



วารสารโรคและภัยสุขภาพ สคร.3

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566

ISSN 2774-0730 (Online)

- การสอบสวนการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนประจำแห่งหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี มิถุนายน 2564
- การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของชุมชนบ้านวังทอง อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร
- การถอดบทเรียนการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย
- รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และพันธุ์ใหม่ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
- การศึกษาปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 9
- ผลลัพธ์การดำเนินงานห้องปฏิบัติการสาธารณสุขแห่งหนึ่งในการตอบสนองการระบาดโรคโควิด-19 เป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ในเขตเมือง
- เส้นทางจากนักดื่มสู่นักสูบบุหรี่ (ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จังหวัดสุโขทัย
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
- การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร



ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค.2566		Volume 17 No.2 May. – Aug. 2023	
สารบัญ	หน้า	CONTENTS	PAGE
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article	
การสอบสวนการระบาดของโรค อาหาร เป็นพิษในโรงเรียนประจำแห่ง หนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี มิถุนายน 2564 ทวีศักดิ์ มีสวัสดิ์และคณะ	118	The Investigation of A Food Poisoning Outbreak in A School, Muang district, Uthai Thani Province on June 2021 Taweesak Meesawad, et al.	118
การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมี ส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของ ชุมชนบ้านวังทอง อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ธานี ไชติงคาม	132	The Development of Health Behavior Modification Model in Non - communicable Chronic Diseases Risk by Using Participatory Approach in Knowledge Management of the Community in BanWangthong Bangmulnak District, Phichit Province Thanee Chotigakham	132
การถอดบทเรียนการจัดการ สถานการณ์ฉุกเฉินกรณีการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 จังหวัดสุโขทัย ปองพล วรปานีและคณะ	148	Lessons learned in emergency situation management: In the case of an outbreak of Coronavirus disease 2019, Sukhothai Province. Pongpol Vorapani, et al.	148

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค.2566		Volume 17 No.2 May. – Aug. 2023	
สารบัญ	หน้า	CONTENTS	PAGE
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article	
รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และพันธุ์ใหม่ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ ยุวรีย์ อินทร์เพ็ญและคณะ	160	Development of Health Literacy Model of Coronavirus 2019(Covid-19) Infection & New Species among Elderly in Watsai subdistrict, Muang District, Nakhon Sawan Province <i>Yuwaree Inphen, et al.</i>	160
การศึกษาปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรค การรับบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 9 สุพิตรา เสงฆ์วัฒนะกุลและคณะ	173	The Study of Factors Contributing to the Reception of Health Services for Patients with Covid-19 Infection, in Health Region 9 <i>Supitra Selavattanakul, et al.</i>	173
ผลลัพธ์การดำเนินงานห้องปฏิบัติการ สาธารณสุขแห่งหนึ่งในการตอบสนองการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ในเขตเมือง สุวรรณา เพ็ชรโตและคณะ	185	Outcomes of a Public Health Laboratory in response to Larger COVID-19 Outbreaks in Urban Areas <i>Suwanna Petto, et al.</i>	185
เส้นทางจากนักดื่มสู่คนหัวใจเพชร (ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จังหวัดสุโขทัย ไพรัตน์ อันอินทร์	195	The Pathway among Drinker to Diamond Heart (Free Alcoholic Beverage) in Sukhothai Province <i>Pairat on-in</i>	195

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค.2566		Volume 17 No.2 May. – Aug. 2023	
สารบัญ	หน้า	CONTENTS	PAGE
ความรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงาน ส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอ เมือง จังหวัดนครสวรรค์ ศศิภานต์ มาลากิจสกุล	207	The Health Literacy and Behaviors to Prevent Coronavirus Disease 2019 among the Deliverymen in Amphoe Muang, Nahkon Sawan Province <i>Sasigan Malakitsakul</i>	207
การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของครอบครัวในการลดระดับน้ำตาล ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์	218	Self-management and Family Participation in Reducing Blood Sugar Levels of Uncontrolled Diabetic Patients at Sai Ngam Hospital, Kamphaeng Phet Province <i>Weerasak Damrongpong</i>	218

วารสารโรคและภัยสุขภาพ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
เป็นวารสารวิชาการ เผยแพร่โดย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่บทความด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ
ระบาดวิทยา ตลอดจนผลงานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพต่าง ๆ
นักวิจัยทั้งในและนอกหน่วยงาน

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงหรรษา รักษาคม	ผู้อำนวยการ
แพทย์หญิงจิตติพร วงศ์ศิริอำนวย	รองผู้อำนวยการ
นายชินทร์ ท่วงมิตร	รองผู้อำนวยการ
นายเกรียงกมล เหมือนกรุด	รองผู้อำนวยการ
นายศราวุธ โกษณะสมบัติ	รองผู้อำนวยการ
ดร.ดุชนันท์ นรศาสตร์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
น.ส.จิตติมา พานิชิก	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ

บรรณาธิการ ดร.สำราญ สิริภคมงคล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

กองบรรณาธิการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

ดร.สวรรยา สิริภคมงคล	นายอนุกุล บุญคง	นางธนวรรณ เอี่ยมรอด
นายกมล พงชนะ	นางสาวจุฑามาศ มากบุญชู	

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

นายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม นักวิชาการอิสระ สำนักผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค(เกษียณอายุราชการ)
นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี นักวิชาการอิสระ สำนักผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค(เกษียณอายุราชการ)
นายแพทย์ ดร.อนุพงศ์ สุจริยากุล สำนักผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
นายแพทย์ ดร.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร กรมควบคุมโรค
ดร.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์ นักวิชาการอิสระ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก (เกษียณอายุราชการ)
ศาสตราจารย์ชัย เอกพลากร ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ดร.โยธิน แสงดี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ดร.จรรยาเศรษฐบุตร นักวิชาการอิสระ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล(เกษียณอายุราชการ)

ดร.สุภาภรณ์ คุณเรืองฤทธิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

พลตรีรองศาสตราจารย์ดร.ชัยณรงค์ เชิดชู นักวิชาการอิสระ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎ (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ดร.เกียรติไชย พักศรี ภาควิชาจุลชีววิทยา, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.จิรภาส จงจิตวิมล ภาควิชาเทคนิคการแพทย์

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์เภสัชกรดร.ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร. กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.พิมรา ทองแสง คณะวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

ดร.กิตติพงศ์ กลิ่นแมน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ดร.กฤษดา เหล็กเพชร โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

พิสูจน์อักษร

นางสาวอุทัยพร อัครานุภาพพงศ์ นางสาวกาญจนา เอี่ยมอักษร

งานเทคโนโลยีสารสนเทศ

นางสาวนิศามณี รอดแก้ว นายประกาศิต พิมพ์พันธุ์ดี

สำนักงาน กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

อาคาร 1 ชั้น 3 516/66 ถนนพหลโยธิน ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง

จังหวัดนครสวรรค์ โทรศัพท์ 0 5622 1822 ต่อ 135

กำหนดเผยแพร่ ฉบับละ 7 บทความ ปีละ 3 ครั้งหรือราย 4 เดือน

ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ไม่มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์บทความ

Disease and Health Risk DPC3 Journal

**Official Publication of the Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan
Province, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand**

Objective: To disseminate science and technology articles relating to communicable diseases, non-communicable diseases, epidemiology including surveillance, prevention, and control of diseases and health threats from internal and external researchers.

