจังหวัดหนองคาย ซึ่งในบางกรณีบางช่วงอาจพบว่า มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อน โดยพบว่ามีปัจจัยการระบาดจากการลักลอบเดินทางเข้า - ออกประเทศ ผ่านชายแดน หรือช่องทางธรรมชาติ ซึ่งอาจสะท้อนการทำงานของภาครัฐหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองที่หละหลวม เนื่องจากบางกรณีเจ้าหน้าที่มีญาติที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง โดยเหตุการณ์ดังกล่าวนี้พบได้โดยทั่วไปในทุกพื้นที่ไม่เฉพาะจังหวัดหนองคาย ฉะนั้น หากมีการเข้มงวดตั้งแต่ระดับนโยบายไปถึงภาคปฏิบัติแล้ว โอกาสที่จะเกิดช่องโหว่ให้เกิดการลักลอบดังกล่าวน่าจะเป็นไปได้ยาก และยังสะท้อนให้เห็นว่าประเทศขาดการดำเนินมาตรการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด ดังนั้น เพื่อให้การเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด 19 ในจังหวัดหนองคาย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรยกระดับมาตรการให้เข้มงวด รัดกุม มากขึ้น เช่น การคุมเข้มการคัดกรองการเข้าใช้บริการในสถานที่ต่าง ๆ ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขอย่างครบถ้วน เช่น การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง การแสดงหลักฐานการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคแล้ว เป็นต้น โดยช่วงภายหลังการระบาด หรือไม่มีการรายงานสถานการณ์การระบาดแล้ว ประชาชน จะให้ความสำคัญการป้องกันโรคลดน้อย

ลง และควรเน้นย้ำหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้อย่างเคร่งครัด รวมทั้งการเพิ่มความถี่ในการออกตรวจตราเพื่อป้องปรามให้ประชาชน เจ้าของกิจการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด โดยการดำเนินการด้วยความละเอียดรอบคอบ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบกับเศรษฐกิจภายในพื้นที่จังหวัด และควรเน้นย้ำให้ทุกภาคส่วน ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างเข้มงวดด้วย โดยเฉพาะการสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง แต่ให้ถือว่าเป็นการใช้ชีวิตตามปกติไม่ประมาทการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างต่อเนื่อง การฉีดวัคซีนป้องกัน โรคโควิด 19 ให้ครบเข็มกระตุ้น

2. หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน ประชาชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบ/ การออกแบบหาแนวทางในการดำเนินการจัดการการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินของโรคระบาดดังกล่าวดำเนินการเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน พร้อมทั้งนำรูปแบบดังกล่าวไปขยายผลการดำเนินการในพื้นที่อื่น หรือกรณีโรคระบาดอื่น หรือสถานการณ์อื่นได้ต่อไป

3. สามารถนำรูปแบบระบบการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค ดังกล่าวนำไปสู่แนวทางในการปฏิบัติให้เกิดกระบวนการจัดการสุขภาพในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

4. เกิดภาคีเครือข่ายความร่วมมือการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนขององค์กรหน่วยต่าง ๆ

5. นำเสนอผลการวิจัย ในรูปแบบการเผยแพร่แบบต่าง ๆ ต่อภาครัฐ หน่วยงานองค์กรท้องถิ่น ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและต่อสาธารณชนหลายกลุ่ม เพื่อเผยแพร่ในวงวิชาการ หรือให้หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กร ที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประกอบการตัดสินใจสร้างนโยบายเตรียมรับมือโรคติดต่ออันตราย โรคระบาดที่มีความสำคัญ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในเฉพาะประชาชนและผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายเฉพาะเท่านั้น แม้จะเป็นการสะท้อนข้อมูลรูปแบบการบริหารจัดการสถานะที่จัดให้อยู่ในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพต่อการปฏิบัติงานในผู้บริหารระดับองค์กร หรือแม้กระทั่งความรู้สึกรับรู้ผลกระทบและการเตรียมความพร้อมการรับมือสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออันตรายอื่น ในประชาชน ผู้อยู่ในพื้นที่ทั่วไปด้วย

2. ควรมีการศึกษาและขยายผลต่อไปยังการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ต่อการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตรายประเภทอื่น ๆ อีก เพื่อศึกษาระบบของชุมชนในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินต่อการระบาดของ โรคภายใต้กรอบนโยบายที่กำหนดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและประชาชนในพื้นที่ 5 อำเภอเมืองคูนาน จังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีได้เอื้อนามทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล จนทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้ศึกษา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลที่ได้จากการศึกษาที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่จังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้านอื่นต่อไป

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ธวัชชัย เหลืองศิริ, ทภณ เตียวศิริชัยสกุล, สุรัชชัย กิจติกาล. การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในกรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่เปรียบเทียบชายแดนไทย - สปป.ลาว จังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):225-241.

Suggested citation for this article

Luangsiri T, Tiawsirichaisakul T, Kittikan S. Public Health Emergency Management on Covid - 19 pandemic comparative study between Thai - Laos Nong Khai Province and Vientiane. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1): 225-241.

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ป่วย COVID - 19 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สำนักงาน; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-daily-dashboard/?-dashboard=analysis-province>
2. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. จังหวัดหนองคาย [อินเทอร์เน็ต] .2023 [เข้าถึงเมื่อ 27 เม.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก/: <https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%AB%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%B2%E0%B8%A2>
3. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน. คู่มือแนวทางปฏิบัติงาน ทีมภารกิจปฏิบัติการ (operation) สำหรับการเผชิญเหตุและฟื้นฟู ด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่อโรคและภัยพิบัติ. กรุงเทพฯ: โสว เมดิคอล; 2565.
4. ธัญญวรรณ์ แซ่มสนิท, วันสิสา วงศ์ชัย, ศศิธร ขุนพิลึกเรืองเดช, ชูเกียรติ น้อยฉิม. ผลกระทบของการค้าตามประเพณีชายแดนไทย - ลาว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของ COVID - 19: กรณีศึกษาผู้ประกอบการค้าสินค้าและผู้ประกอบการขนส่งทางเรือ ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วารสารสังคมวิวัฒน์. 2564;12(2):32-51.
5. BBC NEWS ไทย [อินเทอร์เน็ต]. ลอนดอน: British Broadcasting Corporation; 2021. โควิด : การห้ามนักเดินทางกลุ่มเสี่ยงเข้าประเทศจะช่วยสกัดโอไมครอนได้หรือ; 2021 [เข้าถึงเมื่อ 23 เม.ย. 2566]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bbc.com/thai/international-59490730>

การศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการป้องกันโรค ฝีดาษวานร (Mpox) ของผู้ประกอบการอาชีพประเภท ผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร

Knowledge Attitudes and Practices in Prevention of Mpox Outbreak among Thai Traditional Massage in Bangkok, Thailand

กมลวรรณ วรรณขำ^{1,2}, กฤษณ์ ประสิทธิ์โชค¹, โรม บัวทอง²,
ธนรัศม์ พลพัฒน์³, บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี¹

¹มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, ²กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างและกักกันโรค,
³สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

Kamonwan Wannakham^{1,2}, Krit Prasittichok¹, Rome Buathong²,
Tanarak Plipat³, Busaba Supawattanabodee¹

¹Navamindradhiraj University, ²Division of International Disease Control Ports and
Quarantine, ³Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health

Received 2023 May 8, Revised 2023 Jun 13, Accepted 2023 Jun 15

DOI: 10.14456/iudcj.2023.28

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันโรค ฝีดาษวานรของผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ให้บริการนวดที่ผ่านการขึ้นทะเบียนประเภทนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร จำนวน 151 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคฝีดาษวานรของผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร โดยแบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 0.91 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในตอนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ 0.79, 0.81 และ 0.70 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละของผู้ที่ตอบถูกเมื่อแยกตามหัวข้อเป็นดังนี้ 1) ความรู้ด้านสาเหตุของโรค ร้อยละ 7.9 2) ความรู้เกี่ยวกับแหล่งที่มาของโรค ร้อยละ 23.2 3) อาการและอาการแสดงของโรค ร้อยละ 11.9 4) การแพร่กระจายโรค ร้อยละ 39.7 5) การรักษาโรค ร้อยละ 24.5 6) การป้องกันโรค ร้อยละ 41.1 และ 7) ด้านการควบคุมการแพร่กระจาย ร้อยละ 50.3 ส่วนด้านทัศนคติต่อโรคฝีดาษวานรอยู่ในระดับปานกลาง โดยทัศนคติต่อการใช้ถุงมือเมื่อต้องให้บริการนวด

มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุด ส่วนด้านการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.1 แต่การคัดกรองได้อย่างครบถ้วนถูกต้องมีเพียงร้อยละ 6.6 และการสวมถุงมือเมื่อให้บริการนวด ร้อยละ 24.5 ตามลำดับ สรุปผลการวิจัย ผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรอยู่ในระดับต่ำ ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติในการป้องกันโรคฝีดาษวานรอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, การปฏิบัติ, โรคฝีดาษวานร, ผู้ให้บริการนวด

Abstract

This exploratory study aimed to determine the level of knowledge attitudes and practices in monkeypox (Mpox) prevention among Thai Traditional Massage in Bangkok. The sample consisted of 151 registered among Thai Traditional Massage therapists in Bangkok. A purpose designed sampling method was used by the way of a questionnaire, which included knowledge attitudes and prevention practices of Thai Traditional Massage in Bangkok. The questionnaire had an IOC value of 0.91 and Cronbach's alpha coefficient in sections 2, 3 and 4 were 0.79, 0.81 and 0.70 respectively. The results showed that 50.3% of the Thai Traditional Massage therapists had low knowledge of Mpox. The percentage of participants who had correctly answered in each item of knowledge were 1. Cause of disease 7.9% 2. source of disease 23.2% 3. Sign and symptoms 11.9% 4. Disease spread 39.7% 5. Treatment 24.5% 6. Prevention 41.1% 7. Disease controlling 50.3 %. Results showed that their attitude was a moderate level of 51.0 % included in this was that their attitudes relating to the use of gloves when providing a massage was lowest. However, their practice was high 78.1%. Meanwhile, the completeness of screening and wearing gloves when performing a massage was low 6.6 % and only 24.5% respectively. In conclusion, most Thai Traditional Massage therapists have a low level of knowledge about Mpox, moderate attitude and the practice of preventing Mpox is high.

Keywords: knowledge, attitude, practice, Mpox, Traditional Massage therapist

หลักการและเหตุผล

โรคฝีดาษวานรเป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน เกิดจากการติดเชื้อไวรัส monkeypox⁽¹⁾ มีดีเอ็นเอ (DNA) สายคู่ สกุล Orthopoxvirus วงศ์ Poxviridae อยู่ในตระกูลเดียวกับไวรัส variola ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคฝีดาษหรือไข้ทรพิษ (Smallpox)⁽²⁾ โรคฝีดาษวานรมีความสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลกเนื่องจากผลกระทบของการระบาดได้ขยายวงกว้างและไม่จำกัดแค่ในประเทศแถบทวีปแอฟริกาตะวันตกและแอฟริกากลาง แต่ขยายออกไปยังประเทศอื่นทั่วโลก⁽²⁾ ตั้งแต่ต้นเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา มีรายงานพบผู้ป่วยในหลายประเทศ ซึ่งเป็นครั้งแรกที่พบการรายงานการระบาดของโรคฝีดาษวานรจำนวนมากในประเทศที่ไม่ได้โรคประจำถิ่น วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้โรคฝีดาษวานรเป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC)⁽³⁾ การประกาศนี้ถือเป็น ระดับการเตือนภัยด้านสาธารณสุขที่สูงที่สุดภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) เพื่อยกระดับการประสานงาน ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อร่วมมือกันตอบโต้สถานการณ์และช่วยหยุดยั้งการแพร่ระบาดและปกป้องประชากรกลุ่มเปราะบาง โรคฝีดาษวานรมีการแพร่เชื้อผ่านละอองฝอย ทั้งจากระบบทางเดินหายใจเมื่ออยู่ใกล้ชิดกัน และการสัมผัสสารคัดหลั่งบริเวณรอยโรคบนผิวหนัง และของใช้ต่าง ๆ ที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง^(2,4) ผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ตั้งแต่เริ่มแสดงอาการจนกระทั่งผื่นหายสนิทและเกิดขึ้นผื่นใหม่⁽⁵⁾ และยังสามารถแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกในครรภ์ได้ ระยะฟักตัวเฉลี่ย 5 - 21 วัน ส่วนใหญ่

จะหายใน 14 - 21 วัน อาการของโรค⁽⁶⁾ ผู้ป่วยจะมีผื่นขึ้นบริเวณหรือใกล้กับอวัยวะเพศ หรือทวารหนัก และอาจขึ้นบริเวณ มือ เท้า หน้าอก ใบหน้า หรือปาก ผื่นจะมีหลายระยะรวมถึงตกสะเก็ดก่อนที่จะหาย ผื่นอาจคล้ายสิวหรือแผลพุพอง

มีรายงานพบการติดเชื้อโรคฝีดาษวานรในคนครั้งแรกปี พ.ศ. 2513 ไวรัส Monkeypox มีสองประเภทคือ Clade I มีอัตราป่วยตายอยู่ที่ร้อยละ 10 และ Clade II มีอัตราป่วยตายอยู่ที่ร้อยละ 1 - 3 ในปี พ.ศ. 2546 เกิดการระบาดของโรคฝีดาษวานรนอกทวีปแอฟริกาเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นกรณีที่เชื่อมโยงการสัมผัสกับกระรอกดินที่ติดเชื้อที่นำเข้ามาจากประเทศกานา ทำให้พบผู้ป่วยมากกว่า 70 ราย ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไนจีเรียพบการระบาดครั้งใหญ่พบผู้ป่วยยืนยันมากกว่า 200 ราย อัตราการป่วยตายอยู่ที่ประมาณร้อยละ 3 และมีรายงานว่าตรวจพบโรคฝีดาษวานร ในผู้เดินทางจากไนจีเรียไปยังอิสราเอลในเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 จากไนจีเรียไปยังสหราชอาณาจักรในเดือนกันยายน พ.ศ. 2561, ธันวาคม พ.ศ. 2562, พฤษภาคม พ.ศ. 2564 และ พฤษภาคม พ.ศ. 2565 จากไนจีเรียไปยังสิงคโปร์ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 และจากไนจีเรียไปยังสหรัฐอเมริกาในเดือนกรกฎาคมและพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 และพฤษภาคม พ.ศ. 2565 และเกิดการระบาดต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน⁽²⁾ ซึ่งสถานการณ์ทั่วโลกตั้งแต่ช่วงต้นเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 - 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2566⁽⁷⁾ พบผู้ติดเชื้อโรคฝีดาษวานรยืนยันจำนวน 87,078 ราย เสียชีวิต 130 ราย ใน 111 ประเทศทั่วโลก ประเทศที่มีผู้ป่วยสูงสุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา 30,360 ราย บราซิล 10,904 ราย สเปน 7,549 ราย ฝรั่งเศส

4,144 ราย โคลัมเบีย 4,090 ราย สำหรับประเทศไทย วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร 12 ราย⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ 4 ราย คนไทยสัมผัสใกล้ชิดชาวต่างชาติ 4 ราย และเป็นคนไทยที่ประกอบอาชีพในต่างประเทศ 4 ราย โดย 2 รายมีอาชีพเป็นผู้ให้บริการนวด ได้แก่ รายที่ 6 เป็นเพศหญิง⁽⁹⁾ รายที่ 11 เพศชาย⁽¹⁰⁾ เป็นพนักงานนวดแผนไทยที่ประเทศกาตาร์ เริ่มป่วยจึงเดินทางกลับประเทศไทย ตั้งแต่ประเทศไทยประกาศยกเลิกมาตรการในการกักตัวผู้เดินทางและนักท่องเที่ยวจากต่างประเทศในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่เริ่มคลี่คลาย กรุงเทพมหานครซึ่งเป็นเมืองที่ได้รับความนิยมในนักท่องเที่ยวต่างชาติและกิจกรรมที่ได้รับความนิยม คือ การนวด ผู้ให้บริการจะใช้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น มือ แขน ศอก และเท้า สัมผัสโดยตรงด้วยวิธีการกด บีบ และ รีด ไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้รับบริการ ซึ่งการนวดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกาได้ระบุข้อมูลการแพร่กระจายยังบุคคลอื่น เป็นการสัมผัสรอยโรคบนผิวหนัง⁽¹¹⁾ จากอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของโรคฝีดาษวานร แต่ความรู้เรื่องแหล่งรังโรค การแพร่กระจาย วัคซีน ยา และทางเลือกการรักษาที่มีประสิทธิภาพยังไม่ชัดเจนนั้น การป้องกันเบื้องต้นทำได้โดยการให้ความรู้ประชาชนในด้านปัจจัยเสี่ยงและขั้นตอนการป้องกันเพื่อทำให้ความเสี่ยงเหล่านั้นลดน้อยลง การขาดความรู้ อาจส่งผลเสียต่อการควบคุมโรค ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาเรื่องความรู้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศ สหรัฐอเมริกา⁽¹²⁾ อิตาลี⁽¹³⁾ และอินโดนีเซีย⁽¹⁴⁾ อยู่ในระดับต่ำ ส่วนระดับทัศนคติ

มีความหลากหลายในแต่ละการศึกษา และส่วนการปฏิบัติเป็นการศึกษาเรื่องเกี่ยวข้องกับวัคซีนในการป้องกันโรคฝีดาษวานร แต่ยังไม่พบการศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ในผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพ ที่ผ่านมามีแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขในการป้องกันการแพร่กระจายโควิด 19 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำศึกษานี้ในพื้นที่นาร่อง 4 เขต เนื่องจากมีสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพจำนวนมาก และเป็นแหล่งที่มีนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติมาพักอาศัยและนิยมท่องเที่ยว ผลการศึกษานี้จะใช้เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับ จัดกิจกรรมและโปรแกรมในการให้ความรู้ สร้างทัศนคติ และแนวปฏิบัติที่เหมาะสมในการป้องกัน ลดการแพร่กระจายของโรคฝีดาษวานร ในผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพ และนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติต่อไป ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมการท่องเที่ยวอย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคฝีดาษวานรของผู้ประกอบอาชีพประเภทผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษานาร่อง ชนิดภาคตัดขวาง (A pilot Cross Sectional Study) ระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคฝีดาษวานรของผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร โดยรวบรวมจำนวนร้านนวดเพื่อสุขภาพในแต่ละเขต