Advisor:

Dr. Hansa Raksakom.	Director
Dr. Thitiporn Wongsiriamnue	Deputy Director
Mr. Charin Haungmitr	Deputy Director
Mr. Kriangkamol Muankrud	Deputy Director
Mr. Sarawut Phochanasombat	Deputy Director
Dr. Dusadee Norasaswat	Assistant Director
Ms. Jittima Panitchakit	Assistant Director

Editor: **Dr. Samran Siriphakhamongkhon**

Editorial Team:

Dr. Supachai Rerkngam	Academician Office of Expert Committee, Department of Disease Control (Retire)
Dr. Pasakorn Akarasewi	Academician Office of Expert Committee, Department of Disease Control (Retire)
Dr. Anupong Sujariyakul	Office of Expert Committee, Department of Disease Control
Dr. Sapon Imsirithaworn	Department of Disease Control
Dr. Kamolthip Vjitsoonthornkul	Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control
Dr. Witaya Swaddiwudhipong	Academician Maesot General Hospital, Tak Province (Retire)
Prof.M.D. Wichai Aekplakorn	Department of Community Medicine, Mahidol University
Assoc.Prof.Dr.Yothin Sawangdee	Institute for Population and Social Research, Mahidol University
Assoc.Prof.Dr. Janya Sethabutr	Academician Institute for Population and Social Research, Mahidol University (Retire)
Dr. Supaporn Kumruangrit	Mahidol University, Nakhonsawan Campus
Assoc. Prof. Maj. Gen. Dr. Chainarong Cherdchoo	Academician Phramongkutklao College of Medicine(Retire)
Assoc. Prof. Dr. Kiatichai Faksri	Department of Microbiology, Faculty of

Medicine, Khon Kaen University

Assist. Prof. Dr. Jirapas Jongjitwimol	Department of Medical Technology, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University
Assoc. Prof. Dr. Chankit Puttilerpong	Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University.
Dr.Kulrawee Wiwattanacheewin	Institute of Nursing Suranaree, University of Technology
Assist.Prof.Dr.Chanita Praditsathaporn	School of Nurse, University of Phayao
Dr. Pimra Thongsaeng	Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University
Dr. Kitipong Klinman	Nakhon Sawan Provincial Health Office
Dr. Krittsada Lekphet	Kao Liao Hospital, Nakhon Sawan Province.
Dr.Sawanya Siriphakhamongkhon	Office of Disease Prevention and Control Region 3, Nakhon Sawan Province
Mr. Anugoon Bunkhong	Office of Disease Prevention and Control Region 3, Nakhon Sawan Province
Mr. Kamon Photchana	Office of Disease Prevention and Control Region 3, Nakhon Sawan Province
Mrs. Tanawan Iemrord	Office of Disease Prevention and Control Region 3, Nakhon Sawan Province
Ms. Juthamat Makkunchorn	Office of Disease Prevention and Control Region 3, Nakhon Sawan Province
Proof Reading: Ms. Uthaiporn Arkaranupappong	Office of Disease Prevention and Control Region 3, Nakhon Sawan Province
Ms. Kanjana Iamaksorn	Office of Disease Prevention and Control Region 3, Nakhon Sawan Province
Information Technology: Ms. Nisamanee Rodkaew	Office of Disease Prevention and Control Region 3, Nakhon Sawan Province
Mr. Prakasit. Pimpundee	Office of Disease Prevention and Control Region 3, Nakhon Sawan Province

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ยินดี รับบทความวิชาการ หรือ รายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ตลอดจน ผลงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคย ตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการ ตรวจสอบแก้ไข และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์ และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเผยแพร่

1.บทความที่ส่งเผยแพร่

บทความพินวิชา(Review Article)

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือ เรื่องที่น่าสนใจ จากวารสาร หรือหนังสือทั้งในและต่างประเทศ ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความ วิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ บทความพินวิชา ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วย ความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ(Original Article)

บทความรายงานผลการศึกษา วิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผล การศึกษา วิจัย สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผลการปฏิบัติงาน(Results of Operations)

ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจัย กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

รายงานผู้ป่วย(Case Report)

รายงานกรณีศึกษา ที่เป็นกลุ่มโรค หรือ กลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อน และต้องมีหลักฐานครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ สถานการณ์โรค ข้อมูลคนไข้ บันทึกเวชกรรม(Clinic note) ลักษณะเวชกรรม (Case description) การดำเนินโรค (Clinic course) สรุปกรณีศึกษา วิจัย หรือ ข้อเสนอแนะ การยินยอมอนุญาตของคนไข้ (Inform consent) และ เอกสารอ้างอิง

การสอบสวนโรค (Outbreak Investigation)

รายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา นำเสนอข้อคิดเห็นแก่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นองค์ความรู้และแนวทางในการสอบสวนโรค ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้รายงานและ ทีมสอบสวนโรค สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค กิจกรรมป้องกันควบคุมโรค ปัญหาและ ข้อจำกัดในการสอบสวนโรค วิจารณ์ สรุป และ เอกสารอ้างอิง

2.การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เขียนชื่อสกุลผู้นิพนธ์(ไม่ต้องระบุคำนำหน้า) และสถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ(ไม่ใช่คำย่อ) ในกรณีมีผู้นิพนธ์หลายคน ให้เรียงชื่อตามลำดับ ความสำคัญของ แต่ละคน และใส่หมายเลขด้วยยก ต่อท้ายชื่อสกุลเชื่อมโยงกับสถานที่ทำงานของแต่ละคน พร้อมใส่ชื่อสกุล เบอร์โทรศัพท์ เพื่อติดต่อผู้นิพนธ์ (Correspondence)

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อ ประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ(Abstract)

การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ เป็นประโยค สมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่ต้องย่อหน้า ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด หรือ 250-300 คำ และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือ ข้อเสนอแนะ(อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ(Keywords)

เป็นคำที่แสดงถึงเนื้อหาของเรื่องโดยย่อ เหลือเพียงคำที่แสดงใจความสำคัญของเนื้อ เรื่อง ที่สั้น กะทัดรัด และมีความชัดเจน เพื่อช่วยในการสืบค้นเนื้อหา ของเรื่องนั้น ๆ ใส่ไว้ท้าย บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ

อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาเพื่อตอบคำถามที่ตั้งไว้ หรือ การแก้ไข ปัญหา ทฤษฎี หรือ วรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาเขียนไว้ในส่วนนี้ และ ส่วนท้ายเขียน วัตถุประสงค์การวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล จำนวนและลักษณะของ ตัวอย่างที่ศึกษา รูปแบบการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง วิธีการศึกษา เครื่องมือ การทดสอบเครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้ง แปลความหมายที่ค้นพบ หรือผลการวิเคราะห์ ให้เข้าใจง่ายชัดเจน ลักษณะร้อยแก้ว ตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ตามความเหมาะสมของข้อมูลที่ได้ ไม่ความเกิน 5 ภาพ หรือ ตาราง โดยต้อง ระบุลำดับที่ ชื่อ ด้านบนของภาพ หรือ ตาราง สรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่กำหนดไว้

วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปผลการวิจัยให้ ตรงประเด็น และ ข้อเสนอแนะจากผลศึกษานำไปใช้ประโยชน์ และ ข้อเสนอแนะใน การศึกษาครั้งต่อไป

สรุป (ถ้ามี)

ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการ วิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือสำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver ผู้เขียนต้องรับผิดชอบ ความถูกต้องของ เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใส่ตัวเลขใน วงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับ เอกสารอ้างอิงอันดับแรก “(1)” และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข เดิม เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

3.รูปแบบการอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ก.ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year) ; เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page). ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009 ;361: 298-9.

ข.ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

1.จริญา เลิศอรรมยมนิ, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ดันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุทธิพรณี วรกิจโกศาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85:1288-95.

3.2 บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้น ๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002;26:541-5.

ข.ภาษาไทย

ตัวอย่าง

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

3.3 การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

ข.ภาษาไทย

ตัวอย่าง

2.รังสรรค์ ปัญญธัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

3.4 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s).ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.

ข.ภาษาไทย

ตัวอย่าง

2.เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชาลิตธำรง, พิกพ จิรปัญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424–78.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ลำดับที่.ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปี ที่ได้ปริญญา.

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

ข.ภาษาไทย

ตัวอย่าง

2.อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.6 บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

ข.ภาษาไทย

ตัวอย่าง

2.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบ แวนคูเวอร์. วารสารโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2549]; 24:465-72. เข้าถึงได้จาก:<http://stang.li.mahidol.ac.th/image/style.pdf>

4.การส่งต้นฉบับ(Submission)

4.1 การพิมพ์บทความ ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 10 หน้า ใช้โปรแกรม Microsoft Word รูปแบบอักษร EucrosiaUPC ขนาด 16 ตัวอักษรตอนนี้ การใช้จุดทศนิยม หากใช้ 1 หรือ 2 ขอให้ใช้เหมือนกันทั้งบทความ ตารางขอให้พิมพ์ ไม่ใช่ภาพ มีลำดับที่ ชื่อตาราง อยู่ ส่วนบนของตาราง ใช้คำว่า “ตารางที่ ...” แผนภูมิ หรือภาพ ประกอบควรเป็นสี คมชัด มี ลำดับที่ และชื่อแผนภูมิ/ภาพ อยู่ส่วนบนของแผนภูมิ หรือภาพ ใช้คำว่า “แผนภูมิ หรือภาพ ที่...”

4.2 การส่งบทความ ให้ผู้พิมพ์ส่งบทความผ่านระบบเว็บไซต์

วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/about/submissions> มีปัญหา

สอบถามที่กองบรรณาธิการ siriphakha@gmail.com

5.การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นและส่งบทความให้ผู้ประเมินบทความ (reviewer) 2-3 ท่าน ร่วมพิจารณา โดยผู้พิมพ์ต้องดำเนินการปรับแก้ไขบทความ (revisions) ตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมินบทความ อย่างน้อย 2 ครั้ง ก่อนจะรับการพิจารณาเผยแพร่บทความ

5.2 บทความที่ได้รับการพิจารณา (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะพิจารณาตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วนด้านวิชาการ และรูปแบบตามที่วารสารกำหนดอีกครั้ง (Copyediting) ผู้พิมพ์ต้องตรวจสอบ ยืนยันส่งกลับมาให้ก่อน กองบรรณาธิการจึงจะดำเนินการส่งบทความเข้าสู่กระบวนการจัดรูปแบบไฟล์ และจัดทำดัชนีข้อมูลสำหรับการเผยแพร่ ออนไลน์(Production) ต่อไป

ผู้พิมพ์อาจต้องการตรวจสอบพิสูจน์อักษรครั้งสุดท้ายก่อนการเผยแพร่ ออนไลน์ กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการเผยแพร่เฉพาะเนื้อหาที่ผ่านความเห็นชอบของกองบรรณาธิการเท่านั้น

5.3 ผลการพิจารณาบทความทั้งที่ได้รับ และไม่ได้รับพิจารณา กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบผ่านระบบตอบกลับวารสารอัตโนมัติ

5.4 บทความที่รับพิจารณาลงอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) ผู้พิมพ์สามารถดาวน์โหลดบทความได้ที่เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/issue/view/17069> โดยกองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียงลำดับบทความเผยแพร่ตามความเหมาะสม และความรวดเร็วในการทำต้นฉบับบทความ

ประกาศเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตน

นโยบายความเป็นส่วนตัว

ชื่อและที่อยู่ อีเมล ที่ระบุในวารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ จะใช้เพื่อระบุตามวัตถุประสงค์ของวารสารเท่านั้น และจะไม่นำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์อื่น หรือต่อบุคคลอื่น

บทบาทหน้าที่ผู้นิพนธ์

1.ผู้นิพนธ์ต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้นิพนธ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ แล้ว

2.ผู้นิพนธ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ ทับซ้อน (ถ้ามี)

3.คณะชื่อผู้นิพนธ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ

4.หากบทความที่ขอรับการตีพิมพ์เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ ผู้นิพนธ์จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

5.ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาของบทความของตนเอง

6.ผู้นิพนธ์จะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียว ทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)

7. ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

8. การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ ผู้นิพนธ์ควรขออนุญาตจากผู้ที่เป็นผู้ประสงคจะขอบคุณเสียก่อน

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่า ตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ

2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความ และไม่นำข้อมูล บางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง

3. ผู้ประเมินบทความ ควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์ และความเข้มข้นของผลงานหรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ

4. ผู้ประเมินบทความมีการตรวจพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที

5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด

6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณา แก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การสอบสวนการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนประจำแห่งหนึ่ง

อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี มิถุนายน 2564

The Investigation of a Food Poisoning Outbreak in a School, Muang District,

Uthai Thani Province on June 2021

ทวีศักดิ์ มีสวัสดิ์*

Taweesak Meesawad*

พรรณนระ ธรรมรส**

Tassana Thammaros**

นิรุชา ปรีชาเลิศศิลป์*

Nirucha Preecharlerdsin*

นิธิรุจน์ เพ็ชรสินเดชากุล*

Nithiruj Phetsindechakul*

จักรพงษ์ เพ็งแจ้ง*

Jakgapong pengjank*

นันทน์ภัส ยุทธไธสงค์*

Nannaphat yutthaisong*

พานูวัฒน์ เสงี่ยมจิตต์เกษม*

Panuwat Sangiamchitkasem*

กวิน อินท*

Gavin intham*

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

*Office of Disease Prevention and Control 3,

Nakhon Sawan Province

**โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

**Phetchabun Hospital

Received: January 25, 2022 | Revised: March 09, 2023 | Accepted: June 13, 2023

บทคัดย่อ

วันที่ 2 มิถุนายน 2564 เวลา 14.30 น. ทีมตระหนักรู้อาการการณ์ (SAT) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ได้รับแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ว่ามีนักเรียนโรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง มีอาการถ่ายเหลว ปวดท้อง อาเจียน มากกว่า 100 ราย ทีมสอบสวนโรคดำเนินการสอบสวนโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาด เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาตามบุคคล เวลา สถานที่ เพื่อดำเนินการป้องกันและแหล่งโรคที่เป็นสาเหตุของการระบาด และเสนอแนะมาตรการการควบคุมและป้องกันโรคที่เหมาะสม รูปแบบการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ด้วยวิธี Retrospective cohort study เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์รายบุคคล นิยามผู้ป่วยสงสัยคือ คือนักเรียนหรือบุคลากร ที่มีอาการท้องเสีย หรืออาเจียน ปวดท้อง หรือมีอาการทางระบบประสาท ในระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม – 4 มิถุนายน 2564 ร่วมกับการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมและห้องปฏิบัติการ ผลการสอบสวนพบว่า จากการสัมภาษณ์นักเรียนและบุคลากร 379 ราย พบผู้ป่วย 162 ราย อัตราป่วยร้อยละ 42.74 จำแนกเป็นนักเรียน 159 ราย และครู 3 ราย เพศหญิง ร้อยละ 48.30 เพศชาย ร้อยละ 29.82 อาการแสดงส่วนใหญ่ พบท้องเสีย รองลงมาปวดท้อง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ และอาเจียน ร้อยละ 93.83, 76.54, 47.53, 44.44, 38.89 ตามลำดับ การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์พบว่า อาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยง คือ มะม่วง (Adjusted OR = 2.29, 95%CI 1.30 – 4.02, P-value=0.003) ผลทาง

ห้องปฏิบัติการ พบเชื้อ Bacillus cereus group จากมือผู้ประกอบอาหารจำนวน 3 ราย เชิง น้ำดื่มโรง
อาหาร และน้ำใช้ประกอบอาหารห้องครัว และพบเชื้อ Escherichia coli, Staphylococcus aureus,
Bacillus cereus จากตัวอย่างอาหารเนกยวนนมสด เหตุการณ์การระบาดโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียน มี
ลักษณะการระบาดแบบแหล่งโรคร่วม นำเกิดจากการปนเปื้อนของเชื้อ Bacillus cereus จากกระบวนการ
ประกอบอาหาร ดังนั้นควรเน้นมาตรการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่ม ดูแลความสะอาดตู้กดน้ำดื่ม
เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ลักษณะเช่นนี้อีก

ติดต่อผัณพนธ์: ทวีศักดิ์ มีสวัสดิ์ อีเมล: ton.taweesak@hotmail.com

Abstract

On June 2, 2564, at 14:30, the Situation Awareness Team (SAT) of the Disease Control Office in Nakhon Sawan Province received a notification from the Public Health Office in Uthai Thani Province that there were more than 100 students from a school in Mueang District, Uthai Thani Province, who had symptoms of diarrhea, abdominal pain, and vomiting. The SAT team from the Disease Control Office in Nakhon Sawan Province, in collaboration with the Public Health Office in Uthai Thani Province, conducted a disease investigation to confirm the diagnosis, assess the epidemiological characteristics on an individual basis, and identify the risk factors and sources of the outbreak. They also proposed appropriate control and prevention measures. The study utilized a retrospective cohort study design, conducting individual interviews with suspected patients, including students and staff of the school, who experienced symptoms such as diarrhea, vomiting, abdominal pain, or neurological symptoms between May 31 and June 4, 2564. In addition to studying the environmental factors and conducting laboratory testing, the investigation found that out of the 379 individuals interviewed, there were 162 patients, resulting in a case rate of 42.74%. Among them, 159 were students, and 3 were teachers. The majority of the patients were female, accounting for 48.30%, while males accounted for 29.82%. The predominant symptoms observed were diarrhea (93.83%), followed by abdominal pain (76.54%), fatigue (47.53%), headache (44.44%), and vomiting (38.89%). The epidemiological analysis revealed that mango consumption was a significant risk factor, with an adjusted odds ratio of 2.29 (95% confidence interval 1.30–4.02, p-value 0.003). Laboratory testing identified the *Bacillus cereus* group from the hands of three food handlers, drinking water in the cafeteria, and water used for food preparation in the kitchen. Additionally, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, and *Bacillus cereus* were found in samples of fresh milk-based "Chao Kuay" desserts. The outbreak of foodborne illness in a school in Uthai Thani Province appears to be a mixed-source outbreak, likely due to the contamination of food by *Bacillus cereus* during the food preparation process. Therefore, it is

recommended to focus on food and water hygiene measures and ensure the cleanliness of water dispensers to prevent the recurrence of similar incidents.