และจัดลำดับเขตที่มีร้านนวดเพื่อสุขภาพที่มากที่สุดจำนวน 4 เขตเพื่อเป็นตัวแทนของการศึกษา ประกอบด้วย เขตวัฒนา เขตคลองเตย เขตราชเทวี และเขตบางรัก เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติจำนวนมาก และนิยมเข้ามาพักผ่อน รวมทั้งอาจใช้บริการนวดเพื่อสุขภาพ และใช้แบบสอบถามในการเก็บเพื่อเป็นฐานข้อมูลด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคสำหรับการกำหนดกลยุทธ์ในการวางแผนป้องกันโรค

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ให้บริการนวดที่ผ่านการขึ้นทะเบียนประเภทนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร

$$n = \frac{(Z^2 - \frac{\alpha}{2}) P (1-P)}{E^2} \quad \text{โดย } P = 0.1$$

(จากการทดลองเก็บข้อมูล try out โดยได้สัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ในระดับสูงกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป) และ $E = 0.05$ ดังนั้นจำนวนต่ำที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจะเป็น 138 คน และรวบรวมเพิ่มร้อยละ 10 กรณีแบบสอบถามที่มีการตอบไม่สมบูรณ์ ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ 153 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพที่ผ่านการขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 4 เขตที่มีสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพมากที่สุดของกรุงเทพมหานคร โดยมีการกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละเขตด้วยการกำหนดโควตาสำหรับการเก็บข้อมูล และใช้วิธีการสุ่ม

ตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) 4 เขต ได้แก่ เขตวัฒนา เขตคลองเตย เขตราชเทวี และเขตบางรัก จำนวน 153 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ให้บริการนวดที่ผ่านการขึ้นทะเบียนประเภทนวดเพื่อสุขภาพ สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรครุนแรง หรือโรคทางจิตและการรับรู้ หรือผู้เข้าร่วมวิจัยขอหยุดการเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1) ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย และขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
- 2) ประสานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขออนุญาตในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล
- 3) ประสานเจ้าของสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4 เขตในกรุงเทพมหานคร เพื่อเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพที่สะดวกให้ข้อมูลเพื่อไม่เป็นการรบกวนการทำงานรวมทั้งผู้ที่มารับบริการนวด
- 4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์ เรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวด้านของ ผู้ให้บริการนวดในกรุงเทพมหานคร จำนวน 153 คน
- 5) ข้อมูลในแบบสอบถามจะมีการวิเคราะห์และรายงานผลเป็นภาพรวม และจะทำลายแบบสอบถามทิ้งเมื่อการสรุปผลการวิจัยเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมแบบสอบถามความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้ตาขาวของผู้ให้บริการนวด เพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ลงเก็บข้อมูลในรูปแบบกระดาษและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Google Form เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 24 - 29 มีนาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้ตาขาวของผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานครโดยพัฒนามาจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา^(15 - 17) โดยแบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน นายสัตวแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อระหว่างประเทศ 1 ท่าน และนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนัง 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.91 ทั้งนี้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค เป็นแบบเลือกตอบถูกผิดและไม่แน่ใจ ให้เลือกคำตอบที่ตรงตามความรู้มีจำนวน 19 ข้อ โดยมี 6 ประเด็น⁽¹⁸⁾ ได้แก่ 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค 2) การแพร่ระบาดของโรค 3) สาเหตุของการเกิดโรค 4) การติดต่อของโรค 5) อาการและอาการแสดงของโรค และ 6) แนวทางการรักษา ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อโรค เป็นคำถามแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของ Likert scale เห็นด้วย มากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 10 ถึง 50 คะแนน และส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกัน ผู้วิจัยพัฒนามาจากมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) สำหรับสถานประกอบกิจการนวด⁽¹⁶⁾ และแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข ตามการผ่อนคลายการบังคับใช้ตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระยะที่ 3 โดยวิธีการป้องกันโรคไข้ตาขาวของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา⁽⁶⁾ และองค์การอนามัยโลก⁽¹⁹⁾ ทั้งหมด 10 ข้อ โดยผู้ตอบเลือกตอบที่ตรงกับลักษณะการปฏิบัติของตนเอง เมื่อปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันควบคุมโรคทุกครั้ง ให้ 1 คะแนน และคำตอบอื่น ๆ ให้ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน แต่ละส่วนแปลงคะแนนเป็นร้อยละและแปลผล โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom แบ่งเกณฑ์คะแนนออกเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 79 และระดับต่ำคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 มีการนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในตอนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ 0.79 0.81 และ 0.70 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยชิ้นนี้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่เอกสารรับรองเลขที่ : COA 048/2566 ลงวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2566 ผลการวิจัย จะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนครบกำหนดได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ที่เข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างคือผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน เท่านั้น และเมื่อดำเนินโครงการเสร็จสิ้นข้อมูล จะถูกทำลายทิ้งทันที

ผลการศึกษา

การศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ในการป้องกันโรคฝีดาษวานรของผู้ให้บริการนัด เพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด 153 คน ได้รับข้อมูลครบถ้วนถูกต้อง 151 คน เก็บข้อมูล โดยตอบแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 24 - 29 มีนาคม พ.ศ. 2566 มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.1 อายุเฉลี่ย 39.75 ปี (SD=10.20) สถานภาพ โสดร้อยละ 68.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.6 รายได้ต่อเดือน 10,000 - 15,000 บาท ร้อยละ 37.1 ประสบการณ์ทำงานนัดเพื่อสุขภาพ 1 - 5 ปี ร้อยละ 37.7 ขนาดร้านตามที่จดทะเบียน ขนาดไม่เกิน 100 ตารางเมตร ร้อยละ 64.9 ช่องทางการรับรู้ข่าวสารสื่อออนไลน์/โซเชียลมีเดีย ร้อยละ 76.2 ระยะเวลาให้บริการนัดต่อคนเฉลี่ย 60 นาที/ครั้ง ร้อยละ 70.9 และเทคนิคที่ใช้ในการ ให้บริการนัดคือแบบเชลยศักดิ์และแบบราชสำนัก ร้อยละ 49.0 ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการนัดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	13.9
หญิง	130	86.1
อายุ (ปี)		
18 - 25	19	12.6
26 - 35	27	17.9
36 - 45	54	35.8
46 - 55	47	31.1
56 ปีขึ้นไป	4	2.6
Mean = 39.75, SD = 10.20, Min = 18, Max = 67		
สถานภาพสมรส		
โสด	104	68.9
แต่งงาน	47	31.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา - ประถมศึกษา	27	17.9
มัธยมศึกษา	87	57.6
อนุปริญญา - สูงกว่าปริญญาตรี	37	24.5
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000	42	27.8
10,000 - 15,000	56	37.1
15,001 - 20,000	36	23.8
มากกว่า 20,000	17	11.3
Mean = 15291.38, SD = 5424.14, Min = 6000, Max = 35000		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ทำงานนวดเพื่อสุขภาพ		
น้อยกว่า 1 ปี	16	10.6
1 - 5 ปี	57	37.7
5.1 - 10 ปี	54	35.8
มากกว่า 10 ปี	24	15.9
Mean= 6.29, SD = 5.03, Min = 2 เดือน, Max = 30		
ขนาดร้านตามที่จดทะเบียน (ตารางเมตร)		
ไม่เกิน 100	98	64.9
มากกว่า 100	53	35.1
Mean= 104.67, SD = 59.35, Min =30, Max = 300		
ช่องทางการรับรู้ข่าวสาร		
หนังสือพิมพ์	4	2.6
วิทยุ	1	0.7
การประชุม/สัมมนา	2	1.3
โทรทัศน์	41	27.2
สื่อออนไลน์/โซเชียลมีเดีย	115	76.2
บุคคล/เพื่อน/ครอบครัว	37	24.5
ระยะเวลาให้บริการนวดโดยเฉลี่ยต่อคน (นาที/ครั้ง)		
30 นาที	4	2.6
60 นาที	107	70.9
90 นาที	31	20.5
120 นาที	9	6.0
เทคนิคหรือรูปแบบที่ใช้ในการให้บริการนวด		
แบบราชสำนัก	4	2.6
แบบเชลยศักดิ์	73	48.3
แบบราชสำนักและแบบเชลยศักดิ์	74	49.0

ส่วนที่2 ผลการศึกษาความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้ฉี่หนูของผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร

2.1 ด้านความรู้

ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้ฉี่หนูของผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำคิดเป็น ร้อยละ 50.3 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความรู้ด้านสาเหตุของโรคอยู่ในระดับต่ำสุด คิดเป็นร้อยละ 7.9 (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้ฉี่หนูของผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้ฉี่หนู	จำนวนที่ตอบถูกต้อง คน (ร้อยละ)
1. สาเหตุของโรค	12 (7.9)
2. แหล่งที่มาของโรค	35 (23.2)
3. อาการและอาการแสดงของโรค	18 (11.9)
4. การแพร่กระจายของโรค	60 (39.7)
5. การรักษา	37 (24.5)
6. การป้องกันโรค	62 (41.1)
7. การควบคุมการแพร่กระจายของโรค	76 (50.3)
ระดับความรู้	
ต่ำ	76 (50.3)
ปานกลาง	54 (35.8)
สูง	21 (19.3)

2.2 ด้านทัศนคติ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.0 เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองโดยสวมถุงมือเมื่อต้องให้บริการนวดอยู่ในระดับต่ำสุด 2.77 (SD 1.53) (ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรของผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร

ทัศนคติต่อโรคฝีดาษวานร	ค่าเฉลี่ย (SD)
1. ใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองโดยใส่หน้ากากอนามัย เมื่อต้องให้บริการนวด	3.84 (1.44)
2. มีความรู้ในการป้องกันตนเองต่อโรคมากขึ้นโอกาสในการป่วยจะลดลง	3.71 (1.21)
3. สนใจเรื่องโรคและวิธีการป้องกันโรค	3.62 (1.32)
4. คิดว่าการระบาดของโรคจะส่งผลกระทบต่ออาชีพการนวด	3.62 (1.38)
5. สนใจติดตามสถานการณ์การระบาดของโรค	3.58 (1.44)
6. การใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยสบู่และแอลกอฮอล์เจลเพียงพอต่อการป้องกันโรค	3.40 (1.19)
7. จะใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองโดยสวมถุงมือเมื่อต้องให้บริการนวด	2.77 (1.53)
8. กังวลว่าโรคจะมีการระบาดในประเทศไทย	2.90 (1.41)
9. มีความกลัวหรือวิตกกังวลจะป่วยเป็นโรค	3.34 (1.33)
10. โรคเป็นโรคติดต่อในชายรักชาย	3.38 (1.45)
ระดับทัศนคติ	
ต่ำ	62 (41.1)
ปานกลาง	77 (51.0)
สูง	10 (6.6)

2.3 ด้านการปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่ คำนึงปฏิบัติถูกต้องอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าร้อยละการปฏิบัติในการป้องกัน ด้านการคัดกรองผู้รับบริการ โดยจัดให้มีการลงทะเบียนเข้าใช้บริการ การการวัดไข้และสอบถามอาการ สังเกตผื่นก่อนให้บริการครบทั้ง 3 ข้ออยู่ในระดับต่ำสุดที่ร้อยละ 6.6 (ตารางที่ 2.3)

ตารางที่ 2.3 จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฉี่หนูของ
ผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร

การปฏิบัติในการป้องกันโรคฉี่หนู	จำนวนที่ปฏิบัติถูกต้อง (ร้อยละ)
1. จัดให้มีการลงทะเบียนเข้าใช้บริการ คัดกรองด้วยการวัดไข้และสอบถาม อาการ สังเกตผื่นบนผิวหนังลูกค้าก่อนให้บริการ (ปฏิบัติครบทั้ง 3 ข้อ)	10 (6.6)
1.1 ให้ลงทะเบียน	36 (23.8)
1.2 วัดไข้	73 (48.3)
1.3 สอบถามอาการและสังเกตผื่น	63 (41.7)
2. สวมถุงมือในการให้บริการนวดบ่อนี้	37 (24.5)
3. ทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสร่วม เช่น เคาน์เตอร์จุดชำระค่าบริการเก้าอี้ ห้องส้วม อ่างล้างมือ ภายหลังมีผู้ให้บริการ	138 (91.4)
4. ใช้แอลกอฮอล์ 70 % หรือ โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 0.1% (เช่น ไฮเตอร์) ทำความ สะอาดอุปกรณ์นวด เช่น ไม้กดจุด เตียง เก้าอี้ ภายหลังให้บริการนวด	142 (94.0)
5. ทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดมือ ผ้าปูเตียง ปลอกหมอน ด้วยการแช่ผงซักฟอกหรือโซเดียมไฮโปคลอไรท์ 0.1% (เช่น ไฮเตอร์) อย่างน้อย 30 นาที ก่อนซักบ่อนี้ จัดให้มีอ่างล้างมือพร้อม สบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ไว้บริการ	142 (94.0)
6. แนะนำให้ผู้ให้บริการชำระค่าใช้จ่ายผ่านระบบออนไลน์ (E - payment) แทน การชำระด้วยเงินสด	144 (95.4)
7. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อต้องให้บริการนวด	146 (96.7)
8. เปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องใช้เช่น ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดมือ ผ้าปูเตียง ปลอกหมอน อุปกรณ์นวดภายหลังให้บริการ	147 (97.4)
9. ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์หลังให้บริการนวด	147 (97.4)
10. ร้านจัดให้มีอ่างล้างมือพร้อมสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ไว้บริการ	150 (99.3)
ระดับการปฏิบัติ	
ต่ำ	3 (2.0)
ปานกลาง	29 (19.2)
สูง	118 (78.1)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 50.3 มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.0 และการปฏิบัติในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.1

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร
ผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษวานรอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ทำการศึกษาในประชาชนทั่วไปในประเทศอินโดนีเซียพบว่ามากกว่า ร้อยละ 52 ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีความรู้ในระดับต่ำ และการศึกษาในประเทศอียิปต์ก็แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่น ๆ ที่ทำในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ในหลาย ๆ ประเทศได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชในประเทศจอร์แดน⁽²⁰⁾ แพทย์เวชปฏิบัติชาวอินโดนีเซีย⁽¹⁴⁾ แพทย์ชาวซาอุดีอาระเบีย⁽²¹⁾ นักศึกษาทันตแพทย์ชาวมาเลเซีย⁽¹⁷⁾ และแพทย์ชาวอิตาลี⁽¹³⁾ ที่แสดงผลด้านระดับความรู้ที่ไม่เพียงพอซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโรคฝีดาษวานรเป็นโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำและประจำถิ่นในประเทศแถบแอฟริกาไม่เคยเกิดในประเทศไทยหรือประเทศแถบเพื่อนบ้านมาก่อน ความรู้ด้านสาเหตุ แหล่งที่มา อาการและอาการแสดง การแพร่กระจาย การรักษา การป้องกัน และการควบคุมโรค จึงยังอยู่ในวงจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์หรือกลุ่มนักวิชาการ ความใหม่ของโรคในด้านของการปรากฏขึ้นของโรคในสถานที่ซึ่งไม่ได้เป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยเพียง 12 ราย โดยทั้งหมดนั้นเกี่ยวข้องกับผู้เดินทางจากต่างประเทศ ประชาชนคนไทยจึงไม่คุ้นเคยกับโรค เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ามักมีกลุ่ม

ตัวอย่างถึงร้อยละ 57.1 มีความรู้ในเรื่องการติดต่อในชายรักชายที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นการสะท้อนความเข้าใจผิดของกลุ่มตัวอย่างจากการได้รับข่าวสารจากสื่อ สอดคล้องกับการค้นพบก่อนหน้านี้คือประชาชนมักจะเรียนรู้จากอินเทอร์เน็ตหรือโซเชียลมีเดีย⁽²²⁾ ดังนั้นจึงทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเป็นการเน้นให้เห็นถึงการขาดความรู้ อาจส่งผลต่อการควบคุมโรค อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบอาจยังไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจน เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้แตกต่างกัน และวิธีการเก็บข้อมูลแตกต่างกัน แต่ยังคงแนะนำให้เพิ่มระดับความรู้ของประชาชนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายไปทั่วโลก

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร ผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 51.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศอียิปต์⁽²³⁾ ที่ประชาชนทั่วไปแสดงทัศนคติที่เป็นกลางต่อโรคฝีดาษวานร แต่ไม่สอดคล้องกับผลที่ศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทัศนคติในเชิงบวก ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความรู้ด้านการป้องกัน ความกังวล ความกลัวที่จะติดโรคฝีดาษวานร และความเข้าใจไม่ถูกต้องด้านการติดต่อในชายรักชาย ของประเทศไทยที่มีจำกัดจึงทำให้ประชาชนแสดงทัศนคติที่เป็นกลาง เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองโดยสวมถุงมือเมื่อต้องให้บริการนวดอยู่ในระดับต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับคะแนนข้ออื่น ๆ โดยทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโรคฝีดาษวานรไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ได้ เพราะ 1) กลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน เช่น บุคลากรทางการแพทย์ 2) ประเด็นคำถามด้านทัศนคติต่างกัน ตัวอย่างเช่น การศึกษาของสหรัฐอเมริกาคำถามเกี่ยวกับทัศนคติการได้รับวัคซีน⁽¹²⁾

**การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรค
ฝีดาษวานร** ผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่มี
การปฏิบัติในการป้องกันโรคฝีดาษวานรอยู่ในระดับสูง
คิดเป็นร้อยละ 78.1 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง
มีประสบการณ์การทำงานนวดเพื่อสุขภาพใน
สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่เกิดการ
ระบาดไปทั่วโลก กระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการ
ความปลอดภัยทางด้านสาธารณสุขสำหรับร้านที่ให้
บริการนวด ส่งผลให้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ
ด้านป้องกันโรค และผลการศึกษาไม่สามารถ
เปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ได้เพราะ
การศึกษานี้ทำในกลุ่มอาชีพผู้ให้บริการนวดเพื่อ
สุขภาพ ซึ่งมีปัจจัยด้านความเสี่ยงที่ต่างกัน โดย
ประชาชนทั่วไปหรือ ผู้ประกอบอาชีพอื่นไม่ได้แนว
ปฏิบัติที่เหมือนกับผู้ประกอบอาชีพนี้

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นแนวทางในการ
กำหนดเชิงนโยบายเพื่อให้มีการสอดแทรกเนื้อหา
ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับ การป้องกัน โรคฝีดาษวานร
ในการจัดการเรียนการสอน อบรมในหลักสูตรการ
นวด ส่วนในเชิงปฏิบัติการควรจัดอบรม หรือจัด
กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการ
โรคฝีดาษวานร อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการ
ศึกษาเชิงสำรวจ ซึ่งอาจมีข้อจำกัด ในเชิงวิเคราะห์
สาเหตุด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรู้ ทัศนคติ
และการปฏิบัติ ซึ่งต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การมีส่วนร่วมของผู้เขียน (Author contributions)

กมลวรรณ วรรณขำ คิดคำถาม ขอความ
ยินยอม เขียนโครงร่าง นำเสนอโครงร่าง พัฒนา
เครื่องมือวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลกา
วิจัย รายงานผลการวิจัย เขียนงานวิจัยเพื่อตีพิมพ์
กฤษฎิ์ ประสิทธิ์โชค พัฒนาโครงร่าง เก็บข้อมูล
วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย ร่วมอ่านและเขียน
งานวิจัยเพื่อตีพิมพ์ ธนรัชต์ ผลิพัฒน์ มีส่วนในการ
ออกแบบการศึกษา พัฒนาโครงร่าง โรม บัวทอง
มีส่วนในการออกแบบการศึกษา พัฒนาโครงร่าง
และบุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี พัฒนาโครงร่าง
การร่วมพัฒนาเครื่องมือ สรุปการ ร่วมอ่านและเขียน
งานวิจัยเพื่อตีพิมพ์

แหล่งทุนวิจัย (Disclosure of sources of funding)

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก
มูลนิธิป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (มปคม.)

กิตติกรรมประกาศ (Acknowl- edgment)

ผู้เขียนขอขอบคุณข้อมูลสถานประกอบการ
นวดเพื่อสุขภาพที่รวบรวมโดยกองสถานประกอบ
การเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 22 สิงหาคม
พ.ศ. 2565

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

กมลวรรณ วรรณขำ, กฤษณ์ ประสิทธิโชค, โรม บัวทอง, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี. การศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคฝีดาษวานร (Mpox) ของผู้ประกอบการอาชีพประเภทยูให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566; 8(1):242-258.

Suggested citation for this article

Wannakham K, Prasittichok K, Buathong R, Plipat T, Supawattanabodee B. Knowledge Attitudes and Practices in Prevention of Mpox Outbreak among Thai Traditional Massage in Bangkok, Thailand. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023; 8(1):242-258.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Mpox (monkeypox); 2023 [cited 2023 May 2]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
2. World Health Organization Thailand [Internet]. Nonthaburi: WHO Thailand; 2022. Monkeypox; 2022 [cited 2023 Jan 2]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/monkeypox>
3. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2022. WHO Director - General's statement at the press conference following IHR Emergency Committee regarding the multi - country outbreak of monkeypox - 23 July 2022; 2022 [cited 2023 Jan 20]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-the-press-conference-following-IHR-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox--23-july-2022>
4. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Public consultation: Target Product Profiles for tests used for diagnosis of mpox (monkeypox); 2023. [cited 2023 Jan 17]; [about 1 p.]. Available from: [https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation--target-product-profiles-for-tests-used-for-diagnosis-of-mpox-\(monkeypox\)](https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation--target-product-profiles-for-tests-used-for-diagnosis-of-mpox-(monkeypox))

5. Vaughan A, Aarons E, Astbury J, Brooks T, Chand M, Flegg P, et al. Human - to - Human Transmission of Monkeypox Virus, United Kingdom, October 2018. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(4):782-5.
6. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta: CDC; 2022. Mpox symptoms; 2022 [cited 2022 Nov 26]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/symptoms/index.html>
7. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta: CDC; 2022. 2022 Global Map & Case Count; 2022 [cited 2022 Nov 26]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>
8. กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต].นนทบุรี:สำนักงาน; 2565. โรคติดเชื้อฝีดาษวานร (Monkeypox); 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2566]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/monkeypox/index.php>
9. กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต].นนทบุรี: สำนักงาน; 2565. กรมควบคุมโรค เผยพบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรยืนยันรายที่ 6 เดินทางกลับจากประเทศกาตาร์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2566]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=27912&dept-code=brc&news_views=3
10. กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต].นนทบุรี: สำนักงาน; 2565. กรมควบคุมโรค ตรวจพบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร รายที่ 12; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2566]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29166&deptcode=brc>
11. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta: CDC; 2022. Close or Intimate Contact; 2022 [cited 2022 Nov 26]; [about 1 p.] Available from: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/if-sick/transmission.html>
12. Bates BR, Grijalva MJ. Knowledge, attitudes, and practices towards monkeypox during the 2022 outbreak: An online cross - sectional survey among clinicians in Ohio, USA. *Journal of Infection and Public Health.* 2022;15(12):1459-65.
13. Riccò M, Ferraro P, Camisa V, Satta E, Zaniboni A, Ranzieri S, et al. When a Neglected Tropical Disease Goes Global: Knowledge, Attitudes and Practices of Italian Physicians towards Monkeypox, Preliminary Results. *Tropical Medicine and Infectious Disease.* 2022;7(7):1-21.
14. Harapan H, Setiawan AM, Yufika A, Anwar S, Wahyuni S, Asrizal FW, et al. Knowledge of human monkeypox viral infection among general practitioners: a cross - sectional study in Indonesia. *Pathogens and Global Health.* 2020;114(2):68-75.

15. กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขตามการผ่อนคลายการบังคับใช้ตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระยะที่ 3 สำหรับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สปา และนวดแผนไทย.นนทบุรี:สำนักงาน; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2566]; [ประมาณ 4 น.] เข้าถึงได้จาก: https://covid19.anamai.moph.go.th/web-upload/2xdccaaf3d7f6ae-30ba6ae1459eaf3dd66/m_document/6736/34191/file_download/18f9222ab53c15b-0318fb4bc09266437.pdf
16. กรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี:สำนักงาน; 2563. COVID Free Setting มาตรการความปลอดภัยองค์กร; 2022 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธ.ค. 2565]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: <https://stopcovid.anamai.moph.go.th/webapp/tsctype2.php?group=11>
17. Lin G, Tan W, Chan D, Ooi K, Hashim H. Monkeypox awareness, knowledge, and attitude among undergraduate preclinical and clinical students at a Malaysian dental school: An emerging outbreak during the COVID - 19 era. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*. 2022;15(10):461-7.
18. Bloom BS, Hastings J T, Madaus GF, Baldwin TS. Hand book on formative and summative evaluation of student lerning. New York: McGraw - Hill Book; 1971.
19. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Mpox (monkeypox) outbreak 2022; 2023 [cited 2023 May 2]; [about 1 p.] [Available from: <https://www.who.int/emergencies/situations/monkeypox-oubreak-2022>
20. Sallam M, Al - Mahzoum K, Dardas LA, Al - Tammemi AaB, Al - Majali L, Al - Naimat H, et al. Knowledge of Human Monkeypox and Its Relation to Conspiracy Beliefs among Students in Jordanian Health Schools: Filling the Knowledge Gap on Emerging Zoonotic Viruses. *Medicina*. 2022;58(7):1-17.
21. Alshahrani NZ, Mitra S, Alkuwaiti AA, Alhumam MN, Altmimi SMB, Alamri MHM, et al. Medical Students' Perception Regarding the Re - emerging Monkeypox Virus: An Institution - Based Cross - Sectional Study From Saudi Arabia. *Cureus*. 2022;14(8):1 - 17.
22. Ren F, Liu J, Miao J, Xu Y, Zhang R, Fan J, et al. Public awareness, specific knowledge, and worry about mpox (monkeypox): A preliminary community - based study in Shenzhen, China. *Frontiers in Public Health*. 2023;1-12.
23. Ahmed SK, Abdulqadirb SO, Omar RM, Hussein SH, M - Amin HI, Chandran D, et al. Study of knowledge, attitude and anxiety in Kurdistan - region of Iraqi population during the monkeypox outbreak in 2022: An online cross - sectional study. *Research Square*. 2022;Sep(8):1-12.

การศึกษาปัจจัยต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในพื้นที่เขตเมือง เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย

Factors Related to Road Traffic Accidents in Urban Community at Surat Thani City Municipality, Thailand

อรญา มลายากรณ์, ฐิตาภรณ์ เหลืองวิลัย, เจษฎา คุณโน

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Oraya Malayaporn, Titaporn Luangwilai, Jadsada Kunno

Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

Received 2023 May 12, Revised 2023 Jun 7, Accepted 2023 Jun 16

DOI: 10.14456/iudcj.2023.29

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบติดตามย้อนกลับเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน กรณีศึกษาช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2564 ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย งานวิจัยนี้นำข้อมูลมาจากระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (PHER Accident) กองสาธารณสุขฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเป็นตัวเลขและร้อยละ อธิบายการเปรียบเทียบคุณลักษณะโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลเชิงหมวดหมู่โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ ใช้สถิติแบบถดถอยโลจิสติกเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์กับปัจจัยต่าง ๆ โดยระดับนัยสำคัญกำหนดที่ $P - value < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประมาณ 6,428 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2564 ส่วนของปัจจัยต่าง ๆ พบว่า เพศ อายุ ประเภทของการรักษาพยาบาล การดื่มแอลกอฮอล์ ระดับผู้ป่วย ประเภทของยานพาหนะผู้บาดเจ็บ และประเภทของถนนมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.05$) งานวิจัยนี้พบว่า ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 1,617 คนมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะเดียวกันยังพบว่าเพศชาย ที่มีอายุ 36 - 60 ปี การไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ขับขี่หรือโดยสารด้วยรถโดยสาร 4,6 ล้อ และเกิดอุบัติเหตุบนประเภทถนนกรมทางหลวง ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.05$) ดังนั้นแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมที่เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ควรเน้น

ที่เพศชาย วัยทำงาน ไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดนิรภัย และดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการลดพฤติกรรมเสี่ยง การเกิดอุบัติเหตุทางถนน สร้างวินัยจราจร ตลอดจนปรับเปลี่ยนทัศนคติผู้ขับขี่ให้มีสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม

คำสำคัญ: อุบัติเหตุทางถนน, เขตเมือง, สุราษฎร์ธานี

Abstract

A retrospective descriptive study was conducted from 2018 to 2021 (4 years) to determine the factors related to road traffic accidents in urban communities: a case study in Surat Thani Province, Thailand. This study collected data from the Division of Public Health Emergency Management (PHER), Ministry of Public Health, Thailand. We summarized the characteristics of continuous and categorical data as numbers and percentages. Characteristics were compared using descriptive statistics, and categorical data were compared using a chi - square test. Binary logistic regression was used to test the association between alcohol drinking with variable factors. The level of significance was set at P - value < 0.05. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences Program (SPSS), version 28.

The results showed that cases and deaths during road traffic accidents approximately 6,428 cases from 2018 to 2021. variable factors, including gender, age, type of medical care, alcohol consumption, patient level, and type of vehicle injured had a statistically significant correlation with road accidents (P - value < 0.05). Our results found 1,617 people in road accidents had the history of alcohol drinking. In addition, male aged 36 - 60 years old, type of road use as a driver and passenger, not wearing a helmet or seat belt associated with accidents on the roads (P - value < 0.05). Thus, strategies that are effective for the Surat Thani municipality area should focus on male workers, wearing safety belts or helmets, and drinking alcohol to reduce their risk of driving accidents. In addition, it should be implemented on drivers and other road users and alter drivers' attitudes to foster a sense of social responsibility.

Keywords: Road traffic accidents, urban community, Surat Thani

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งด้านครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนอาจจะกลายเป็นความคุ้นชิน องค์การสหประชาชาติ⁽¹⁾ จึงได้กำหนดทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road Safety 2011 - 2020) ให้เป้าหมายด้านความปลอดภัยทางถนนเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) โดยตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2573⁽¹⁾ ประเทศไทยแม้ว่าจะมีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนนก็ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศตามที่มีการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย คาดประมาณไว้สูงถึง 545,435 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product : GDP)⁽²⁾ จากปัญหาดังกล่าว ข้างต้นคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2553⁽³⁾ ได้ให้ความสำคัญกับแนวทางการดำเนินการตามกรอบปฏิญญาโมสโก จึงกำหนดให้ปี พ.ศ. 2554 - 2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน โดยให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน เพื่อเป็นกรอบแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมนำไปใช้ดำเนินงาน ซึ่งการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายตามกรอบปฏิญญา

โมสโกนั้น ต้องลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ต่ำกว่า 10 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนภายในปี พ.ศ. 2563⁽³⁾

ในเขตบริการสุขภาพที่ 11 จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance : IS) ในปี พ.ศ. 2561 - 2564 พบว่า จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีจำนวนผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตสูงสุด ประมาณ 29,927 คน⁽⁴⁾ โดยอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ที่ 28.95 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 - 2564⁽⁵⁾ อยู่ที่ 18 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน อำเภอที่มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี โดยพื้นที่ที่มีบริบทความเป็นเมืองที่ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี คือ เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี เขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ถือเป็นศูนย์กลางธุรกิจ มีการคมนาคมที่สัญจรอย่างหนาแน่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถนนที่ใช้สัญจรในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน เช่น ทางโค้ง ทางสามแยก ทางสี่แยก จุดกัลปพฤกษ์ เป็นต้น ในปัจจุบันการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีจะเป็นการขับเคลื่อนตามแนวทางการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทยได้กำหนดขึ้น ซึ่งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน เป็นองค์กรหลักของรัฐบาลในการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของประเทศ ที่คอยทำหน้าที่จัดทำข้อเสนอ นโยบาย และแผนเกี่ยวกับป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งบทบาทของท้องถิ่นจะนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้เกิดรูปธรรมต่อไป⁽³⁾

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ทราบว่า จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 - 2564 และพื้นที่ที่เป็นกรณีศึกษาเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ไม่มีการกำหนดนโยบายระดับพื้นที่ที่เหมาะสมกับบริบทของปัญหาในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสภาพปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่เขตเมือง กรณีศึกษาเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของพื้นที่ มุ่งแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนและขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ขับขี่ ปัจจัยด้านรถ ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564
2. เพื่อศึกษาปัจจัยการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ การศึกษาแบบติดตามย้อนกลับเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร คือ ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ที่มีการบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (PHER Accident) ในปี พ.ศ. 2561 - 2564 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร พิจารณาจากเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีทั้งหมด ที่มีการบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (PHER Accident) เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่มีข้อมูลขาดหายไปในตัวแปรที่ศึกษา จากผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจำนวน 8,165 ราย คัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6,428 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (PHER Accident) กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2561 - 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำหนังสือขออนุญาตกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (PHER Accident)

2. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จากการดึงข้อมูลที่มีการบันทึกในระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (PHER Accident) ในปี พ.ศ. 2561 - 2564

3. รวบรวมข้อมูล และเอกสารต่าง ๆ จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

4. จัดการข้อมูลสูญหาย (Missing Data) ด้วยวิธีการลบข้อมูลผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนรายนั้นออก ในกรณีที่ข้อมูลขาดหายไปในตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง แล้วจึงจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และรายงานผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสำหรับโปรแกรม (SPSS) รุ่น 28 โดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงปริมาณเป็นหลัก ทั้งสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้จำนวนและร้อยละในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564 ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ

โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square test) และการวิเคราะห์ถดถอยเอกนามและถดถอยพหุนาม (Univariate and multivariate logistic analysis) นำเสนอโดยผลการทดสอบทางสถิติจากการวิเคราะห์ โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ ($P - value < 0.05$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ตามเอกสารรับรองเลขที่ COE: 003/2023X

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยด้านผู้ขับขี่ปัจจัยด้านรถปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564

การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564 มีจำนวนผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งหมด 6,428 ราย โดยสูงสุดในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1,995 ราย รองลงมาคือ ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1,655 ราย ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,432 ราย และปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1,346 ราย ตามลำดับ โดยผลการศึกษาเป็นดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ขับขี่ ในปี พ.ศ. 2561 - 2564 พบว่า ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่เป็นในเพศชาย ร้อยละ 50.5 ในช่วงกลุ่มอายุ 36 - 60 ปี ร้อยละ 27.0 มีการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 19 - 24 ปี ร้อยละ 23.0 และกลุ่มอายุ 25 - 35 ปี ร้อยละ 19.5 ตามลำดับ สัญชาติไทย ร้อยละ 97.1 ประเภทของการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 76.9 ระดับผู้ป่วยเป็นการบาดเจ็บปานกลาง ร้อยละ 67.7 ประเภทของผู้ใช้รถใช้ถนนเป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 76.5 มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตไม่สวมหมวกนิรภัย/ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 68.2 และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.2

ปัจจัยด้านรถ ในปี พ.ศ. 2561 - 2564 พบว่า ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุโดยมียานพาหนะผู้บาดเจ็บเป็นจักรยานยนต์ ร้อยละ 89.5 เป็นแบบไม่มีคู่มือ ร้อยละ 39.3

ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม ในปี พ.ศ. 2561 - 2564 พบว่า ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุทางถนนเกิดขึ้นบนถนนกรมทางหลวง ร้อยละ 94.1

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านผู้ขับขี่ ปัจจัยด้านรถ และปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม ในปี พ.ศ. 2561 - 2564 ผลจากการทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า เพศ อายุ ประเภทของการรักษาพยาบาล การดื่มแอลกอฮอล์ ระดับผู้ป่วย ประเภทของยานพาหนะ ผู้บาดเจ็บ และประเภทของถนนมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564