Correspondence: Taweesak Meesawad

E-mail: ton.taweesak@hotmail.com

คำสำคัญ	Keywords
สอบสวนการระบาด	Outbreak Investigation
อาหารเป็นพิษ	Food poisoning
โรงเรียนในจังหวัดอุทัยธานี	School in Uthai Thani Province

บทนำ

โรคอาหารเป็นพิษเกิดจากการกินอาหารหรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อก่อโรค ได้แก่ ไวรัส แบคทีเรีย ปรสิตร สารพิษหรือสารเคมี โดยสามารถเกิดได้จากทุกขั้นตอนของอาหาร เช่นการปนเปื้อนเชื้อจากวัตถุดิบ การปรุง และการเก็บอาหาร ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ⁽¹⁻²⁾ เกิดได้ในทุกกลุ่มอายุ ความรุนแรงของโรคขึ้นกับชนิดของเชื้อโรค สารพิษที่ได้รับ บางชนิดอาจทำให้เสียชีวิตได้ การเกิดโรคอาหารเป็นพิษมักเกิดขึ้นได้ง่ายและบ่อยครั้ง เมื่อการการระบาดของโรคมักเกิดเป็นกลุ่มใหญ่ มีผู้ป่วยจำนวนมาก⁽³⁾ จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษในประเทศไทยปี 2564 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2564 ข้อมูลจากรายงาน 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคมีรายงานผู้ป่วย 37,484 ราย อัตราป่วย 56.47 ต่อ ประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 ราย จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ อุบลราชธานี มุกดาหาร และร้อยเอ็ดจาก รายงานสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ข้อมูลจากรายงาน 506 มีรายงานผู้ป่วยทั้งหมด 961 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 31.84 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ อัตราป่วยเท่ากับ 40.31 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กำแพงเพชร อัตราป่วยเท่ากับ 33.05 ต่อประชากรแสนคน อุทัยธานี อัตราป่วยเท่ากับ 27.47 ต่อประชากรแสนคน พิจิตร อัตราป่วยเท่ากับ 25.99 ต่อประชากรแสนคน และชัยนาท อัตราป่วยเท่ากับ 16.07 ต่อประชากรแสนคน สำหรับสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษจังหวัดอุทัยธานี ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือน มิถุนายน 2564 มีรายงานผู้ป่วย 90 ราย อัตราป่วย 27.39 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้เสียชีวิต อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ เมือง อัตราป่วยเท่ากับ 70 ต่อประชากรแสนคน หนองฉาง อัตราป่วย 38.29 ต่อประชากรแสนคน บ้านไร่ อัตราป่วย 27.04 ต่อประชากรแสนคน และสว่างอารมณ์ อัตราป่วย 22.23 ต่อประชากรแสนคน สถานการณ์เหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษจังหวัดอุทัยธานี ที่เข้าเกณฑ์ตรวจสอบข่าวการระบาด ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ข้อมูลจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2563 จังหวัดอุทัยธานีไม่มีรายงานเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ สำหรับการเกิดเหตุการณ์โรคอาหารเป็นพิษมักเกิดรวดเร็ว มีการรายงานเร่งด่วน ต้องการการสอบสวนที่ทันทั่วทั้งที่เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของการระบาดไปมากขึ้น

วันที่ 2 มิถุนายน 2564 เวลา 14.30 น. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ได้รับแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ว่ามีนักเรียนโรงเรียนประจำแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี จำนวนกว่า 100 ราย มีอาการถ่ายเหลว ปวดท้อง อาเจียน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัยธานี จำนวน 12 ราย เป็นผู้ป่วยใน 5 ราย ทีมสอบสวนโรค ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค วันที่ 4 มิถุนายน 2564 โดยมีวัตถุประสงค์ 4 ประการคือ ประการแรก เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค ประการที่สอง เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคตามบุคคล เวลา สถานที่ ประการที่สาม เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแหล่งโรคที่เป็นสาเหตุของการระบาด และประการสุดท้ายเพื่อเสนอแนะมาตรการการควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสม

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1) การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ประกอบด้วยการศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุทัยธานี ทบทวนข้อมูลเฝ้าระวังโรค และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยการ สัมภาษณ์นักเรียน บุคลากร และผู้ประกอบอาหารของโรงเรียน เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ อาชีพ ระดับชั้น ข้อมูลการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง และข้อมูลประวัติการรับประทานอาหาร ระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม – 4 มิถุนายน 2564 โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยใช้นิยามดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยสงสัย คือ นักเรียน บุคลากร และผู้ประกอบอาหารของโรงเรียนแห่งนี้ที่มีอาการ อาเจียน หรือ ท้องเสีย หรือ มีอาการปวด หรือ มีอาการทางระบบประสาท ระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม – 4 มิถุนายน 2564

ผู้ป่วยยืนยัน คือ ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพาะเชื้อพบเชื้อก่อโรคทางเดินอาหาร การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ ตัวอย่าง rectal swab เก็บข้อมูลผลการผลการตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียก่อโรคอาหารเป็นพิษ ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัยธานี และเก็บตัวอย่าง rectal swab จากผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยที่ยังคงมีอาการในวันสัมภาษณ์ ส่งตรวจเพาะเชื้อที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เก็บตัวอย่างดังนี้ 1) ตัวอย่างอาหารที่สงสัยและน้ำดื่มเก็บวันที่ 2 มิถุนายน 2564 ได้แก่ เจก๊วยนมสด น้ำดื่มจากตู้กดน้ำของโรงเรียน ส่งตรวจหาเชื้อก่อโรค ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ และตัวอย่างน้ำดื่มแบบตู้กดบริเวณโรงอาหาร นำใช้ในห้องครัว เก็บวันที่ 4 มิถุนายน 2564 ส่งตรวจหาเชื้อก่อโรค ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งพร้อมทั้งตรวจหาค่าคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำที่ใช้ในห้องครัวและน้ำดื่มในโรงเรียน 2) ตัวอย่างจากมือของผู้ประกอบอาหาร เก็บวันที่ 2 มิถุนายน 2564 ตรวจด้วยชุดทดสอบน้ำยาตรวจเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียชนิดต้น (SI-2) และเก็บวันที่ 4 มิถุนายน 2564 ส่งตรวจหาเชื้อก่อโรคที่กรมวิทยาศาสตร์

การแพทย์ และ 3) ตัวอย่างจากการป่วยาาชนะ เก็บวันที่ 4 มิถุนายน 2564 ได้แก่ เชียง มีดทำครัว ส่งตรวจหาเชื้อก่อโรคที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสถานที่ประกอบอาหาร การประกอบอาหาร ตั้งแต่การจัดหาวัตถุดิบ การเตรียม การปรุงอาหาร การแจกจ่ายอาหารให้นักเรียนในแต่ละชั้นเรียน น้ำที่ใช้ในการประกอบอาหาร การล้างและการเก็บภาชนะต่าง ๆ และสำรวจสภาพแวดล้อมตาม ดูความสะอาดด้านสถานที่จุดแจกจ่ายอาหาร จุดล้างจาน จุดเก็บภาชนะอุปกรณ์ และสุขอนามัยของผู้สัมผัสอาหาร

2) การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ Retrospective cohort study ศึกษาในกลุ่มนักเรียน บุคลากร และผู้ประกอบอาหารโรงเรียน ในระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม – 4 มิถุนายน 2564 เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการระบาด โดยใช้นิยาม ผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยสงสัยตามนิยามในการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้น ห้อง ข้อมูลการเจ็บป่วย และประวัติการรับประทานอาหารและน้ำ ในระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม – 1 มิถุนายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi info™ version 7.2.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ โดยการทดสอบ Chi-square test หรือ Fisher's exact test คำนวณค่า Risk ratio (RR) และ 95 % Confidence interval (CI) และนำตัวแปรที่มี P-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.2 เข้ามาวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariable analysis) การวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติก (Logistic Regression Analysis) แสดงผลเป็น Adjusted Odds Ratio วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง

ผลการศึกษา

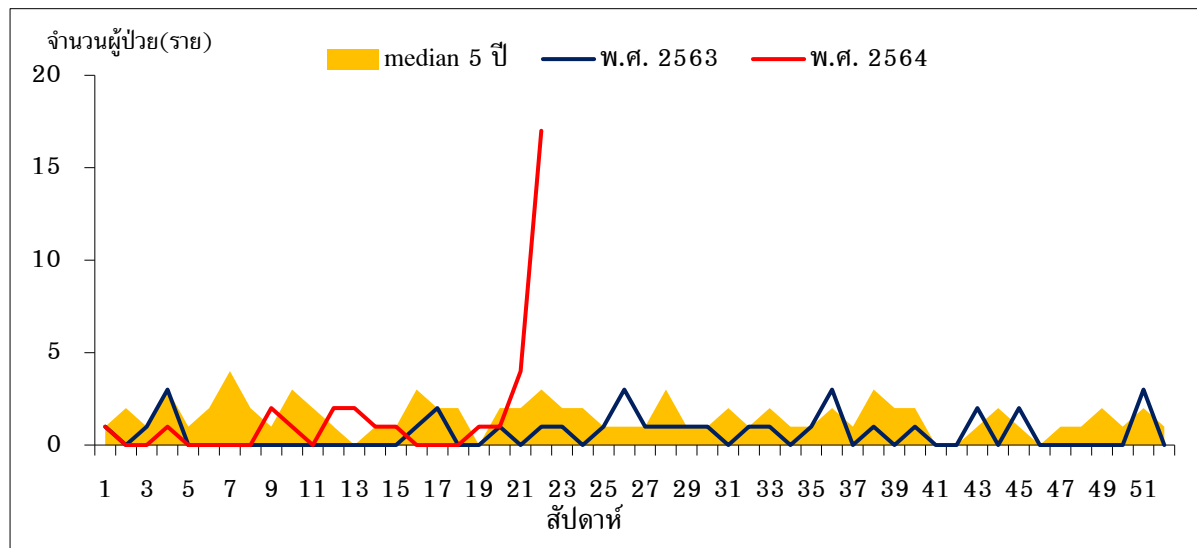
นำเสนอตามวัตถุประสงค์วัตถุประสงค์ 4 ประการคือ ประการแรก เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค ประการที่สองเพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคตามบุคคล เวลา สถานที่ ประการที่สาม เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแหล่งโรคที่เป็นสาเหตุของการระบาด และประการสุดท้ายเพื่อเสนอแนะมาตรการการควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสม

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ข้อมูลทั่วไปของโรงเรียนและการทบทวนข้อมูลเฝ้าระวังโรค โรงเรียนแห่งนี้เป็นโรงเรียนประจำ เปิดทำการเรียนการสอนระดับชั้นมัธยมศึกษา มีนักเรียนทั้งหมดจำนวน 364 คน มีบุคลากรรวม 35 คน ประกอบด้วย ครู 27 คน พระ 3 รูป แม่ครัว 5 คน โดยพระทำหน้าที่สอนนักเรียนด้วย มีที่พักในโรงเรียน แยกชายหญิง เป็นสัดส่วนชัดเจน การรับประทานอาหารจะมีแม่ครัวเป็นคนประกอบอาหารให้ทั้ง 3 มื้อ จากการทบทวนสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษของอำเภอเมืองอุทัยธานีรายสัปดาห์การระบาด ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 21 มีรายงานผู้ป่วย 17 ราย เฉลี่ยพบผู้ป่วย 1 รายต่อสัปดาห์ ต่อมาสัปดาห์ที่ 22 (วันที่ 29 พ.ค. 2564 – 4 มิ.ย. 2564) มีรายงานผู้ป่วย 17 ราย ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ย 17 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานรายสัปดาห์ 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2559 – 2563) และปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วยสูงกว่าปีที่ผ่านมา

และค่ามัธยฐาน (รูปที่ 1) และจากการตรวจสอบการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2563 อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ไม่มีรายงานเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ปี พ.ศ. 2564 เปรียบเทียบ ปี พ.ศ.2563 และค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2559 – 2563)



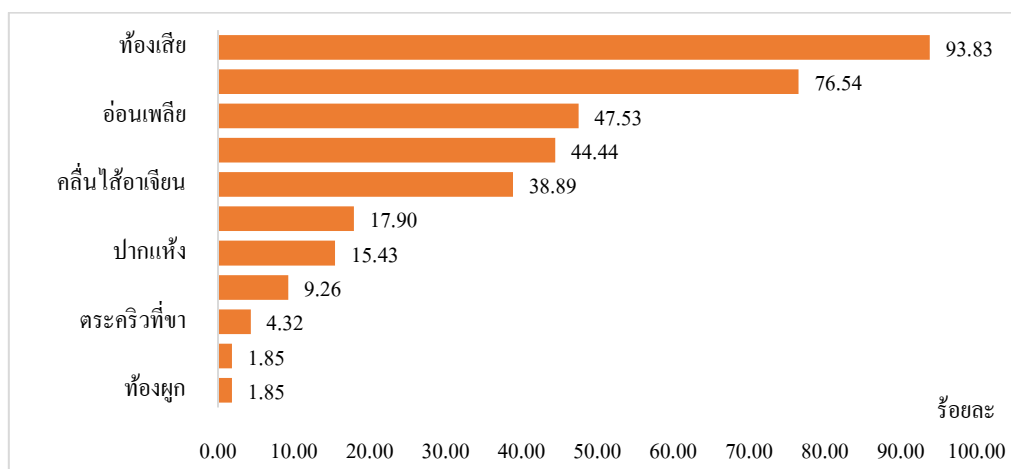
การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม จากการสอบสวนพบผู้ป่วยที่อาการเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคอาหารเป็นพิษทั้งหมด จำนวน 162 ราย แบ่งเป็นนักเรียน 159 ราย และครู 3 ราย พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 48.30 เพศชาย ร้อยละ 29.82 กลุ่มอายุที่มีอาการสูงสุดได้แก่ กลุ่มอายุ 20 – 24 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมา กลุ่มอายุ 10 – 14 ปี ร้อยละ 46.02 และกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี ร้อยละ 41.48 ระดับชั้นและสถานะสูงสุด มัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 50.00 รองลงมา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 47.69 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 43.43 โดยชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ไม่มีนักเรียนเข้าเรียนเนื่องจากยังไม่เปิดภาคเรียนปีการศึกษาใหม่ (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการท้องเสีย ร้อยละ 93.83 รองลงมาปวดท้อง ร้อยละ 76.54 อ่อนเพลีย ร้อยละ 47.53 และอาเจียน ร้อยละ 38.89 เป็นผู้ป่วยในจำนวน 12 ราย ไม่มีรายใดมีอาการรุนแรงที่มีภาวะช็อกหรือเสียชีวิต (รูปที่2)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ จำแนกตามเพศ และ อายุ โรงเรียนประจำแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี

ตัวแปร	ผู้ป่วย (162ราย)	รวม (379ราย)	อัตราป่วย (ร้อยละ42.74)
เพศ			
ชาย	34	114	29.82
หญิง	128	265	48.30
กลุ่มอายุ (ปี)			
10 – 14	81	176	46.02
15 – 19	78	188	41.48
20 – 24	1	2	50.00
25 – 29	1	4	25.00
30 – 34	1	4	25.00
35 – 39	0	0	0.00
40 – 44	0	2	0.00
45 – 49	0	3	0.00
ชั้นเรียนและสถานะ			
มัธยมศึกษาปีที่ 2	43	99	43.43
มัธยมศึกษาปีที่ 3	40	80	50.00
มัธยมศึกษาปีที่ 4	31	65	47.69
มัธยมศึกษาปีที่ 5	23	58	39.66
มัธยมศึกษาปีที่ 6	22	62	35.48
ครู	3	15	20.00