ปัจจัย ต่าง ๆ	การเกิดอุบัติเหตุทางถนน n = 6,428		ปี 2561 n = 1,346		ปี 2562 n = 1,995		ปี 2563 n = 1,655		ปี 2564 n = 1,432		P - value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
ปัจจัยด้านผู้ขับขี่											
เพศ											0.008*
	ชาย	3,248	50.5	724	53.8	954	47.8	847	51.2	723	50.5
	หญิง	3,180	49.5	622	46.2	1,041	52.2	808	48.8	709	49.5
อายุ											< 0.001*
	น้อยกว่า 15 ปี	744	11.6	178	13.2	243	12.2	188	11.4	135	9.4
	15 - 18 ปี	734	11.4	174	12.9	239	12.0	200	12.1	121	8.4
	19 - 24 ปี	1,480	23.0	312	23.2	493	24.7	382	23.1	293	20.5
	25 - 35 ปี	1,255	19.5	242	18.0	375	18.8	325	19.6	313	21.9
	36 - 60 ปี	1,735	27.0	352	26.2	486	24.4	436	26.3	461	32.2
	60 ปีขึ้นไป	480	7.5	88	6.5	159	8.0	124	7.5	109	7.6

ปัจจัยต่าง ๆ	การเกิดอุบัติเหตุทางถนน n = 6,428		ปี 2561 n = 1,346		ปี 2562 n = 1,995		ปี 2563 n = 1,655		ปี 2564 n = 1,432		P - value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
สัญชาติ											0.143
	ไทย	6,243	97.1	1,317	97.8	1,940	97.2	1,596	96.4	1,390	97.1
	ต่างชาติ (รวมต่างด้าว)	185	2.9	29	2.2	55	2.8	59	3.6	42	2.9
ประเภทของการรักษาพยาบาล											0.017*
	ผู้ป่วยนอก	4,944	76.9	1,076	79.9	1,534	76.9	1,245	75.2	1,089	76.0
	ผู้ป่วยใน	1,484	23.1	270	20.1	461	23.1	410	24.8	343	24.0
ประเภทของผู้ใช้รถใช้ถนน											0.059
	ผู้ขับขี่	4,915	76.5	1,006	74.7	1,495	74.9	1,288	77.8	1,126	78.6
	ผู้โดยสาร	1,324	20.6	293	21.8	445	22.3	321	19.4	265	18.5
	คนเดินเท้า	189	2.9	47	3.5	55	2.8	46	2.8	41	2.9
พฤติกรรมการป้องกัน											0.062
	ไม่สวมหมวกนิรภัย / ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	4,387	68.2	933	69.3	1,401	70.2	1,098	66.3	955	66.7
	สวมหมวกนิรภัย	1,973	30.7	403	29.9	568	28.5	541	32.7	461	32.2
	คาดเข็มขัดนิรภัย	68	1.1	10	0.7	26	1.3	16	1.0	16	1.1
การดื่มแอลกอฮอล์											< 0.001*
	ไม่ดื่ม	4,811	74.8	143	10.6	1,800	90.2	1,541	93.1	1,327	92.7
	ดื่ม	1,617	25.2	1,203	89.4	195	9.8	114	6.9	105	7.3
ระดับผู้ป่วย											< 0.001*
	บาดเจ็บเล็กน้อย	1,659	25.8	487	36.2	563	28.2	380	23.0	229	16.0
	บาดเจ็บปานกลาง	4,353	67.7	782	58.1	1,322	66.3	1,154	69.7	1,095	76.5
	บาดเจ็บรุนแรง	416	6.5	77	5.7	110	5.5	121	7.3	108	7.5

ปัจจัยต่าง ๆ	การเกิดอุบัติเหตุทางถนน n = 6,428		ปี 2561 n = 1,346		ปี 2562 n = 1,995		ปี 2563 n = 1,655		ปี 2564 n = 1,432		P - value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
ปัจจัยด้านรถ											
ประเภทของยานพาหนะผู้บาดเจ็บ											< 0.001*
	ไม่มี/ล้มเอง	192	3.0	49	3.6	56	2.8	46	2.8	41	2.9
	รถจักรยาน	136	2.1	4	0.3	57	2.9	35	2.1	40	2.8
	จักรยานยนต์	5,751	89.5	1,209	89.8	1,779	89.2	1,479	89.4	1,284	89.7
	สามล้อเครื่อง	34	0.5	2	0.1	8	0.4	12	0.7	12	0.8
	รถเก๋ง/แท็กซี่/ปิคอัพ	268	4.2	49	3.6	90	4.5	79	4.8	50	3.5
	รถโดยสาร 4,6 ล้อ	34	0.5	28	2.1	2	0.1	2	0.1	2	0.1
	รถบรรทุก	13	0.2	5	0.4	3	0.2	2	0.1	3	0.2
ประเภทของยานพาหนะคู่กรณี											0.241
	ไม่มี/ล้มเอง	2,523	39.3	560	41.6	785	39.3	601	36.3	577	40.3
	จักรยานยนต์	1,504	23.4	307	22.8	458	23.0	393	23.7	346	24.2
	รถเก๋ง/แท็กซี่/ปิคอัพ	2,229	34.7	439	32.6	703	35.2	616	37.2	471	32.9
	รถตู้/รถโดยสาร 4,6 ล้อ	94	1.5	19	1.4	28	1.4	26	1.6	21	1.5
	รถบรรทุก	78	1.2	21	1.6	21	1.1	19	1.1	17	1.2
ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม											
ประเภทของถนน											< 0.001*
	ถนนกรมทางหลวง	6,050	94.1	1,222	90.8	1,876	94.0	1,611	97.3	1,341	93.6
	ถนนในเมือง (เทศบาล)	332	5.2	112	8.3	101	5.1	40	2.4	79	5.5
	ถนนกรมทางหลวงชนบท	46	0.7	12	0.9	18	0.9	4	0.2	12	0.8

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564)

2. ปัจจัยการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564

การวิเคราะห์การดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression analysis) แบบถดถอยเอกนามและถดถอยพหุนาม (univariate and multivariate logistic analysis) พบว่า

การบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีจำนวนผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 1,617 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.1 มีอายุ 36 - 60 ปี ร้อยละ 29.8 สัญชาติไทย ร้อยละ 97.6 ประเภทของการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 73.9 ระดับผู้ป่วยเป็นการบาดเจ็บปานกลาง ร้อยละ 61.5 ประเภทของผู้ใช้รถใช้ถนนเป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 76.1 ยานพาหนะผู้บาดเจ็บเป็นจักรยานยนต์ ร้อยละ 87.2 โดยไม่มีผู้กระทำผิดหรือตนเอง ร้อยละ 43.3 ไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 72.4 และประเภทถนนกรมทางหลวง ร้อยละ 91.2

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเอกนามของการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P - value < 0.25) คือ เพศชาย อายุ (15 - 18 ปี

และ 36 - 60 ปี) สัญชาติไทย ประเภทของการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก การไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ระดับผู้ป่วยแบบบาดเจ็บปานกลาง ยานพาหนะผู้บาดเจ็บ (รถจักรยาน, สามล้อเครื่อง และรถโดยสาร 4,6 ล้อ) ยานพาหนะคู่กรณี (จักรยานยนต์, รถเก๋ง/แท็กซี่/ปิคอัพ และรถตู้/รถโดยสาร 4,6 ล้อ) และประเภทของถนน (ถนนกรมทางหลวงและถนนในเมือง)

เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุนามแล้วคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ (P - value < 0.05) คือ

ปัจจัยด้านผู้ขับขี่ พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นเพศชายมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าเพศหญิง 1.52 เท่า (P - value < 0.001 , 95%CI: 1.343 - 1.708) ผู้ที่มีช่วงอายุ 36 - 60 ปี ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็น 1.30 เท่า (P - value = 0.04, 95%CI: 1.013 - 1.662) ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าผู้ที่สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยเป็น 1.32 เท่า (P - value < 0.01 , 95%CI: 1.154 - 1.508) ระดับผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าระดับผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง (P - value < 0.01 , 95%CI: 1.180 - 2.031) ประเภทของการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนนน้อยกว่าประเภทของการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน 28% (P - value < 0.01 , 95%CI: 0.623 - 0.839)

ปัจจัยด้านรถ พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ขับขี่หรือโดยสารด้วยรถโดยสาร 4 ล้อ หรือ 6 ล้อ มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่ารถบรรทุก 8.07 เท่า (P - value < 0.01, 95%CI: 1.904 - 34.186) และกลุ่มผู้ที่ขับขี่หรือโดยสารด้วยรถจักรยานมีโอกาสดังกล่าวทางถนนน้อยกว่ารถบรรทุก 71% (P - value = 0.05, 95%CI: 0.083 - 0.991)

ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เดินเท้า ขี่ขี่ หรือโดยสารบนถนนกรมทางหลวงมีโอกาสดังกล่าวทางถนนน้อยกว่าถนนกรมทางหลวงชนบท 59% (P - value < 0.01, 95%CI: 0.224 - 0.737) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเอกนามและถดถอยพหุนาม (univariate and multivariate logistic analysis) ของการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564

คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ	การเกิดอุบัติเหตุทางถนน n = 6,428		การวิเคราะห์ถดถอยเอกนาม		การวิเคราะห์ถดถอยพหุนาม	
	ไม่ดื่ม	ดื่ม	OR (95%CI)	P - value	OR (95%CI)	P - value
	n = 4,811	n = 1,617				
ปัจจัยด้านผู้ขับขี่						
เพศ						
ชาย	2,309(48.0)	939(58.1)	1.501(1.339 - 1.682)	< 0.001**	1.515(1.343 - 1.708)	< 0.001*
หญิง	2,502(52.0)	678(41.9)	Ref.		Ref.	
อายุ						
น้อยกว่า 15 ปี	565(11.7)	179(11.1)	1.118(0.850 - 1.469)	0.425	0.946(0.707 - 1.265)	0.708
15 - 18 ปี	541(11.2)	193(11.9)	1.259(0.960 - 1.651)	0.096**	1.090(0.821 - 1.447)	0.551
19 - 24 ปี	1,119(23.3)	361(22.3)	1.138(0.890 - 1.456)	0.302	1.057(0.817 - 1.366)	0.675
25 - 35 ปี	959(19.9)	296(18.3)	1.089(0.846 - 1.401)	0.507	1.016(0.782 - 1.320)	0.907
36 - 60 ปี	1,253(26.0)	482(29.8)	1.357(1.068 - 1.725)	0.013**	1.298(1.013 - 1.662)	0.039*
60 ปีขึ้นไป	374(7.8)	106(6.6)	Ref.		Ref.	

คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ		การเกิดอุบัติเหตุทางถนน n = 6,428		การวิเคราะห์ถดถอยเอเจนาม		การวิเคราะห์ถดถอยพหุนาม	
		ไม่ดื่ม n = 4,811	ดื่ม n = 1,617	OR (95%CI)	P - value	OR (95%CI)	P - value
สัญชาติ							
	ไทย	4,665(97.0)	1,578(97.6)	1.266(0.885 - 1.811)	0.196**	1.296(0.896 - 1.875)	0.168
	ต่างชาติ (รวมต่างด้าว)	146(3.0)	39(2.4)	Ref.		Ref.	
ประเภทของการรักษาพยาบาล							
	ผู้ป่วยนอก	3,749(77.9)	1,195(73.9)	0.802(0.704 - 0.914)	0.001**	0.723(0.623 - 0.839)	< 0.001*
	ผู้ป่วยใน	1,062(22.1)	422(26.1)	Ref.		Ref.	
ประเภทของผู้ใช้รถใช้ถนน							
	ผู้ขับขี่	3,685(76.6)	1,230(76.1)	0.834(0.605 - 1.152)	0.271	4.713(0.402 - 55.283)	0.217
	ผู้โดยสาร	991(20.6)	333(20.6)	0.840(0.598 - 1.179)	0.314	4.459(0.381 - 52.230)	0.234
	คนเดินเท้า	135(2.8)	54(3.3)	Ref.		Ref.	
พฤติกรรมการป้องกัน							
	ไม่สวมหมวกนิรภัย/ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	3,216(66.8)	1,171(72.4)	1.302(1.150 - 1.475)	< 0.001**	1.319(1.154 - 1.508)	< 0.001*
	สวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัย	1,595(33.2)	446(27.6)	Ref.		Ref.	
ระดับผู้ป่วย							
	บาดเจ็บเล็กน้อย	1,157(24.0)	502(31.0)	1.070(0.845 - 1.356)	0.574	1.548(1.180 - 2.031)	0.002*
	บาดเจ็บปานกลาง	3,358(69.8)	995(61.5)	0.731(0.584 - 0.914)	0.006**	0.942(0.740 - 1.199)	0.626
	บาดเจ็บรุนแรง	296(6.2)	120(7.4)	Ref.		Ref.	

คุณลักษณะ ส่วนบุคคลและ ปัจจัยต่าง ๆ	การเกิดอุบัติเหตุทางถนน n = 6,428		การวิเคราะห์ถดถอย เอกลนาม		การวิเคราะห์ถดถอย พหุนาม		
	ไม่ดื่ม	ดื่ม	OR (95%CI)	P - value	OR (95%CI)	P - value	
	n = 4,811	n = 1,617					
ปัจจัยด้านรถ							
ประเภทของยานพาหนะผู้บาดเจ็บ							
	ไม่มี/ลั้มเอง	136(2.8)	56(3.5)	0.659(0.207 - 2.101)	0.481	3.806(0.259 - 55.941)	0.330
	รถจักรยาน	117(2.4)	19(1.2)	0.260(0.077 - 0.878)	0.030**	0.287(0.083 - 0.991)	0.048*
	จักรยานยนต์	4,341(90.2)	1,410(87.2)	0.520(0.170 - 1.591)	0.252	0.633(0.203 - 1.976)	0.431
	สามล้อเครื่อง	27(0.6)	7(0.4)	0.415(0.103 - 1.670)	0.216**	0.495(0.121 - 2.030)	0.329
	รถเก๋ง/แท็กซี่/ ปิคอัพ	176(3.7)	92(5.7)	0.836(0.266 - 2.629)	0.760	1.021(0.319 - 3.272)	0.972
	รถโดยสาร 4,6 ล้อ	6(0.1)	28(1.7)	7.467(1.799 - 30.994)	0.006**	8.069(1.904 - 34.186)	0.005*
	รถบรรทุก	8(0.2)	5(0.3)	Ref.		Ref.	
ประเภทของยานพาหนะคู่กรณี							
	ไม่มี/ลั้มเอง	1,823(37.9)	700(43.3)	0.864(0.530 - 1.408)	0.558	0.874(0.528 - 1.446)	0.600
	จักรยานยนต์	1,163(24.2)	341(21.1)	0.660(0.402 - 1.083)	0.100**	0.706(0.423 - 1.176)	0.181
	รถเก๋ง/แท็กซี่/ ปิคอัพ	1,695(35.2)	534(33.0)	0.709(0.434 - 1.158)	0.169**	0.747(0.451 - 1.235)	0.255
	รถตู้/รถโดยสาร 4,6 ล้อ	76(1.6)	18(1.1)	0.533(0.264 - 1.077)	0.080**	0.554(0.270 - 1.138)	0.108
	รถบรรทุก	54(1.1)	24(1.5)	Ref.		Ref.	

คุณลักษณะ ส่วนบุคคลและ ปัจจัยต่าง ๆ	การเกิดอุบัติเหตุทางถนน n = 6,428		การวิเคราะห์ถดถอย เอเจนาม		การวิเคราะห์ถดถอย พหุนาม		
	ไม่ดื่ม	ดื่ม	OR (95%CI)	P - value	OR (95%CI)	P - value	
	n = 4,811	n = 1,617					
ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม							
ประเภทของถนน							
	ถนนกรมทางหลวง	4,575(95.1)	1,475(91.2)	0.384(0.214 - 0.688)	0.001**	0.406(0.224 - 0.737)	0.003*
	ถนนในเมือง (เทศบาล)	211(4.4)	121(7.5)	0.683(0.367 - 1.271)	0.229**	0.691(0.366 - 1.304)	0.254
	ถนนกรมทางหลวง ชนบท	25(0.5)	21(1.3)	Ref.		Ref.	