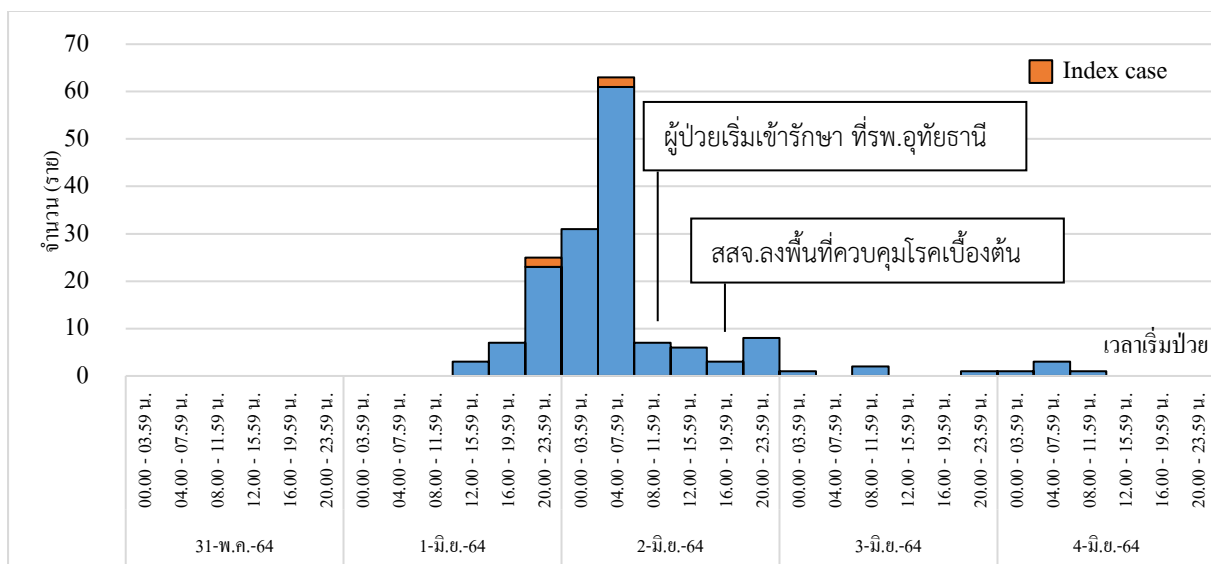
รูปที่ 2 ร้อยละอาการและอาการแสดงผู้ป่วยอาหารเป็นพิษ โรงเรียนประจำแห่งหนึ่ง จังหวัดอุทัยธานี ระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม – 4 มิถุนายน 2564 (n=162)



Index case เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล อุทัยธานี เข้ารับการรักษาวันที่ 2 มิถุนายน 2564 เวลาประมาณ 9.30 น. จำนวน 4 ราย รายที่ 1 เพศหญิง อายุ 16 ปี ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เริ่มป่วย

วันที่ 1 มิถุนายน 2564 เวลา 23.30 น. ด้วยอาการ อาเจียน 4 ครั้ง ถ่ายเป็นน้ำ 12 ครั้ง ปวดท้อง ปวดศีรษะ มีไข้ รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 16 ปี ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เริ่มป่วยวันที่ 1 มิถุนายน 2564 เวลา 23.30 น. ด้วยอาการ อาเจียน 1 ครั้ง ถ่ายเหลว 15 ครั้ง มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย รายที่ 3 เพศหญิง อายุ 16 ปี ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เริ่มป่วยวันที่ 2 มิถุนายน 2564 เวลา 6.00 น. ด้วยอาการ อาเจียน 10 ครั้ง ปวดท้อง ถ่ายเป็นน้ำ 1 ครั้ง มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย รายที่ 4 เพศหญิง อายุ 13 ปี ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เริ่มป่วยวันที่ 2 มิถุนายน 2564 เวลา 7.00 น. ด้วยอาการ อาเจียน 4 ครั้ง ปวดท้อง มีไข้ ปวดศีรษะ ปากแห้ง อ่อนเพลีย จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมพบผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 1 มิถุนายน 2564 เวลา 14.00 น. พบผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่เวลา 20.00 น. ของวันที่ 1 มิถุนายน 2564 พบสูงสุดช่วงเวลา 04.00 – 07.00 น. ของวันที่ 2 มิถุนายน 2564 และพบผู้ป่วยรายสุดท้ายในวันที่ 4 มิถุนายน 2564 ระยะฟักตัวของโรคจากมือที่เย็บ ระหว่าง 2 – 67 ชั่วโมง (ค่ามัธยฐาน 17 ชั่วโมง) (รูปที่ 3)

รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ จำแนกตามวันและเวลาเริ่มป่วย โรงเรียนประจำแห่งหนึ่ง จังหวัดอุทัยธานี ระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม – 4 มิถุนายน 2564 (n=162)



การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ เก็บตัวอย่าง rectal swab ผู้ป่วยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 7 ราย ส่งตรวจโรงพยาบาลอุทัยธานี จำนวน 5 ราย ส่งตรวจกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 2 ราย ผลไม่พบเชื้อทั้งหมด เก็บตัวอย่าง swab มือ ภาชนะ และน้ำส่งส่งตรวจกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 14 ตัวอย่าง ผลพบเชื้อ *Bacillus cereus* group จาก swab มือผู้ประกอบการอาหารจำนวน 3 ราย เชียง น้ำดื่มโรงอาหาร และน้ำใช้ประกอบอาหารห้องครัว พบเชื้อ *Aeromonas hydrophila* จากเชียง และ น้ำใช้ห้องครัว พบเชื้อ *Aeromonas* spp. *Aeromonas veronii* biovar *sobria* *Aeromonas caviae* จาก น้ำแข็งที่ละลาย พบเชื้อ *Escherichia coli* *Staphylococcus aureus* *Bacillus cereus* จากตัวอย่างอาหาร เฉาก๊วยนมสด ผลตรวจ SI-2 จากมือของผู้ประกอบการอาหารจำนวน 4 ราย ให้ผลบวกทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบผลบวกจากน้ำแข็งบดจากชุดทดสอบโคลิฟอร์มในน้ำและน้ำแข็ง (อ.11) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำแนกตามชนิดของสิ่งส่งตรวจ

ชนิดของสิ่งส่งตรวจ	จำนวนตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Rectal swab culture ของผู้ป่วย	7	4 มิถุนายน 2564	ไม่พบเชื้อแบคทีเรียก่อโรค
Swab มือผู้ประกอบการอาหาร	4	4 มิถุนายน 2564	<i>Bacillus cereus</i> จำนวน 3 ราย
Swab ภาชนะประกอบอาหาร	4	4 มิถุนายน 2564	<i>Bacillus cereus</i> group, <i>Aeromonas</i> spp.
น้ำดื่ม	4	2 มิถุนายน 2564	<i>Bacillus cereus</i>
		4 มิถุนายน 2564	<i>Bacillus cereus</i> group
น้ำใช้	4	4 มิถุนายน 2564	<i>Aeromonas</i> spp., <i>Aeromonas hydrophila</i> ., <i>Bacillus cereus</i> group
น้ำแข็งที่ละลาย	1	4 มิถุนายน 2564	<i>Aeromonas</i> spp., <i>Aeromonas veronii</i> biovar <i>sobria</i> , <i>Aeromonas caviae</i>
เจาก๊วยนมสด	1	2 มิถุนายน 2564	<i>Escherichia coli</i> 36 MPN/g <i>Staphylococcus aureus</i> 26 CFU/g <i>Bacillus cereus</i> 10 CFU/g

การศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสิ่งแวดล้อม การผลิตน้ำประปาของโรงเรียน โรงเรียนแห่งนี้ผลิตน้ำประปาใช้เอง น้ำดิบที่ใช้เป็นแหล่งน้ำตามธรรมชาติจากแม่น้ำสะแกกรัง โดยผ่านระบบน้ำประปาของโรงเรียน ส่งจ่ายน้ำไปใช้ในส่วนต่าง ๆ ของโรงเรียน ส่วนน้ำดื่มของโรงเรียนจะใช้น้ำจากถังเก็บน้ำดื่มส่งไปยังระบบกรองน้ำดื่ม กระจายไปยังจุดน้ำดื่มต่าง ๆ ได้แก่ โรงอาหาร ห้องครัว อาคารเรียน หอพักชาย และหอพักหญิง ในวันที่ทีมสอบสวนโรคลงดำเนินการสอบสวน ได้มีการตรวจสอบระดับคลอรีนด้วยชุดทดสอบคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำ (อ.31) ของกรมอนามัย ในถังเก็บน้ำดื่ม พบว่ามีปริมาณน้อยกว่า 0.2 ppm (น้ำตัวอย่างหลังจากเติมน้ำยาทดสอบมีสีใส)

สถานที่ประกอบอาหาร เป็นห้องใต้ถุนอาคารเรียน ลักษณะห้องมีเพดานสูง ทางเข้าออกเป็นประตูไม้เปิดโล่ง ผนังเป็นอิฐสำหรับระบายอากาศ โดยเป็นทั้งที่ปรุงอาหาร เตรียมวัตถุดิบต่าง ๆ และล้างทำความสะอาดวัตถุดิบและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการปรุงอาหาร โต๊ะประกอบอาหารมีความสูงจากพื้นประมาณ 60 ซม. น้ำที่ใช้ในการปรุงอาหารเป็นน้ำมาจากก๊อกน้ำที่ผ่านระบบการกรองน้ำดื่ม โดยเปิดใส่ไว้ในถังพลาสติกที่ไม่มีฝาปิดตั้งไว้กับพื้นห้องอยู่ใกล้บริเวณโซนล้างภาชนะและล้างวัตถุดิบ โดยโซนสำหรับล้างภาชนะและวัตถุดิบมีลักษณะวางภาชนะกับพื้นโดยมีปูนก่อขึ้นมาล้อมกันน้ำกระเซ็นสูงประมาณ 30 เซนติเมตร โดยวัตถุดิบต่าง ๆ จะถูกล้างทำความสะอาดและใส่ไว้ในตะกร้าเพื่อนำไปให้แม่ครัวประกอบอาหารต่อไป บริเวณดังกล่าวมีตู้แช่สำหรับแช่วัตถุดิบโดยแบ่งออกเป็นตู้สำหรับแช่ผักและตู้สำหรับแช่เนื้อสัตว์ มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 5 คน โดยเป็นแม่ครัวหลักที่ทำหน้าที่ปรุงอาหาร จำนวน 1 คน และคนคอยช่วยเตรียมวัตถุดิบและภาชนะ จำนวน 4 คน หลังจากปรุงอาหารเสร็จแล้ว จะนำอาหารใส่ในภาชนะหม้อขนาดใหญ่มีฝาปิดและลำเลียงไปยังโรงอาหาร จากการสังเกตของทีมสอบสวนโรค พบว่า มีสิ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและการปนเปื้อน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในห้องครัวมีเล็บยาวเล็กน้อยและเล็บมีลักษณะ

เปื้อนดำ บางครั้งมีการเตรียมอาหารหรือวัตถุดิบบนพื้นห้อง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องเตรียมและปรุงอาหารไม่ได้แต่งกายตามมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร เช่น ไม่ได้มีการใส่เสื้อแขนยาวคลุมแขน ไม่มีกรรไกรหั่นผักผลไม้ เป็นต้น

การบริหารอาหารในโรงเรียน ผู้ประกอบอาหารจะส่งผักต่าง ๆ จากร้านค้าในตลาดสดที่จังหวัดอุทัยธานีแบบวันต่อวัน โดยทางร้านจะนำมาส่งที่โรงเรียนทุกวัน ส่วนพวกเนื้อสัตว์จะสั่งมาปรุงอาหารได้ครั้งละ 2 วัน โดยนำเนื้อสัตว์มาแช่ไว้ที่ตู้เย็นของโรงครัวของโรงเรียน เมื่อจะนำมาปรุงอาหารจะนำเนื้อสัตว์มาแช่น้ำทั้งถุงเพื่อละลายน้ำแข็งก่อน สำหรับผักที่ใช้ปรุงอาหารจะนำมาล้างและหั่นเตรียมไว้ เมื่อเตรียมวัตถุดิบเสร็จจะเริ่มปรุงอาหาร เมื่อปรุงเสร็จจะนำไปใส่หม้อพักไว้ประมาณ 30 นาที- 1 ชั่วโมง เมื่อถึงเวลาจะมีนักเรียนเวรมาออกไปที่โต๊ะตักอาหารเพื่อให้ครูเวรเป็นคนตักอาหารให้กับนักเรียน โดยนักเรียนได้รับประทานอาหารของโรงเรียนทั้ง 3 มื้อ ส่วนบุคลากรจะได้รับประทานอาหาร 2 มื้อ (มื้อเช้า และมื้อกลางวัน) สำหรับมื้อกลางวันนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจะรับประทานอาหารเช้าเวลา 11.30 น. หลังจากนั้นจะเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย รับประทานอาหารเช้าเวลา 12.00 น. เมนูอาหารของโรงเรียนในระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม – 1 มิถุนายน 2564 (ตารางที่ 3) สำหรับอาหารอื่นๆ นอกเหนือจากอาหารมื้อหลักของทางโรงเรียนมีร้านค้าขายขนมขบเคี้ยว เครื่องดื่ม และผลไม้ เปิดขายตั้งแต่เวลาประมาณ 7.00 – 16.00 ชั่วโมงเช้าถึงเย็น ร้านค้าตั้งอยู่ที่โรงอาหารของโรงเรียนใกล้กับห้องครัว จากการสอบถามเพิ่มเติมในวันที่ 1 มิถุนายน 2564 มีผลไม้มะม่วงพร้อมทานวางขาย

ตารางที่ 3 เมนูอาหารที่นักเรียนป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษรับประทาน ระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม – 1 มิถุนายน 2564 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุทัยธานี

วันที่/มื้ออาหาร	มื้อเช้า	มื้อกลางวัน	มื้อเย็น
31-พ.ค.-64	ต้มจืดผัก	แกงมะเขือ	ผัดแตงกวา
1-มิ.ย.-64	ต้มผักไก่	ยำปลากรอบ ไข่ต้ม	ผัดผักบุ้ง
		ขนมเค้กวันมสด	

สถานที่รับประทานอาหารของนักเรียนและบุคลากรจะรับประทานอาหารบริเวณโรงอาหารร่วมกัน โดยแบ่งระดับชั้นมัธยมต้นรับประทานอาหารก่อนระดับชั้นมัธยมปลาย 30 นาที ลักษณะโรงอาหารเป็นได้รูปอาคารโล่ง มีรั้วกันสูงประมาณ 100 ซม. โต๊ะรับประทานอาหารเป็นลักษณะโต๊ะคอนกรีต นั่งได้โต๊ะละ 2 คน สถานที่ล้างทำความสะอาด เมื่อนักเรียนรับประทานอาหารแล้วจะนำจานอาหารมาล้างจุดเดียวกัน

2. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

การระบาดครั้งนี้ทีมสอบสวนโรคจึงทำการศึกษา retrospective cohort study เก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้วยแบบสอบถามในกลุ่มนักเรียนมัธยม บุคลากรในโรงเรียน ทั้งหมด 379 คน จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Univariate analysis พบว่าการรับประทานอาหาร มะม่วง ยำปลากรอบ และผัดแตงกวา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับการเกิดโรคอาหารเป็นพิษในครั้งนี้ (ตารางที่ 4) มะม่วง เป็นอาหารที่นักเรียนซื้อจากร้านค้าของโรงเรียนและทานช่วงกลางวันและเย็น ของวันที่ 1 มิถุนายน 2564 จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี

multiple logistic regression โดยควบคุมปัจจัยอื่น พบว่า ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ มะม่วง (adjusted OR = 2.19, 95%CI 1.24 – 3.86 , P-value 0.006) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและอาหารที่สงสัยกับการป่วยด้วยอาหารเป็นพิษในโรงเรียน
แห่งหนึ่ง จังหวัดอุทัยธานี วันที่ 31 พฤษภาคม – 1 มิถุนายน 2564 (n=379)

ปัจจัยเสี่ยง	มีปัจจัยเสี่ยง			ไม่มีปัจจัยเสี่ยง			Crude RR (95%CI)
	ป่วย	ไม่ป่วย	อัตราป่วย (ร้อยละ)	ป่วย	ไม่ป่วย	อัตราป่วย (ร้อยละ)	
ต้มจืดผัก	139	177	43.99	23	40	36.51	1.20(0.85–1.71)
แกงมะเขือ	141	184	43.38	21	33	38.89	1.59(0.78 – 1.59)
ผัดแตงกวา	153	190	44.61	9	27	25.00	1.78(1.00 – 3.18)
ต้มผักไก่	147	196	42.86	15	21	41.67	1.01(0.69 – 1.54)
ยำปลากรอบ	159	199	44.41	3	18	14.29	3.11 (1.08 – 8.92)
เจาก๊วยนมสด	62	64	49.21	100	153	39.59	1.24(0.98 – 1.57)
แคบหมู	6	4	60.00	156	213	42.28	1.41(0.84 – 2.38)
ไข่ต้ม	68	85	44.44	94	132	41.59	1.06(0.84 – 1.35)
มะม่วง	40	25	61.54	122	192	38.85	1.58(1.24 – 2.00)
ผัดผักบุ้ง	155	195	44.29	7	22	24.14	1.83(0.95 – 3.54)