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.25

อภิปรายผล

การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของประเทศไทย จากรายงานปี ค.ศ. 2018 ขององค์การอนามัยโลกประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽⁶⁾ ในการศึกษาที่พบเพศชายมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Behrooz Hamzeh และ Sunee Kraonual ที่รายงานไว้ว่าเพศชายมีการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าเพศหญิงเนื่องจากเพศชายมีความถี่ในการขับขี่มากกว่าเพศหญิง มีพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ และประกอบอาชีพที่จำเป็นต้องใช้ยานพาหนะในการขับขี่⁽⁷⁻⁸⁾ เมื่อจำแนกการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ ในศึกษานี้พบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าเพศหญิง โดยอาจเนื่องมาจากเพศชายมีพฤติกรรมการชอบ

พบปะสังสรรค์ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Karina Conde ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนจากการใช้แอลกอฮอล์ที่อยู่นอกถนนเป็นเพศชายร้อยละ 68.0 แต่การดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งในเพศชายและเพศหญิง⁽⁹⁾ การศึกษานี้พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้โอกาสในการเกิดอุบัติเหตุทางถนนลดลง โดยพบการเกิดอุบัติเหตุสูงสุดในผู้ที่มีอายุ 36 - 60 ปี โดยอาจเนื่องมาจากเป็นช่วงวัยทำงานที่ต้องมีการเดินทางใช้รถใช้ถนนเพื่อประกอบอาชีพ และมีชีวิตที่เร่งรีบมากขึ้น โดยในกลุ่มช่วงอายุ 36 - 60 ปีมีโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุมากกว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 1.30 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Joseph Ghoubair และ Robert B. Voas ที่พบว่าความเสี่ยงของการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากประสบการณ์ในการขับขี่ที่เพิ่ม

ขึ้นทำให้เมื่อประสบเหตุสามารถแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้าได้ดีกว่าประสบการณ์ในการขับขี่ที่น้อย^(10 - 11) การขาดความตระหนักในความสำคัญของอุปกรณ์ความปลอดภัยในขณะที่ขับขี่ การบังคับใช้กฎจราจรทางถนนที่ไม่เข้มงวด หรือความมั่นใจมากเกินไปส่งผลให้ไม่สวมหมวกนิรภัยและไม่คาดเข็มขัดนิรภัย⁽¹²⁾ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีความชุกของผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่มีใช้อุปกรณ์ความปลอดภัย (สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยอยู่) ที่ 31.8% สอดคล้องกับรายงานทั่วโลกเกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนนที่พบว่าการสวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยสามารถป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการแสดงให้เห็นว่าการสวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัดนิรภัยเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน⁽¹³⁾ ภัยคุกคามที่สำคัญอีกประการหนึ่งต่อความปลอดภัยบนท้องถนนคือการดื่มแอลกอฮอล์ ในการศึกษานี้มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 25.2 ในหลายกรณีผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แล้วเกิดความคิดคะนอง เมื่อมีอารมณ์จะขาดสติและความยับยั้งคิดในการกระทำ เมื่อขับขี่ก็จะขับขี่ด้วยความประมาท ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Guilherme Borges ที่พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้น 3 เท่าในกลุ่มผู้ที่มีรายงานการใช้แอลกอฮอล์ในช่วง 6 ชั่วโมงก่อนเกิดการบาดเจ็บ ยิ่งคนดื่มมากเท่าใดความเสี่ยงยิ่งเพิ่มขึ้น⁽¹⁴⁾ ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย และจัดเป็นอุบัติเหตุที่ไม่ร้ายแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Joseph Ghoubaira

พบว่าการบาดเจ็บที่พบบ่อยที่สุดคือ รอยฟกช้ำหรือรอยถลอกชั้นตื้น เนื่องจากในเมืองมีการจราจรที่แออัด ถนนที่มีความซับซ้อนทำให้การใช้ความเร็วไม่มากนัก⁽¹⁰⁾

อุบัติเหตุบนถนนกรมทางหลวงพบมากที่สุดในการศึกษานี้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับถนนสายอื่น โอกาสเกิดอุบัติเหตุยังคงน้อยอยู่ สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2561 - 2564⁽¹⁵⁾ พบว่าอุบัติเหตุบนทางหลวงยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก แต่จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว บนถนนสายรองหรือถนนในชุมชน

สรุปผลการศึกษา

ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2564 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สัญชาติไทย กลุ่มอายุ 36 - 60 ปี ประเภทของการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอก ระดับผู้ป่วยเป็นการบาดเจ็บปานกลาง ประเภทของยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนเป็นจักรยานยนต์ที่เกิดจากผู้ขับขี่เองแบบไม่มีคู่กรณี โดยเกิดอุบัติเหตุบนถนนกรมทางหลวงมากที่สุด โดยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนมีความสัมพันธ์กับ เพศชายที่มีอายุ 36 - 60 ปี การไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ขับขี่หรือโดยสารด้วยรถโดยสาร 4,6 ล้อ และเกิดอุบัติเหตุบนประเภทถนนกรมทางหลวง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นปัจจัยส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดจากผู้ขับขี่รถ ถนนและสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัจจัยการดื่มแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน ผลการวิจัยนี้จึงเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี รวมไปถึงพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากพฤติกรรมเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ใช้รถใช้ถนน และสามารถนำไปกำหนดเป็นนโยบายในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนระดับพื้นที่ให้เป็นรูปธรรมและเกิดผลที่ชัดเจนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีเท่านั้น จึงควรมีการขยายการศึกษาไปยังกลุ่มตัวอย่างอื่นเพื่อให้ครอบคลุมในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. อาจศึกษาตัวแปรหรือปัจจัยในประเด็นอื่นเพิ่มเติมด้วยเพื่อให้เข้าใจปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่ชัดเจนมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของถนน เช่น ความส่องสว่างของแสงไฟ ทิศนวิสัยที่เป็นอุปสรรค จุดที่เกิดเหตุบ่อยครั้ง จุดที่เกิดอุบัติเหตุใหญ่ เป็นต้น ข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ อาจมีข้อมูลที่มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ตัวแปรที่จะใช้ในการศึกษาอาจมีข้อมูลที่ขาดหายไป และไม่สามารถตรวจสอบความผิดพลาดบางประการของการบันทึกข้อมูลได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (มปคม.) และศูนย์การอบรมและวิจัยการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (Center of training and Research in Urban Disease Control Program : C - TRUDC) ภายใต้กรมควบคุมโรค และข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (PHER Accident) กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

อรญา มลายาภรณ์, ฐิตาภรณ์ เหลืองวิลัย, เจษฎา คุณโน. การศึกษาปัจจัยต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่เขตเมือง เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):259-275.

Suggested citation for this article

Malayaporn O, Luangwilai T, Kunno J. Factors Related to Road Traffic Accidents in Urban Community at Surat Thani Province, Thailand. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):259-275.

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักแผนความปลอดภัย; 2565.
2. ณัชชา โอเจริญ. อุบัติเหตุทางถนน ความเสียหายร้ายแรงต่อเศรษฐกิจไทย. ใน: บทความที่ดีอาร์ไอชวนอ่าน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ); 2560 - [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2565]. [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก https://tdri.or.th/2017/08/econ_traffic_accidents/
3. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. แผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์ ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2554 - 2563. กรุงเทพฯ: ฝ่ายเลขานุการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย; 2554.
4. กองป้องกันการบาดเจ็บ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; c2023. อุบัติเหตุทางถนน ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ปี 61 - 66; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 23 ส.ค. 2565]; [ประมาณ 1 หน้า]. เข้าถึงได้จาก <https://dip.ddc.moph.go.th/new/บริการ/IS61-65>
5. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 - 2564. กรุงเทพฯ: ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย; 2562.
6. เนตรจิตร์ บุณนาค. WHO เผยรายงาน ‘ไทย’ เสียชีวิตบนท้องถนนสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แม้มีกฎหมายจราจรในเกณฑ์ดี. 2021. ใน: เป้าหมายที่ 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health and Well-being) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน; c2021 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ค. 2566]. [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก <https://www.sdgmove.com/2021/02/10/who-global-status-report-on-road-safety-2018/>

7. Hamzeh B, Najafi F, Karamimatin B, Ahmadijouybari T, Salari A, Moradinazar M. Epidemiology of traffic crash mortality in west of Iran in a 9 year period. *Chin J Traumatol*. 2016;19(2):70-4.
8. Kraonual S, Lim A, Ueranantasun A, Kakchapati S. Patient and injury characteristics associated with road traffic mortality in general hospitals in southern Thailand. *Asian Biomedicine*. 2019;13(2):71-7.
9. Conde K, Peltzer RI, Gimenez PV, Salomon T, Suarez G, Monteiro M, et al. Road traffic injury risk from alcohol and cannabis use among emergency department patients in Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:1 - 7.
10. Ghoubaira J, Diab M, Nassereldine H, Tamim H, Saadeh S, Price R, et al. Road traffic injury in Lebanon: A prospective study to assess injury characteristics and risk factors. *Health Sci Rep*. 2021;4(4):1-7.
11. Voas RB, Torres P, Romano E, Lacey JH. Alcohol - related risk of driver fatalities: an update using 2007 data. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012;73(3):341 - 50.
12. Suryanarayana S, Gautham M, Manjunath M, Narendranath V. Surveillance of injuries in a tertiary care hospital. *Indian J Community Med*. 2010;35(1):191-2.
13. World Health Organization. Global status report on road safety 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
14. Borges G, Monteiro M, Cherpitel CJ, Orozco R, Ye Y, Poznyak V, et al. Alcohol and Road Traffic Injuries in Latin America and the Caribbean: A Case - Crossover Study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017;41(10):1731-7.
15. ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2561 - 2564. ปทุมธานี: มูลนิธิไทยโรดส์; 2565.

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาอุบัติเหตุนานในช่วงเทศกาล: การศึกษาระดับกลุ่มประชากร ในประเทศไทย

Prevalence and factors affecting road traffic accidents during festivals: an ecological study, Thailand

กวิน อินทาม¹, ฐิตาภรณ์ เหลืองวิลัย¹, วชิราภรณ์ วณิชนพรัตน์¹,
กฤษฎา มโหทาน², เจษฎา คุณโน¹

¹คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

²กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Gavin Intham¹, Titaporn Luangwilai¹, Wachiraporn Wanichnopparat¹,
Krisada Mahotarn², Jadsada Kunno¹

¹Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

²Department of Disease Control, Ministry of Public Health

Received 2023 May 12, Revised 2023 Jun 18, Accepted 2023 Jun 26

DOI: 10.14456/iudcj.2023.30

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบติดตามย้อนกลับเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาอุบัติเหตุนานในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย รวบรวมจากแบบบันทึกและรายงานผ่านโปรแกรม PHER accident ที่มีข้อมูลครบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาใช้ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ถดถอยการในวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยระดับนัยสำคัญกำหนดที่ $P - value < 0.05$ การวิเคราะห์ทางสถิติดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสำหรับโปรแกรม (SPSS) รุ่น 22

ผลการศึกษาพบว่า มีจำนวนผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิต ในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ที่มีข้อมูลครบ จำนวน 172,700 คน โดยในช่วงเทศกาลปีใหม่มีจำนวนผู้บาดเจ็บ 96,430 คน ผู้เสียชีวิต 808 คน ช่วงเทศกาลสงกรานต์มีจำนวนผู้บาดเจ็บ 74,844 คน ผู้เสียชีวิต 618 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สัญชาติไทย กลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ประเภทของการรักษาพยาบาลเป็นแบบผู้ป่วยนอก ประเภทของยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ที่เกิดจากผู้ขับขี่เอง โดยเกิดที่ถนนในองค์การบริหาร

ส่วนตำบลเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - \text{value} < 0.05$) ดังนั้นแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมควรมีการจัดตั้งด่านชุมชน สกั๊ดผู้ขับขี่ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง แก้ไขจุดเสี่ยงในพื้นที่ ควบคุมการจำหน่ายและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะเพศชาย วัยรุ่นถึงวัยทำงาน และรณรงค์เพื่อสร้างการมีวินัยจราจร ผ่านสื่อต่าง ๆ

คำสำคัญ: อุบัติเหตุทางถนน, เทศกาลปีใหม่/สงกรานต์, ประเทศไทย

Abstract

A retrospective descriptive study was conducted from 2018 to 2022 to determine the prevalence and factors affecting road accidents during the New Year and Songkran festivals. We collected data from PHER accident. We used descriptive statistics for data as numbers and percentages. Binary logistic regression was used to test the association between sociodemographic and factors affecting road traffic accidents during festivals. The level of significance was set at $P - \text{value} < 0.05$. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences Program (SPSS), version 22.

The results presented that during the New Year and Songkran festivals were injured and died 172,700 people. The New Year festivals were presented injured 96,430 people and died 808 people. The Songkran festivals were presented injured 74,844 people and died 618 people. Most of participants were male, Thai - nationality, aged 15–19 - year - old. Type of medical care is outpatient. Types of vehicles involved in road accidents are motorcycles. In addition, Subdistrict Administrative Organization Road might be an associated factor in road accidents with statistical significance ($P - \text{value} < 0.05$). Thus, the appropriate solution was to establish a community outpost, intercept the riders who have risky behavior, fix the risky spots in the area, and control the sale and consumption of alcoholic beverages especially in male from adolescents to workers, and campaign to create traffic discipline through various media.

Keywords: Road traffic accidents, New Year and Songkran festivals, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของ ปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศว่าอุบัติเหตุทางถนน เป็นสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต อันดับต้น ๆ ของโลก ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งระบบบริการสุขภาพมาอย่างยาวนาน ในปี พ.ศ. 2559 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 1.35 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้บาดเจ็บมากขึ้นถึง 50 ล้านคนต่อปี เฉลี่ยแล้วใน 1 วัน เราจะพบว่ามีคนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนถึงวันละ 3,500 คน โดยกลุ่มอายุที่พบการเสียชีวิตมากที่สุดได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น ปัจจุบันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 8 ในทุกกลุ่มอายุ และคาดว่าจะเป็สาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 7 ภายในปี 2573⁽¹⁾

ประเทศไทยได้ชื่อว่าเป็นหนึ่งในประเทศที่เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงสุด ติดอันดับต้น ๆ ของโลก จากข้อมูลของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2559 - 2563 ของประเทศไทย พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 20,000 คนต่อปีและมีผู้บาดเจ็บมากถึง 1 ล้านคนต่อปี หรือเกือบ 3,000 คนต่อวัน โดยพบการเสียชีวิตมากที่สุด ในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 11.80 และยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุเป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 78.00⁽²⁾

โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลทั้งปีใหม่และสงกรานต์ มีการเดินทางสัญจรกลับภูมิลำเนาและท่องเที่ยวทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ส่งผลให้ปริมาณการใช้รถใช้ถนนเพิ่มขึ้น ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าช่วงปกติ เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า

จากช่วงเวลาปกติ จากรายงานของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2560 - 2564 พบว่า ในช่วงเทศกาลปีใหม่ มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 2,443 คนและมีผู้บาดเจ็บ 141,264 คน ในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 18.20 และบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์สูงสุด ร้อยละ 80.58 ผู้ขับขี่ที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิตที่ดื่มแล้วขับ จำนวน 34,111 คน เป็นผู้ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 5,653 คน และ อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 28,458 คน และเทศกาลสงกรานต์ มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 1,941 คนและมีผู้บาดเจ็บ 118,175 คน ในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 17.83 และบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์สูงสุด ร้อยละ 79.44 ผู้ขับขี่ที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิตที่ดื่มแล้วขับ จำนวน 25,337 คน เป็นผู้ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 3,905 คน และ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 21,432 คน⁽²⁾

จากสถานการณ์ที่ได้กล่าวมาข้างต้น แม้ว่าประเทศไทย จะมีมาตรการอย่างเข้มงวด แต่อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็นปัญหาที่ติดอันดับ 1 ใน 3 ของปัญหาสาธารณสุขไทยมาโดยตลอดการศึกษาที่ผ่านมา ในเรื่องปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลมีค่อนข้างน้อย และยังไม่ครอบคลุมในทุกตัวแปรที่เป็นปัจจัย ช่วงเทศกาลในระดับประเทศ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยในการศึกษานี้คือการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

จำนวนประชากรที่บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ที่มีการบันทึกและรายงานผลผ่านโปรแกรม PHER Accident กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ในช่วง 7 วันอันตรายเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก ข้อมูลประชากรที่บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วง 7 วันอันตรายเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย มีการบันทึกและรายงานผลผ่านโปรแกรม PHER Accident

เกณฑ์การคัดออก ข้อมูลประชากรที่มีข้อมูลที่ขาดหายไป จากการบันทึกและรายงานผลผ่านโปรแกรม PHER Accident

จำนวนอาสาสมัคร หรือขนาดตัวอย่าง

คัดเลือกผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วง 7 วันอันตรายเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ของประเทศไทย และมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนและรายงานผลผ่านระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (PHER Accident) กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย โดยข้อมูลรายงาน ปี พ.ศ. 2561 - 2565 มีจำนวน 255,292 คน แบ่งเป็นจากเทศกาลปีใหม่ 142,803 คนและเทศกาลสงกรานต์ 112,489 คน เมื่อคัดข้อมูลตามเกณฑ์คัดออกแล้วพบว่า มีจำนวนจากเทศกาลปีใหม่ 97,238 คนและเทศกาลสงกรานต์ 75,462 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 172,700 คน คิดเป็นร้อยละ 67.65

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. จัดทำหนังสือขออนุญาตการใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (PHER Accident) กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

2. รวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในช่วง 7 วันอันตรายเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

3. จัดการข้อมูลสูญหาย (Missing Data) ด้วยวิธีการลบข้อมูลผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนรายนั้นออก ในกรณีที่ข้อมูลขาดหายไปในตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง แล้วจึงจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และรายงานผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรม SPSS ประมวลผล และจัดทำตารางวิเคราะห์ผลทางสถิติ เพื่อนำมาเสนอข้อมูลและสรุปผลวิจัย โดยใช้สถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะ

ส่วนบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเอกนามและถดถอยพหุนาม (Univariate and multivariate regression analysis) นำเสนอโดยผลการทดสอบทางสถิติจากการวิเคราะห์โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ ($p - value < 0.05$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ 006/2023 X

ผลการศึกษา

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย มีจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตที่มีข้อมูลครบ ทั้งหมด 172,700 คน โดยในช่วงเทศกาลปีใหม่ 97,238 คน ช่วงเทศกาลสงกรานต์ 75,462 คน โดยปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบว่า ผู้ที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.6 กลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 17.9 สัญชาติไทย ร้อยละ 97.0 ประเภทของผู้บาดเจ็บหลังจากรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินแล้ว ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก (OPD) ร้อยละ 81.7 โดยประเภทผู้ใช้รถใช้ถนนเป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 74.6 ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ พบว่า เป็นเพศชาย

ร้อยละ 63.4 กลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 17.1 สัญชาติไทย ร้อยละ 97.1 ประเภทของผู้บาดเจ็บเป็นผู้ป่วยนอก (OPD) ร้อยละ 82.8 ประเภทผู้ใช้รถใช้ถนนเป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 73.9

ปัจจัยด้านยานพาหนะ พบว่า ในช่วงเทศกาลปีใหม่ ประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 83 เป็นแบบไม่มีคู่มือหรือลัมเอง ร้อยละ 63.1 ช่วงเทศกาลสงกรานต์ ประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 82.9 เป็นแบบไม่มีคู่มือหรือลัมเอง ร้อยละ 64.9

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ในช่วงเทศกาลปีใหม่ ประเภทของถนนที่เกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นถนนในอบต.หรือหมู่บ้าน ร้อยละ 32.7 ประเภทผู้นำส่งโรงพยาบาล เป็นหน่วย EMS ระดับเบื้องต้น (First Response Unit: BLS) ร้อยละ 31.4 ช่วงเทศกาลสงกรานต์ ประเภทของถนนที่เกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นถนนในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)หรือหมู่บ้าน ร้อยละ 33.6 ประเภทผู้นำส่งโรงพยาบาล เป็นหน่วย EMS ระดับเบื้องต้น (First Response Unit: BLS) ร้อยละ 30.4

ความชุกของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า ในช่วงเทศกาลปีใหม่ ความชุกของการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 80.3 ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 30.1 ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ความชุกของการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 82.6 ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 27.6 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย

ตัวแปร	เทศกาลปีใหม่ ปี พ.ศ 2561 - 2565 (n = 97,238)		เทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ 2561 - 2565 (n = 75,462)	
	n	%	n	%
ปัจจัยด้านบุคคล				
2561 - 2565				
2561	20,868	21.5	21,648	28.7
2562	22,760	23.4	22,834	30.3
2563	21,584	22.2	7,353	9.7
2564	16,794	17.3	12,071	16.0
2565	15,232	15.7	11,556	15.3

ตัวแปร	เทศกาลปีใหม่ ปี พ.ศ 2561 - 2565 (n = 97,238)		เทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ 2561 - 2565 (n = 75,462)	
	n	%	n	%
เพศ				
ชาย	62,791	64.6	47,851	63.4
หญิง	34,447	35.4	27,611	36.6
อายุ				
0 - 4 ปี	1,891	1.9	1,444	1.9
5 - 9 ปี	2,397	2.5	2,118	2.8
10 - 14 ปี	7,932	8.2	6,576	8.7
15 - 19 ปี	17,441	17.9	12,922	17.1
20 - 24 ปี	13,731	14.1	10,912	14.5
25 - 29 ปี	9,662	9.9	7,685	10.2
30 - 34 ปี	7,347	7.6	5,660	7.5
35 - 39 ปี	6,706	6.9	5,066	6.7
40 - 44 ปี	6,084	6.3	4,707	6.2
45 - 49 ปี	5,676	5.8	4,278	5.7
50 - 54 ปี	5,332	5.5	4,098	5.4
55 - 59 ปี	4,499	4.6	3,457	4.6
60 - 64 ปี	3,405	3.5	2,511	3.3
65 ปีขึ้นไป	5,135	5.3	4,028	5.3
สัญชาติ				
ไทย	94,363	97.0	73,308	97.1
ต่างชาติ(รวมต่างด้าว)	2,875	3.0	2,154	2.9

ตัวแปร	เทศกาลปีใหม่ ปี พ.ศ 2561 - 2565 (n = 97,238)		เทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ 2561 - 2565 (n = 75,462)	
	n	%	n	%
ประเภทของผู้บาดเจ็บหลังจากการรักษาที่ห้องฉุกเฉินแล้ว				
IPD	17,777	18.3	12,962	17.2
OPD	79,461	81.7	62,500	82.8
ประเภทผู้ใช้รถใช้ถนน				
คนเดินเท้า	1,798	1.8	1,808	2.4
ผู้ขับขี่	72,545	74.6	55,741	73.9
ผู้โดยสาร	21,536	22.1	16,899	22.4
ไม่ทราบ (นิยามมีความหมาย)	1,359	1.4	1,014	1.3
พฤติกรรมการป้องกัน				
ไม่สวมหมวกนิรภัย/ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	78,120	80.3	62,357	82.6
สวมหมวกนิรภัย / คาดเข็มขัดนิรภัย	19,118	19.7	13,105	17.4
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	67,980	69.9	54,629	72.4
ดื่ม	29,258	30.1	20,833	27.6
การบาดเจ็บเสียชีวิต				
บาดเจ็บ	96,430	99.2	74,844	99.2
เสียชีวิต	808	0.8	618	0.8
ปัจจัยด้านยานพาหนะ				
ประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุของผู้บาดเจ็บ				
ไม่มี/ล้มเอง	1,960	2.0	1,939	2.6
รถจักรยาน	5,308	5.5	3,814	5.1
จักรยานยนต์	80,674	83.0	62,553	82.9

ตัวแปร	เทศกาลปีใหม่ ปี พ.ศ 2561 - 2565 (n = 97,238)		เทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ 2561 - 2565 (n = 75,462)	
	n	%	n	%
รถเก๋ง/แท็กซี่	3,206	3.3	2,130	2.8
ปิคอัพ	5,288	5.4	4,462	5.9
รถตู้	364	0.4	171	0.2
รถตู้พยาบาล	11	0.0	2	0.0
รถโดยสารใหญ่	231	0.2	158	0.1
รถบรรทุก	196	0.2	233	0.3
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม				
ประเภทของถนน				
ถนนกรมทางหลวง	30,547	31.4	23,073	30.6
ถนนในเมือง(เทศบาล)	11,241	11.5	9,032	12.0
ถนนกรมทางหลวงชนบท	23,605	24.3	18,035	23.9
ถนนในอบต./หมู่บ้าน	31,845	32.7	25,322	33.6

เมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเอกนาม (univariate logistic regression analysis) ที่ละตัวแปร หลังจากนั้นเลือกตัวแปรที่มีค่า $P - value < 0.25$ มาวิเคราะห์ถดถอยพหุนาม (multivariate logistic regression analysis) พบว่าปัจจัยที่ความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - value < 0.05$) กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 คือ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นเพศชายมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนน 6.61 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นเพศหญิง ($P - value < 0.001$, $OR = 6.607$, 95%CI: 6.326 - 6.900) กลุ่มที่อายุน้อยกว่า 65 ปี มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนน 0.01-3.84 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ($P - value < 0.001$ $OR = 0.008 - 3.842$, 95%CI: 0.003-4.243) ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นสัญชาติไทยมีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนน 1.71 เท่าเมื่อเทียบกับต่างชาติ (รวมต่างด้าว) ($P - value < 0.001$, $OR = 1.710$, 95%CI: 1.552 - 1.883) ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย โอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนน 2.70 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัย ($P - value < 0.001$, $OR = 2.699$, 95%CI: 2.578-2.826)

ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติ (P - value < 0.05) กับ การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 คือ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นเพศชายมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนน 6.36 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นเพศหญิง (P - value < 0.001 , OR = 6.364, 95%CI: 6.055 - 6.689) กลุ่มที่อายุน้อยกว่า 65 ปี มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนน 0.020-3.115 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (P - value < 0.001 OR= 0.020- 3.115, 95%CI: 0.010-3.476) ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นสัญชาติไทยมีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนน 1.61 เท่าเมื่อเทียบกับต่างชาติ (รวมต่างด้าว) (P - value < 0.001 , OR = 1.611, 95%CI: 1.441 - 1.802) ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย โอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนน 2.74 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัย (P - value < 0.001 , OR = 2.743, 95%CI: 2.592 - 2.903) และตัวแปรอื่น ๆ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multivariate logistic regression analysis) การดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย

ตัวแปร	Multivariate เทศกาลปีใหม่		Multivariate เทศกาลสงกรานต์	P - val- ue
	OR (95%CI)	P - value	OR (95%CI)	
ปัจจัยด้านบุคคล				
ปี พ.ศ. 2561 - 2565				
2561	1.246 (1.179 - 1.316)	< 0.001	1.263 (1.190 - 1.341)	< 0.001
2562	1.180 (1.131 - 1.260)	< 0.001	1.227 (1.157 - 1.302)	< 0.001
2563	1.134 (1.118 - 1.247)	< 0.001	0.388 (0.355 - 0.423)	< 0.001
2564	1.193 (1.071 - 1.200)	< 0.001	0.893 (0.835 - 0.955)	0.001
2565	Ref.		Ref.	
เพศ				
ชาย	6.607 (6.326 - 6.900)	< 0.001*	6.364 (6.055 - 6.689)	< 0.001*
หญิง	Ref.		Ref.	

ตัวแปร	Multivariate เทศกาลปีใหม่	P - value	Multivariate เทศกาลสงกรานต์	P - val- ue
	OR (95%CI)		OR (95%CI)	
อายุ				
0 - 4 ปี	0.116 (0.084 - 0.159)	< 0.001*	0.052 (0.032 - 0.084)	< 0.001*
5 - 9 ปี	0.008 (0.003 - 0.023)	< 0.001*	0.020 (0.010 - 0.037)	< 0.001*
10 - 14 ปี	0.246 (0.218 - 0.279)	< 0.001*	0.186 (0.161 - 0.215)	< 0.001*
15 - 19 ปี	1.685 (1.545 - 1.839)	< 0.001*	1.345 (1.220 - 1.484)	< 0.001*
20 - 24 ปี	3.223 (2.950 - 3.521)	< 0.001*	2.623 (2.377 - 2.894)	< 0.001*
25 - 29 ปี	3.606 (3.288 - 3.954)	< 0.001*	3.025 (2.729 - 3.352)	< 0.001*
30 - 34 ปี	3.581 (3.253 - 3.943)	< 0.001*	3.047 (2.735 - 3.393)	< 0.001*
35 - 39 ปี	3.833 (3.477 - 4.226)	< 0.001*	3.115 (2.791 - 3.476)	< 0.001*
40 - 44 ปี	3.842 (3.480 - 4.243)	< 0.001*	3.030 (2.711 - 3.387)	< 0.001*
45 - 49 ปี	3.804 (3.440 - 4.207)	< 0.001*	2.966 (2.647 - 3.325)	< 0.001*
50 - 54 ปี	3.198 (2.887 - 3.542)	< 0.001*	2.530 (2.254 - 2.840)	< 0.001*
55 - 59 ปี	2.657 (2.388 - 2.957)	< 0.001*	2.237 (1.982 - 2.526)	< 0.001*
60 - 64 ปี	1.963 (1.748 - 2.205)	< 0.001*	1.900 (1.665 - 2.167)	< 0.001*
65 ปีขึ้นไป	Ref.		Ref.	
สัญชาติ				
ไทย	1.710 (1.552 - 1.883)	< 0.001*	1.611 (1.441 - 1.802)	< 0.001*
ต่างชาติ(รวมต่างด้าว)	Ref.		Ref.	
ประเภทของผู้บาดเจ็บหลังจากการรักษาที่ห้องฉุกเฉินแล้ว				
IPD	2.133 (2.047 - 2.223)	< 0.001*	2.000 (1.905 - 2.099)	< 0.001*
OPD	Ref.		Ref.	

ตัวแปร	Multivariate เทศกาลปีใหม่		Multivariate เทศกาลสงกรานต์	P - val- ue
	OR (95%CI)	P - value	OR (95%CI)	
ประเภทผู้ใช้รถใช้ถนน				
คนเดินเท้า	1.085 (0.756 - 1.557)	0.658	1.797 (1.193 - 2.709)	0.005*
ผู้ขับขี่	1.182 (1.027 - 1.362)	0.020*	1.056 (0.894 - 1.247)	0.523
ผู้โดยสาร	1.132 (0.977 - 1.312)	0.100	1.074 (0.903 - 1.278)	0.421
ไม่ทราบ (นิยามมีความหมาย)	Ref.		Ref.	
พฤติกรรมการป้องกัน				
ไม่สวมหมวกนิรภัย/ไม่ คาดเข็มขัดนิรภัย	2.699 (2.578 - 2.826)	< 0.001*	2.743 (2.592 - 2.903)	< 0.001*
สวมหมวกนิรภัย/คาด เข็มขัดนิรภัย	Ref.		Ref.	
การบาดเจ็บเสียชีวิต				
บาดเจ็บ	0.956 (0.798 - 1.144)	0.622	1.270 (1.035 - 1.558)	0.022*
เสียชีวิต	Ref.		Ref.	
ปัจจัยด้านยานพาหนะ				
ประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุของผู้บาดเจ็บ				
ไม่มี/ล้อเอง	4.902 (2.924 - 8.220)	< 0.001*	6.467 (3.648 - 11.464)	< 0.001*
รถจักรยาน	3.502 (2.325 - 5.275)	< 0.001*	6.128 (3.940 - 9.530)	< 0.001*
จักรยานยนต์	4.212 (2.814 - 6.305)	< 0.001*	6.928 (4.495 - 10.679)	< 0.001*
รถเก๋ง/แท็กซี่	3.228 (2.132 - 4.888)	< 0.001*	5.052 (3.221 - 7.924)	< 0.001*
ปิคอัพ	2.580 (1.713 - 3.885)	< 0.001*	4.538 (2.927 - 7.036)	< 0.001*
รถตู้	0.346 (0.174 - 0.687)	0.002*	0.566 (0.217 - 1.473)	0.243
รถตู้พยาบาล	0.000 (0.000 - .)	0.999	0.000 (0.000 - .)	0.999

ตัวแปร	Multivariate เทศกาลปีใหม่	P - value	Multivariate เทศกาลสงกรานต์	P - value
	OR (95%CI)		OR (95%CI)	
รถโดยสารใหญ่	0.377 (0.187 - 0.760)	0.006*	0.885 (0.417 - 1.881)	0.751
รถบรรทุก	Ref.		Ref.	
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม				
ประเภทของถนน				
ถนนกรมทางหลวง	0.656 (0.628 - 0.685)	< 0.001*	0.669 (0.636 - 0.703)	< 0.001*
ถนนในเมือง(เทศบาล)	0.581 (0.547 - 0.616)	< 0.001*	0.600 (0.561 - 0.642)	< 0.001*
ถนนกรมทางหลวงชนบท	0.748 (0.716 - 0.781)	< 0.001*	0.760 (0.722 - 0.799)	< 0.001*
ถนนในอบต./หมู่บ้าน	Ref.		Ref.	

อภิปรายผล

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การเกิดอุบัติเหตุทางถนน

การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ของประเทศไทย จากการศึกษา³ ผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่าผู้ที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี สัญชาติไทย เป็นผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ถนนที่เกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นถนนในอบต.หรือหมู่บ้าน โดยประเภทผู้นำส่งโรงพยาบาล เป็นหน่วย EMS ระดับเบื้องต้น (First Response Unit: BLS) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bayu S Wiratama⁽³⁾ ที่ศึกษาการประเมินผลกระทบของวันหยุดต่อการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ทางถนนในสหราชอาณาจักร พบว่า ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.4 อยู่ในกลุ่มอายุ 18 - 40 ปี ร้อยละ 54.3 เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 25.2 ประเภทถนนในชนบท ร้อยละ 62.8 ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทถนน และประเภทของยานพาหนะ ผู้ขับขี่ที่เกี่ยวข้องกับการชนในช่วงวันหยุดนักขัตฤกษ์มีความเสี่ยง ร้อยละ 12.0 ความชุกของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาลปีใหม่ พบว่า ความชุกของการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 80.3 ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 30.1 ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ความชุกของการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 82.6 ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 27.6

สอดคล้องกับการศึกษาของRujuta S. Hadaye⁽⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทางระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องกับ อุบัติเหตุทางถนนในเมืองใหญ่ของอินเดีย พบว่า ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุ ที่ไม่ร้ายแรง ร้อยละ 64.4 ไม่สวมอุปกรณ์นิรภัยใด ๆ (หมวกนิรภัยหรือเข็มขัดนิรภัย) ร้อยละ 72.9 และ อยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ในขณะที่เกิด อุบัติเหตุ ร้อยละ 21.5 และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Fikri M. Abu - Zidan⁽⁹⁾ พบว่า การใช้เข็มขัด นิรภัยช่วยป้องกันการติดตัวออกจากตัวรถและ ลดการสัมผัสกับภายในรถ⁽⁹⁾ และการศึกษาของ Jefferson Rowland⁽¹⁰⁾ พบว่า การใช้หมวกนิรภัย มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตที่ลดลง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง การดื่มแอลกอฮอล์ ต่อการเกิดอุบัติเหตุ ทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่และ สงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย

ผลการศึกษานี้ ปัจจัยการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ทั้งในเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ พบว่า ผู้ที่ดื่ม แอลกอฮอล์ที่เป็นเพศชายมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทาง ถนนมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับกับการศึกษา ของ Mathuramat Seesen⁽⁵⁾ ที่ศึกษาความเข้มข้น ของแอลกอฮอล์ในเลือดสูงที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บ ทางสมองของผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาลปีใหม่ในประเทศไทย พบว่าผู้บาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนน ที่มีระดับความเข้มข้นของ แอลกอฮอล์ในเลือด (BAC) สูง จากการดื่ม แอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับผู้ใช้รถจักรยานยนต์

เพศชาย ที่เป็นผู้ขับขี่ และไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน ซึ่งการศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในเทศกาลปีใหม่และ สงกรานต์

ในช่วงเทศกาลปีใหม่ ผลจากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นเพศชายมีโอกาสที่จะ เกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าเพศหญิง 6.61 เท่า อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปี มีโอกาสที่จะเกิด อุบัติเหตุทางถนนมากกว่ากลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป สัญชาติไทยมีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนน มากกว่าสัญชาติต่างชาติ (รวมต่างด้าว) 1.71 เท่า ประเภทของผู้บาดเจ็บแบบผู้ป่วยใน มีโอกาสที่จะ เกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าประเภทของผู้บาดเจ็บแบบผู้ป่วยนอก 2.13 เท่า ประเภทผู้ขับขี่และผู้โดยสาร มีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนน มากกว่าประเภทไม่ทราบ (นิยามมีความหมาย) 1.18 และ 1.132 เท่า การไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาด เข็มขัดนิรภัยมีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนน มากกว่าการสวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัย 2.70 เท่า ประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุของผู้บาดเจ็บเป็นจักรยานยนต์, รถเก๋ง/แท็กซี่, ปิคอัพ มีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่ารถ บรรทุก 4.21, 3.23 และ 2.59 เท่า ตามลำดับ มีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนนบนถนนประเภท ถนนกรมทางหลวง ถนนในเมือง(เทศบาล) และถนน กรมทางหลวงชนบท น้อยกว่า ถนนใน อบต. หรือ หมู่บ้าน 0.65, 0.58 และ 0.74 เท่า ตามลำดับ

ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ผลจากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นเพศชาย มีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าเพศหญิง 6.36 เท่า กลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาส ที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่ากลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pornpimol

Chaiwuttisak⁽⁶⁾ ที่พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนในช่วงเทศกาลสงกรานต์ การไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัยที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าการสวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัย 2.74 เท่า ประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุของผู้บาดเจ็บ ประเภทไม่มี/ล้มเอง, รถจักรยาน, จักรยานยนต์, รถเก๋ง/แท็กซี่, ปิคอัพ ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากกว่ารถบรรทุก 6.47, 6.13, 6.93, 5.05 และ 4.54 เท่า ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pornpimol Chaiwuttisak⁽⁶⁾ ที่พบว่า ประเภทยานพาหนะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลสงกรานต์ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนน บนถนนประเภทถนนกรมทางหลวง ถนนในเมือง(เทศบาล) และถนนกรมทางหลวงชนบท น้อยกว่า ถนนในอบต.หรือหมู่บ้าน 0.67, 0.60 และ 0.76 เท่า ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pornpimol Chaiwuttisak⁽⁶⁾ ที่พบว่า มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนในช่วงเทศกาลสงกรานต์บนถนนชนบทมากกว่าบนถนนทางหลวง

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bayu S Wiratama⁽³⁾ ที่ประเมินผลกระทบของวันหยุดระบุว่า วันหยุดนักขัตฤกษ์มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และงานวิจัยของ Samad Shams Vahdati⁽⁷⁾ ในประเทศอิหร่านที่พบว่าช่วงวันหยุดปีใหม่มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และงานวิจัยของ Teerawat Simmachan⁽⁸⁾ ที่ศึกษาแบบจำลองการ

เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนด้วยแบบจำลองค่าการกระจายต่ำและแบบจำลองทางสถิติที่อิงจากการแจกแจงความน่าจะเป็นแบบเติมศูนย์ พบว่าจำนวนอุบัติเหตุทางถนนสูงสุดคือเดือนเมษายนที่เป็นช่วงเทศกาลสงกรานต์ รองลงมาคือ เดือนมกราคมและธันวาคม ที่เป็นช่วงเทศกาลปีใหม่

สรุปผลการศึกษา

ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 ในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สัญชาติไทย กลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ส่วนใหญ่เป็นประเภทของการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอก ประเภทของรถที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ที่เกิดจากผู้ขับขี่เอง โดยเกิดที่ถนนในอบต.หรือหมู่บ้านมากที่สุด ความชุกของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า ในช่วงเทศกาลปีใหม่ ความชุกของการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 80.3 ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 30.1 ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ความชุกของการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 82.6 ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 27.6 โดยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนมีความสัมพันธ์กับ เพศชาย มีช่วงอายุน้อยกว่า 65 ปี มีสัญชาติไทย มีประเภทการใช้รถใช้ถนนเป็นผู้ขับขี่ที่พฤติกรรมไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย และเกิดอุบัติเหตุบนประเภทถนนใน อบต. หรือหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานamay กรุงเทพมหานคร ในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดแอลกอฮอล์จังหวัด/กรุงเทพมหานคร และเจ้าหน้าที่ตำรวจ ควรมีมาตรการในการควบคุมการจำหน่ายและดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ และควบคุมการเข้าถึงเครื่องดัดแอลกอฮอล์ โดยเน้นหนักในกลุ่มเพศชาย ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นพิเศษและรณรงค์เพื่อเปลี่ยนสร้างวินัยจราจรแก่เยาวชน ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์

2. เพื่อป้องกันปัญหาด้านความปลอดภัยทางถนนในระดับท้องถิ่น ชุมชน เสนอให้องค์กรปกครองท้องถิ่น และผู้นำชุมชน มีการจัดตั้งด่านชุมชน สกัดผู้ขับขี่ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และแก้ไขจุดเสี่ยงในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (มปคม.) และศูนย์การอบรมและวิจัยการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (Center of training and Research in Urban Disease Control Program : C - TRUDC) ภายใต้กรมควบคุมโรค ขอขอบพระคุณข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (PHER Accident) กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

กวิน อินทาม, จิตาภรณ์ เหลืองวิลัย, วชิราภรณ์ วณิชนพรัตน์, กฤษฎา มโหทาน, เจษฎา คุณโน. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล: การศึกษาระดับกลุ่มประชากร ในประเทศไทย. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):276-292.

Suggested citation for this article

Intham G, Luangwilai T, Wanichnopparat W, Mahotarn K, Kunno J. Prevalence and factors affecting road traffic accidents during festivals: an ecological study, Thailand. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):276-292.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; c2022. SDG Target 3.6 Halve the number of global deaths and injuries from road traffic accidents;2022 [cited 2022 Aug 19]; [1 paragraph]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_6-road-traffic-injuries
2. กองป้องกันการบาดเจ็บ. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. Wiratama BS, Chen PL, Chen LH, Saleh W, Chen SK, Chen HT, et al. Evaluating the Effects of Holidays on Road Crash Injuries in the United Kingdom. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1):1-14.
4. Hadaye RS, Rathod S, Shastri S. A cross - sectional study of epidemiological factors related to road traffic accidents in a metropolitan city. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(1):168-72.
5. Seesen M, Siviroj P, Sapbamrer R, Morarit S. High blood alcohol concentration associated with traumatic brain injury among traffic injury patients during New Year festivals in Thailand. *Traffic Inj Prev*. 2019;20(2):115-21.
6. Chaiwuttisak P, Analysis of Accidental Deaths During Songkran Festival Using Data Mining. In: © IEOM Society International, editors. The International Conference on Industrial Engineering and Operations Management; 2019 Jul 23 - 26; Park Hotel Congress Center Pilsen. Pilsen, Czech Republic: © IEOM Society International; 2019. p. 1149-1156.
7. Vahdati SS, GhafarZad A, Rahmani F, Panahi F, Rad AO. Patterns of Road Traffic Accidents in North West of Iran during 2013 New Year Holidays: Complications and Casualties. *Bull Emerg Trauma*. 2014;2(2):82-5.
8. Simmachan T, Wongsai N, Wongsai S, Lerdsuwansri R. Modeling road accident fatalities with underdispersion and zero - inflated counts. *PLoS One*. 2022;17(11):1-23.
9. Abu - Zidan FM, Abbas AK, Hefny AF, Eid HO, Grivna M. Effects of seat belt usage on injury pattern and outcome of vehicle occupants after road traffic collisions: prospective study. *World journal of surgery*. 2012;36:255-9.
10. Rowland J, Rivara F, Salzberg P, Soderberg R, Maier R, Koepsell T. Motorcycle helmet use and injury outcome and hospitalization costs from crashes in Washington State. *American journal of public health*. 1996;86(1):41-5.

ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง

Knowledge Attitude and Practice Toward Yellow Fever Prevention among Thai Travelers Departure to Yellow Fever Infectious country

กิตติพัทธ์ วรเชษฐ์¹, กฤษณ์ ประสิทธิ์โชค¹, โรม บัวทอง², จิตติ หาญประเสริฐพงษ์¹

¹คณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

²กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค, กรมควบคุมโรค

Kittipat Worachet¹, Krit Prasittichok¹, Rome Buathong¹, Jitti Hanprasertpong¹

¹Faculty of Medicine Vajira Hospital Navamindradhiraj University

²Division of International Disease Control Ports and Quarantine,
Department of Disease Control

Received 2023 May 15, Revised 2023 Jun 18, Accepted 2023 Jun 28

DOI: 10.14456/iudcj.2023.32

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เหลือง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางไปประเทศที่เป็นพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง จำนวน 356 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม บริเวณอาคารผู้โดยสารขาออกระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ และการปฏิบัติต่อการป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง ด้านทัศนคติต่อโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลือง และการป้องกันโรค (ORAdj = 4.93, 95% CI; 2.769 - 8.77, p - value < 0.001) ทักษะต่อโรคไข้เหลือง และการป้องกันโรค (ORAdj = 2.63, 95% CI; 1.42 - 4.86, p - value = 0.002) โดยสรุปผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลืองในระดับสูงจะมีการปฏิบัติ ต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองสูงกว่าผู้ที่

มีความรู้ในระดับต่ำ 4.93 เท่า และผู้ที่มีทัศนคติต่อโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลืองในระดับสูง จะมีการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่ำ 2.63 เท่า ซึ่งการศึกษานี้ ควรส่งเสริม ความรู้ และทัศนคติในผู้เดินทางก่อนการเดินทางไปยังประเทศที่เป็นพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง เพื่อการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ไข้เหลือง, ผู้เดินทางชาวไทย, พื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง

Abstract

This research was an analytical cross - sectional study. The objective of this research was to study knowledge, attitudes, practices, and factors influencing on yellow fever prevention. 356 Thai travelers who visited the yellow fever affected area were contagious made up the sample group. Through questionnaire interviews, data were gathered at International Departures Terminal Suvarnabhumi Airport between March - May 2023. Data were collected using a good reliability questionnaire with Kuder - Richardson (KR - 20) equals 0.60 and Cronbach's alpha coefficient of more than 0.70 in all parts of the questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics in logistic regression analysis. The results of the study had high levels of knowledge and practice. The attitude toward yellow fever prevention was moderate level. Factors affecting practice toward yellow fever prevention was statistically significant i.e. knowledge about yellow fever and prevention (ORAdj 95% CI; 2.769 - 8.77, p - value 0.001) and attitude toward yellow fever and prevention (ORAdj 95% CI; 1.42 - 4.86, p - value = 0.002). In conclusion, participants revealed high level of knowledge about yellow fever and prevention had 4.93 times higher practice toward yellow fever prevention than those with low level of knowledge. A high level of attitude toward yellow fever and prevention had 2.63 times higher practice toward yellow fever prevention than those with low level of attitude. This study suggests that people should be promoted consistently to increase knowledge and attitudes among travelers before traveling to yellow fever affected area.

Keywords: Yellow Fever, Thai Travelers, Yellow Fever affected areas

บทนำ

โรคไข้เหลือง (Yellow Fever) เกิดจากเชื้อไวรัสซึ่งอยู่ในตระกูล Flavivirus มีุงเป็นพาหะนำโรค อาการที่พบมีปวดศีรษะ ไข้สูง ตีชาน ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้อาเจียน บางรายที่รุนแรงอาจมีเลือดออกในร่างกาย เกิดภาวะตับวาย ไตวาย และทำให้เสียชีวิตได้⁽¹⁻²⁾ การติดต่อเกิดได้ 2 วงจร ได้แก่ วงจรในป่าและวงจรในเมืองที่มีุงลายบ้าน (Aedes aegypti) ที่พบได้ในประเทศไทย⁽³⁾ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกาคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วย 84,000 - 170,000 ราย และมีอัตราการเสียชีวิต 20 - 60⁽⁴⁻⁵⁾ ในบราซิล ปี 2560 พบผู้ป่วย 1,376 ราย เสียชีวิต 483 ราย⁽⁶⁾ และทวีปแอฟริกาพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในปี 2564 จนถึงปี 2565 พบมากในสาธารณรัฐแอฟริกากลาง ร้อยละ 33 แคเมอรูน ร้อยละ 24 สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก ร้อยละ 13 ตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ติดเชื้อและการแพร่ระบาดมักสอดคล้องกับฤดูกาลและพื้นที่ที่มีุงหนาแน่น⁽⁷⁾

ปัจจุบันการเดินทางท่องเที่ยวได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก ประเทศไทยมีผู้เดินทางชาวไทยไปท่องเที่ยวต่างประเทศในปี 2560 ถึง 8,963,207 คน พบว่า เพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.26 จากปีที่ผ่านมา ภูมิภาคที่เดินทางไปมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ ทวีปแอฟริกา และทวีปอเมริกา⁽⁸⁾ จากข้อมูลด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ มีผู้เดินทางจากพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลืองตั้งแต่ พ.ศ.2557 ถึงปี พ.ศ. 2561 เดินทางกลับมามากถึง 750,522 ราย⁽⁹⁾ ซึ่งการเดินทางไปต่างประเทศนั้นมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากโรคประจำถิ่น โรคระบาด⁽¹⁰⁾ การเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยงทั้งในทวีปแอฟริกา อเมริกาใต้ จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้เหลือง ซึ่งตามประกาศ

กระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾ มี 42 ประเทศ แบ่งเป็นทวีปอเมริกาใต้ 13 ประเทศ และทวีปแอฟริกา 29 ประเทศ จะต้องสวมเสื้อผ้ามิดชิด ทายาหรือฉีดยากันุง และฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้เหลือง อย่างน้อย 10 วันก่อนเดินทางเป็นมาตรการที่สำคัญ⁽¹²⁾ เป็นข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ รวมถึงองค์การอนามัยโลกได้รายงานประเทศที่มีความเสี่ยงและประเทศที่ต้องใช้หลักฐานการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้เหลือง⁽¹³⁾

แนวคิดความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและใช้วางแผนรองรับเหตุการณ์ทางสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาในนักศึกษาประเทศอิหร่าน พบว่า นักศึกษาที่มาจากภูมิภาคแอฟริกามีทัศนคติที่ดีต่อโรคไข้เหลืองมากกว่านักศึกษาจากเอเชีย เพศชายมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เหลืองดีกว่าเพศหญิง⁽¹⁵⁾ การศึกษาในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้ายในประเทศกานา พบว่า มีความรู้ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุและอาการของโรค ด้านทัศนคติเชื่อว่าโรคไข้เหลืองอันตรายร้ายแรง และผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนมีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง และมีการปฏิบัติที่ดีป้องกันโรคไข้เหลืองทั้งการสวมเสื้อผ้ามิดชิดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ุง และการรับรู้ข้อมูลการป้องกันโรคไข้เหลืองเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรค⁽¹⁶⁾ การศึกษาในประชากรเขตโอโมไ้ของเอธิโอเปีย พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้โรคไข้เหลืองในระดับต่ำ ด้านการแพร่เชื้อ และวิธีการป้องกันโรคไข้เหลือง บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การแพร่เชื้อ และวิธีการป้องกันโรคไข้เหลือง⁽¹⁷⁾ และการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนสำหรับการเดินทางในนักท่องเที่ยวชาว

ในจีเรียที่เตรียมตัวเดินทางไปยังทวีปต่าง ๆ เช่น ทวีปแอฟริกา พบว่า ส่วนใหญ่รู้จักวัคซีนไข้เหลือง แต่ร้อยละ 69.7 ไม่ทราบถึงสาเหตุของโรค และรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ จากครอบครัวและเพื่อน จึงจำเป็นต้องมีมาตรการให้คำปรึกษาและความรู้แก่นักท่องเที่ยวก่อนการเดินทาง⁽¹⁸⁾ อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาในผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางออกไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลืองซึ่งเป็นแหล่งโรคประจำถิ่น จึงนำมาซึ่งการศึกษาเนื่องจากมีโอกาสที่จะนำเชื้อไข้เหลืองเข้ามาในประเทศและเกิดการแพร่ระบาดได้ หากขาดความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคไข้เหลือง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง Analytical Cross Sectional Study

ประชากร

ชาวไทยที่เดินทางไปในทวีปแอฟริกาและทวีปอเมริกา เฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2556 - 2560) จำนวน 81,110 ราย⁽¹⁹⁾

กลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้เดินทางชาวไทยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เดินทางไปยังประเทศที่เป็นพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลืองสามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง อ่านออก เขียนได้และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวិจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Krejcie and Morgan⁽²⁰⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 339 คน เพื่อลดความเอนเอียงและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 356 คน

เครื่องมือวิจัย

พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ⁽¹⁴⁾ และทบทวนวรรณกรรมปรับปรุงจากการศึกษาที่ผ่านมา^(18, 21 - 23) แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งหมด 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรค ทั้งหมด 7 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะต่อโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรค ทั้งหมด 7 ข้อ และส่วนที่ 4 การปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลือง ทั้งหมด 5 ข้อ รายละเอียดดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ในแต่ละข้อ มี 2 ตัวเลือก ให้เลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่ โดย ตอบถูก ให้ 1 คะแนน, ตอบผิด ให้ 0 คะแนน เกณฑ์แปลผลความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Bloom ได้แก่ ระดับสูง ร้อยละ 80 - 100 อยู่ในช่วง 6 - 7 คะแนน ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 79 อยู่ในช่วง 4 - 5 คะแนน และระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 อยู่ในช่วง 0 - 3 คะแนน

ทัศนคติต่อโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale 4 ระดับ

คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
2	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย
1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลือง จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale 3 ระดับให้คะแนนจาก ปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 3 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน, ไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน เกณฑ์แปลผลการปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Bloom ได้แก่ ระดับสูง ร้อยละ 80 - 100) อยู่ในช่วง 13 - 15 คะแนน ระดับปานกลางร้อยละ 60 - 79 อยู่ในช่วง 11 - 12 คะแนน และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) อยู่ในช่วง 5 - 10 คะแนน

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านเวชศาสตร์การเดินทาง ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และด้านสาธารณสุขศาสตร์ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ซึ่งทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 นำไปทดลองใช้กลุ่มผู้เดินทางชาวไทยที่มีลักษณะเดียวกัน จำนวน 30 คน ด้านความรู้หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (KR - 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.68 และ

ทัศนคติกับ การปฏิบัติ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79, 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน มีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2566 บริเวณอาคารผู้โดยสารขาออกระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ เก็บข้อมูลในผู้เดินทางตามช่วงเวลา และวันที่มีเที่ยวบินไปยังประเทศที่เป็นพื้นที่เขตติดต่อโรคไข้เหลือง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายปัจจัยส่วนบุคคล และสถิติเชิงอนุมาน โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.25 นำไปวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariable Logistic Regression

Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีส่งผลต่อการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลือง ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สำหรับการแปลผล ระดับความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Bloom คือ ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 79 และระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติได้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มระดับสูงและกลุ่มระดับกลางกับระดับต่ำ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ COA052/2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.6 มีอายุเฉลี่ย 41 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 41.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 40,000 บาท ส่วนใหญ่เดินทางไปประเทศเอธิโอเปีย ร้อยละ 50.0 วัตถุประสงค์ของการเดินทางไปเพื่อท่องเที่ยว ร้อยละ 36.8 ระยะเวลาโดยเฉลี่ยในการพำนักร้อยละ 60.1 ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพก่อนการเดินทาง ร้อยละ 74.7 ได้รับวัคซีนไข้เหลือง ร้อยละ 78.4 ซึ่งเหตุผลในการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.8 รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เหลืองผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต ประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลืองส่วนใหญ่เป็นการเดินทางครั้งแรก ร้อยละ 62.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=356)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	151	42.4
หญิง	205	57.6
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	62	17.4
30 - 45 ปี	164	46.1
46 ปี ขึ้นไป	130	36.5
Mean = 41.08, S.D. = 12.14 , Median = 40.08, Min = 18 , Max = 71		

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	24	6.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	26	7.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	55	15.4
อนุปริญญา	39	11.0
ปริญญาตรี	149	41.9
สูงกว่าปริญญาตรี	63	17.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่เกิน 40,000 บาท	159	44.7
40,001 - 80,00 บาท	97	27.2
มากกว่า 80,000 บาท	56	5.7
ไม่ระบุ	44	12.4
Median = 40,000, Min = 4,000, Max = 3,416,000		
ประเทศปลายทาง		
เอธิโอเปีย	178	50
เซาท์ซูดาน	37	10.4
อาร์เจนตินา	30	8.4
กานา	27	7.6
บราซิล	23	6.5
แคเมอรูน	10	2.8
ไนจีเรีย	10	2.8
เซเนกัล	8	2.2
เคนยา	6	1.7
กินี	5	1.4
ซูดาน	5	1.4
โกตดิวัวร์	4	1.1
ยูกันดา	4	1.1
แอฟริกากลาง	3	0.8
สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก	2	0.6
ไนเจอร์	2	0.6
มาลี	1	0.3
โคลอมเบีย	1	0.3

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
วัตถุประสงค์ของการเดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคใช้เหลือง		
ท่องเที่ยว	131	36.8
ทำงาน	119	33.4
เยี่ยมเพื่อน หรือญาติ	53	14.9
ประกอบธุรกิจอื่นๆ	34	9.6
ประชุมสัมมนาและวิจัย	11	3.1
ศึกษาต่อ	8	2.2
ระยะเวลาโดยเฉลี่ยในการพำนักในพื้นที่เขตติดโรคใช้เหลือง		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือน	214	60.1
มากกว่า 1 เดือน	142	39.9
การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพก่อนการเดินทาง		
ได้รับ	266	74.7
ไม่ได้รับ	90	25.3
สถานะการได้รับวัคซีนใช้เหลือง	279	78.4
เหตุผลในการฉีดวัคซีนใช้เหลือง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เพื่อป้องกันโรคใช้เหลือง	244	65.8
คำแนะนำจากสถานทูต	238	66.9
เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนด / ข้อบังคับของการฉีดวัคซีนตามที่ประเทศปลายทางกำหนด	212	59.6
คำแนะนำโดยแพทย์	209	58.7
ไม่ได้รับวัคซีนใช้เหลือง	77	21.16
ช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคใช้เหลือง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อินเทอร์เน็ต	170	47.8
ครอบครัวและเพื่อน	131	36.8
โรงพยาบาล/บุคลากรทางการแพทย์	77	21.6
สถานทูต	63	17.7
ไม่ทราบแหล่งข้อมูลข่าวสาร	52	14.6
มัลติมีเดีย หรือ โกดนำเสนอ	20	5.6
ทีวี	26	7.3
หนังสือพิมพ์	10	2.8
ประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคใช้เหลือง		
1 ครั้ง	221	62.1
มากกว่า 1 ครั้ง	135	37.9

ระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 43.5 เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องโรคไข้เหลืองมีอยู่กลายเป็นพาหะนำโรคและสามารถติดต่อจากคนสู่คนได้ โดยมีผู้ที่เชื่อถูกต้อง ร้อยละ 85.4 ด้านทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.9 ซึ่งส่วนใหญ่เห็นด้วยที่ต้องพบแพทย์เพื่อรับคำแนะนำก่อนการเดินทาง ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ ด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 36.0 โดยมีการเตรียมหนังสือรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้เหลืองทุกครั้งเมื่อเดินทางไปพื้นที่ระบาด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลืองจำแนกตามระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลือง (n= 356)

ตัวแปร	ระดับ					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง	155	43.5	105	29.5	96	27.0
ทัศนคติที่ต่อโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง	85	23.9	174	48.9	97	27.2
การปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลือง	128	36.0	104	29.2	124	34.8

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เหลืองโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เหลือง ได้แก่ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาโดยเฉลี่ยในการพำนักร การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพก่อนการเดินทางโดยบุคลากรทางการแพทย์ สถานะการได้รับวัคซีนไข้เหลือง ประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง และทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทย ที่เดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลืองโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis)

ข้อมูลทั่วไป	การปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้ เหลือง		p - value	Odds Ratio	95% CI
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง - ต่ำ			
	N (%)	N (%)			
เพศ					
ชาย	70 (46.36)	81 (53.64)	< 0.001*	2.19	1.41 - 3.40
หญิง	58 (28.3)	147 (71.7)		1	
อายุ					
อายุต่ำกว่า 30 ปี	19 (30.65)	43 (69.35)		1	
อายุ 30 - 45 ปี	65 (39.63)	99 (60.37)	0.66	1.16	0.60 - 2.22
อายุ 45 ปีขึ้นไป	44 (33.85)	86 (66.15)	0.21	1.49	0.80 - 2.77
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	49 (34.03)	95 (65.97)		1	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	79 (37.26)	133 (62.74)	0.53	1.15	0.74 - 1.80
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
ต่ำกว่า 40,000 บาท	54 (33.96)	105 (66.03)		1	
40,001 - 80,000 บาท	34 (35.05)	63 (64.95)	0.86	1.05	0.62 - 1.78
มากกว่า 80,000 บาท	26 (46.43)	30 (53.57)	0.099*	1.69	0.91 - 3.13
ประเทศปลายทาง					
ทวีปแอฟริกา	112 (55.45)	190 (44.55)	0.30	1.40	0.75 - 2.63
ทวีปอเมริกาใต้	16 (29.63)	38 (70.37)		1	

ข้อมูลทั่วไป	การปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้ เหลือง		p - value	Odds Ratio	95% CI
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง - ต่ำ			
	N (%)	N (%)			
ระยะเวลาโดยเฉลี่ยในการพำนักร					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือน	68 (31.78)	146 (68.22)		1	
มากกว่า 1 เดือน	60 (42.25)	82 (57.75)	0.044*	1.57	1.01 - 2.44
การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพก่อนการเดินทางโดยบุคลากรทางการแพทย์					
ได้รับคำแนะนำ	113 (42.48)	153 (57.52)	< 0.001*	3.69	2.02 - 6.77
ไม่ได้รับคำแนะนำ	15 (16.67)	75 (83.33)		1	
สถานการณ์ได้รับวัคซีนไข้เหลือง					
ได้รับการฉีดวัคซีน	122 (43.73)	157 (56.27)	< 0.001*	9.20	3.87 - 21.87
ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน	6 (7.80)	71 (92.20)		1	
ประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง					
1 ครั้ง	69 (31.22)	152 (68.78)		1	
มากกว่า 1 ครั้ง	59 (43.70)	76 (56.30)	0.018*	1.71	1.10 - 2.66
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง					
ระดับต่ำ	35 (17.41)	166 (82.58)		1	
ระดับสูง	93 (60.0)	62 (40.0)	< 0.001*	7.11	4.38 - 11.56
ทัศนคติต่อโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง					
ระดับต่ำ	77 (28.41)	194 (71.58)		1	
ระดับสูง	51 (60.0)	34 (40.0)	< 0.001*	3.78	2.27 - 6.28

หมายเหตุ *p < 0.25, OR: Odds Ratio, CI: a 95% confidence interval.

ขั้นตอนต่อมาเมื่อได้ตัวแปรข้างต้นแล้วนำไปวิเคราะห์พหุตัวแปรเพื่อหาปัจจัยที่มีส่งผลต่อการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลือง และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลืองในระดับสูงจะมีการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำ 4.93 เท่า (OR_{Adj} = 4.93, 95% CI; 2.769 - 8.77, p - value <0.001) และผู้ที่มีทัศนคติต่อโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลืองในระดับสูงจะมีการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่ำ 2.63 เท่า (OR_{Adj} = 2.63, 95% CI; 1.42 - 4.86, p - value = 0.002) ดังตารางที่ 4 ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลืองโดยการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariable Logistic Regression Analysis)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p - value	OR _{Adj} (95% CI)	p - Value
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง				
ระดับต่ำ	1.000		1.000	
ระดับสูง	7.11 (4.38 - 11.56)	<0.001	4.93 (2.77 - 8.78)	<0.001
ทัศนคติต่อโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง				
ระดับต่ำ	1.000		1.000	
ระดับสูง	3.78 (2.27 - 6.28)	<0.001	2.63 (1.42 - 4.86)	0.002

หมายเหตุ *p < 0.05, OR: Odds Ratio, CI: a 95% confidence interval.

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลือง พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองอยู่ในระดับสูงเนื่องจากส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องพาหะนำโรคและช่องทางการติดต่อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ranya Mulchandani และ E.Tobin⁽²³⁻²⁴⁾ ที่ใช้แนวคิดเดียวกันในการศึกษา แต่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย คนชายแดนและกลุ่มวัยทำงาน^(16-17, 25) ที่มีความรู้เรื่องโรค อาการ พาหะนำโรค และช่องทางการติดต่อและการป้องกันโรคใน

ระดับต่ำ ระดับทัศนคติต่อโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพล ชัยลังกา⁽²¹⁾ ที่เห็นว่าการรับคำแนะนำก่อนการเดินทาง เป็นสิ่งสำคัญและเต็มใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อเพราะมีอัตราการเสียชีวิตสูง แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา^(16-17, 23-24, 26) ที่มีระดับทัศนคติที่ดีเนื่องจากพื้นที่ของการศึกษาเป็นพื้นที่ระบาดและกลุ่มตัวอย่างรับรู้โรคไข้เหลืองเป็นโรคประจำถิ่นและเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และ

ระดับการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(16, 23) ซึ่งให้ความสำคัญกับการศึกษาข้อมูลพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลืองก่อนเดินทางไป การได้รับวัคซีนป้องกันโรคและการเตรียมอุปกรณ์ป้องกันยุงกัด

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร อาทิ เพศ อายุ รายได้ สัญชาติ ระยะเวลา การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพก่อนการเดินทาง การได้รับวัคซีน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง ซึ่งมี 2 ปัจจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mengistu Legesse และ ณัฐพล ชัยลังกา^(17, 21) ที่พบว่าเมื่อผู้เดินทางยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองดีจะยังมีพฤติกรรมป้องกันดีตามไปด้วย

ส่วนทัศนคติต่อโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง แตกต่างจากการศึกษาของ ณัฐพล ชัยลังกาและ Wahab Inusah^(16, 21) พบว่าทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เหลือง และ Ranya Mulchandani⁽²³⁾ พบว่าทั้งความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติให้เกิดการป้องกันโรคไข้เหลือง เนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบริบทที่ไม่สามารถเข้าถึงวิทยุหรือโทรทัศน์ได้

โดยสรุป ความรู้ และทัศนคติมีความสำคัญต่อการป้องกันโรคไข้เหลือง ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลืองที่สูงจะส่งผลให้มีการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองสูง และทัศนคติต่อโรคไข้เหลืองและการป้องกันโรคไข้เหลือง

ที่สูงจะส่งผลให้มีการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองสูงเช่นเดียวกัน

ข้อจำกัด

มีบางตัวแปรในการศึกษาที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในป้องกันโรคไข้เหลือง เช่น การได้รับวัคซีน เนื่องจากบางประเทศกำหนดเป็นเงื่อนไขเข้าประเทศ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขด้านเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยวควรส่งเสริม ความรู้ และทัศนคติในผู้เดินทางก่อนการเดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง

2. ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ควรนำปัจจัยดังกล่าวนำไปประยุกต์ใช้ในโรคติดต่ออื่น ๆ และศึกษาผลของโปรแกรมอื่น ๆ (Intervention) ที่จะส่งผลให้มีความรู้ ทัศนคติ และเกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศให้มีประสิทธิภาพ

แหล่งทุนวิจัย มูลนิธิป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ถาวร สกุกพณิชย์ ที่ปรึกษากฎหมายควบคุมโรค คณะอาจารย์คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล รวมถึงการทำอากาศยานสุวรรณภูมิ คณะกรรมการดำเนินงานธุรกิจการบินกรุงเทพ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทำอากาศยานสุวรรณภูมิ สายการบินต่าง ๆ และผู้เดินทางทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

กิตติพัทธ์ วรเชษฐ์, กฤษณ์ ประสิทธิ์โชค, โรม บัวทอง, จิตติ หาญประเสริฐพงษ์. ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางไปยังพื้นที่เขตติดโรคไข้เหลือง. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):293-308.

Suggested citation for this article

Worachet K, Prasittichok K, Buathong R, Hanprasertpong J. Knowledge Attitude and Practice Toward Yellow Fever Prevention among Thai Travelers Departure to Yellow Fever Infectious country. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023; 8(1):293-308.

เอกสารอ้างอิง

1. Simon LV, Hashmi MF, Torp KD. Yellow Fever [Internet]. Island: StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Dec 7]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29262028/>
2. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Yellow fever; 2023 [cited 2022 7 December]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever>
3. สำนักโรคติดต่อทั่วไป. คู่มือโรคติดต่อทั่วไป เล่ม 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2551.
4. Staples JE, Diallo M, Janusz KB, Manengu C, Lewis RF, Perea W, et al. Yellow fever risk assessment in the Central African Republic. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2014;108(10):608-15.
5. Noone P, Hamza M, Tang J, Flaherty G. Standards of yellow fever vaccination and travel medicine practice in the Republic of Ireland: A questionnaire - based evaluation. Travel Med Infect Dis. 2015;13(5):409-14.
6. The Pan American Health Organization [Internet]. Washington D.C: OCHA; 2021. Epidemiological Update: Yellow Fever - 28 December 2021; 2021 [cited 2022 Dec 7]; [about 1 p.]. Available from: <https://reliefweb.int/report/brazil/epidemiological-update-yellow-fever-28-december-2021>

7. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Yellow fever - African Region (AFRO); 2022 [cited 2022 Dec 7]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON405>
8. สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. รายงานสถิติการท่องเที่ยวประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2560.
9. กรมควบคุมโรค. รายงานการศึกษาการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศ กรณีศึกษาการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เหลืองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ปีงบประมาณ 2557 - 2561. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป; 2561.
10. อภิชา น้อมศิริ, ญฐินี พงศ์ไพฑูย์สิน. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเตรียมตัวด้านสุขภาพก่อนการเดินทางท่องเที่ยวต่างประเทศของนักท่องเที่ยวแบบอิสระ. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2561;9(1):152-63.
11. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 128 ง (ลงวันที่ 3 มิถุนายน 2559).
12. Verma R, Khanna P, Chawla S. Yellow fever vaccine: an effective vaccine for travelers. Hum Vaccin Immunother. 2014;10(1):126-8.
13. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Countries with risk of yellow fever transmission and countries requiring yellow fever vaccination (November 2022); 2022 [cited 2022 Dec 22]; [about 1 p.]. Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/countries-with-risk-of-yellow-fever-transmission-and-countries-requiring-yellow-fever-vaccination-\(november-2022\)](https://www.who.int/publications/m/item/countries-with-risk-of-yellow-fever-transmission-and-countries-requiring-yellow-fever-vaccination-(november-2022))
14. Hausmann - Muela S, Muela Ribera J, Nyamongo I. Health - seeking behaviour and the health system response. Switzerland: Swiss Tropical Institute; 2003.
15. Muhammad FM, Basseri H, Majdzadeh R, Shahandeh K, Foroushani AR. Knowledge Attitude and Practice (KAP) Study of Yellow Fever among International Students of Tehran University of Medical Sciences, Iran. Iranian Journal of Public Health. 2019;48(7):1384-86.
16. Inusah AW, Collins G, Dzomeku P, Head M, Ziblim SD. Knowledge attitudes and practice towards Yellow Fever among nomadic populations: A cross - sectional study in Yellow Fever outbreak Communities in Ghana. PLOS Glob Public Health. 2023;3(3):1-17.

17. Legesse M, Endale A, Erku W, Tilahun G, Medhin G. Community knowledge attitudes and practices on Yellow fever in South Omo area, Southern Ethiopia. *PLoS Negl Trop Dis.* 2018;12(4):1-13.
18. Akodu BA, Ogwu FO, Abiola AO. Knowledge, attitude and compliance towards travel vaccines among Nigerian travellers at an international airport. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2019;11(1):1-9.
19. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กระทรวง; c2017. สถิตินักท่องเที่ยว; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธ.ค. 2565]; [ประมาณ 2 น.]. เข้าถึงได้จาก <https://www.mots.go.th/news/category/411>
20. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement.* 1970;30(3):607-610.
21. ญัฐพล ชัยลังกา, อาภาพร เผ่าวัฒนา, นฤมล เอื้อมณีกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองใน ผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางกลับจากเขตติดโรคไข้เหลือง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข.* 2021;35(3):77-90.
22. Mirzaian E, Durham MJ, Hess K, Goad JA. Mosquito - borne illnesses in travelers: a review of risk and prevention. *Pharmacotherapy.* 2010;30(10):1031-43.
23. Mulchandani R, Massebo F, Bocho F, Jeffries CL, Walker T, Messenger LA. A community - level investigation following a yellow fever virus outbreak in South Omo Zone, South - West Ethiopia. *PeerJ.* 2019;7:1-26.
24. Tobin E, George O, Gbakeji J, Okonofua MO, Nosa A, Nnadi C. Risk of Yellow fever outbreak in a rural community: Assessment of knowledge, attitude and prevalence of risk factors in Nigeria. *IJID.* 2020;101(Supplement1):268-9.
25. Ambikar DB, Joshi KB, Bhosale AM. Knowledge and attitude of Indian expatriate working at Gondar, Ethiopia regarding yellow fever vaccination: a survey. *IJCMPh.* 2020;7(3):946-50.
26. Endale A, Medhin G, Hilo AA, Abegaz WE, Legesse M. Knowledge, Attitude, and Practice of Jinka University Students About Yellow Fever, Ethiopia: A Cross - Sectional Study. *Risk Management and Healthcare Policy.* 2020;13:1225-36.

สปคม.



กรมควบคุมโรค
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

24/56 หมู่ที่ 3 ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 10220

โทรศัพท์ 0 2521 0943-5 ต่อ 505, 518 โทรสาร 0 2521 0936