หมายเหตุ * Fisher's exact test

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและอาหารที่สงสัยกับการป่วยด้วยอาหารเป็นพิษในโรงเรียน
แห่งหนึ่ง จังหวัดอุทัยธานี ด้วยวิธี multiple logistic regression วันที่ 31 พฤษภาคม – 1 มิถุนายน
2564

ปัจจัยเสี่ยง	Adjusted OR*	95% CI	P-value
เจาก๊วยนมสด	1.23	0.78 – 1.93	0.36
มะม่วง	2.19	1.24 – 3.86	0.006
ผัดผักบุ้ง	1.12	0.11 – 0.53	0.83
ผัดแตงกวา	1.57	0.62 – 4.00	0.33
ยำปลากรอบ	2.87	0.72 – 11.36	0.13

หมายเหตุ* ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ใน multiple logistic regression ได้แก่ เจาก๊วยนมสด มะม่วง ผัดผักบุ้ง ผัดแตงกวา
และยำปลากรอบ

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค ได้ทำการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และวางระบบเฝ้าระวังจนถึง
วันที่ 8 มิถุนายน 2564 ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติมและให้ความรู้แนะนำผู้ประกอบการเกี่ยวกับ
การประกอบอาหารให้ถูกสุขลักษณะ การจัดการวัตถุดิบประกอบอาหาร แนะนำผู้รับผิดชอบของโรงเรียน
เกี่ยวกับสุขาภิบาลน้ำอุปโภคบริโภค เน้นกระบวนการผลิตน้ำประปาตามมาตรฐาน การเติมคลอรีน และ

การตรวจระดับคลอรีนอิสระในน้ำ ตักตักน้ำเน้นดูแลรักษาความสะอาดทั้งตัวตู้และระบบการปรับปรุงคุณภาพน้ำ และการเปลี่ยนหรือล้างไส้กรองสม่ำเสมอ

วิจารณ์

การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษครั้งนี้คาดว่าจะเกิดจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อ *Bacillus cereus* สร้างสารพิษต่อระบบทางเดินอาหาร (diarrheal toxin) ⁽³⁾ สอดคล้องกับอาการผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการท้องเสีย ระยะพักตัวของโรคจากมือเที่ยง ระหว่าง 2 – 67 ชั่วโมง (ค่ามัธยฐาน 17 ชั่วโมง) อีกทั้งยังพบเชื้อที่สอดคล้องกันทั้งในน้ำที่ใช้ห้องครัว น้ำดื่ม เฉาก๊วยนมสด บนเขียง และมือของผู้ประกอบอาหารทั้ง 4 ราย สอดคล้องกับการศึกษาการระบาดของจากสารพิษของเชื้อ *Bacillus cereus* ทำให้เกิดอาการอาเจียนและอาการท้องเสีย ในร้านอาหารแห่งหนึ่ง ในเมืองแคนเบอร์รา ประเทศออสเตรเลีย ⁽⁴⁾ ซึ่งเหมือนกับการเกิดโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนขยายโอกาสแห่งหนึ่ง อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง ⁽⁵⁾ การเกิดโรคอาหารเป็นพิษในนักท่องเที่ยวที่เข้าพักอาศัยในรีสอร์ทแห่งหนึ่ง ในจังหวัดระยอง ⁽⁶⁾ โดยพบเชื้อดังกล่าวในน้ำดื่มที่ใช้ประกอบอาหาร และภาชนะประกอบอาหาร และจากผลการวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่ามะม่วงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค อาจเกิดจากการการปนเปื้อนเชื้อระหว่างประกอบอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในประเทศบราซิล ปี ค.ศ. 2008 – 2014 ⁽⁷⁾ ซึ่งพบวาร์้อยละ 6.6 เป็นการระบาดของเชื้อ *Bacillus cereus* จากการระบาดทั้งหมด และอาหารที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดอาหารเป็นพิษมากที่สุด คือ ผักและผลไม้ ร้อยละ 46.6 อีกทั้งการปรุงอาหารแล้วทิ้งไว้อาจทำให้เกิดการเพิ่มของจำนวนเชื้อหลังจากการทำอาหารจนถึงเวลารับประทานอาหาร สอดคล้องกับการสอบสวนการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ ในเทศกาลวันวิสาขบูชา อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2561 ที่เกิดจากการปนเปื้อนเชื้อระหว่างการปรุงอาหาร ⁽⁸⁾ นอกจากนี้ จากการสอบสวนโรคและลงสำรวจพื้นที่บริเวณโรงอาหาร โรงครัว และแหล่งน้ำในโรงเรียน ยังพบข้อบกพร่องด้านสุขาภิบาลอาหาร ⁽⁹⁾

แม้สุขาภิบาลเหล่านี้อาจไม่ใช่ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการระบาดโดยตรง แต่ก็ควรเป็นสิ่งที่ได้รับการดูแลและปรับปรุงเพื่อป้องกันการเกิดการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในอนาคต ข้อจำกัดในการสอบสวนไม่สามารถเก็บตัวอย่างอาหารได้ทั้งหมด เนื่องจากถูกรับประทานหมดก่อนที่ทีมสอบสวนจะเข้าไปที่โรงเรียน สรุปได้ว่าการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในกลุ่มนักเรียน ครู ที่รับประทานอาหารเช้าของโรงเรียนประจำแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ระหว่างวันที่ 1-4 มิถุนายน 2564 สาเหตุน่าจะมาจากการปนเปื้อนเชื้อ *Bacillus cereus* ในอาหารมื้อกลางวันของวันที่ 1 มิถุนายน 2564 และน้ำ ของโรงเรียนมาตรการที่ส่งผลของให้เกิดการระบาดในครั้งนี้คือ สุขาภิบาลอาหาร กระบวนการประกอบอาหาร โรงเรียนควรเน้นการจัดการสุขาภิบาลน้ำอุปโภค บริโภค เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ลักษณะนี้ที่อาจเกิดขึ้นได้อีก ทางทีมสอบสวนโรคได้เสนอแนะมาตรการ ให้ผู้รับผิดชอบงานของ สสจ.อุทัยธานี รพสต. น้ำซึม ให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลด้านอาหารและน้ำแก่ ครู นักเรียน ผู้ประกอบอาหาร และผู้เกี่ยวข้อง เน้นให้ความสำคัญกับกระบวนการปรุงอาหาร มาตรฐานการจัดการวัตถุดิบ รวมทั้งให้ความรู้ด้านหลักระบาดวิทยาในการป้องกันควบคุมโรคเบื้องต้นเพื่อป้องกันการระบาด และระบบเฝ้าระวังโรคหลังเกิดการระบาด 7 วัน ไม่ให้มีผู้ป่วยรายใหม่ ให้ทางโรงเรียนควรมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบควรกำกับติดตามเรื่องเดิมคลอรีน

ในน้ำประปาของโรงเรียน พร้อมตรวจสอบค่าไอสเตรคลอรีน ให้มีค่าอยู่ระหว่าง 0.2 – 0.5 ppm⁽¹⁰⁾ มีการตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบหรืออาหารสำเร็จรูป ก่อนจะนำมาประกอบอาหาร การเก็บอาหาร ผัก เนื้อ ควรแยกจากกัน และแข็งที่ใช้ต้องไม่มีรอยแตก แยกระหว่างสุกกับดิบ ควรต้องมีการตรวจเช็คมาตรฐาน และสุ่มตรวจหาเชื้อสัณฐานเสมอ ควรมีการตรวจสุขภาพและประวัติผู้ประกอบอาหารและครู อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร⁽¹¹⁾ รวมถึงการผ่านการอบรมเรื่องสุขาภิบาลอาหารและน้ำจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ และมีการตรวจสอบความเรียบร้อยก่อนการปฏิบัติงานของผู้ประกอบอาหาร เช่น สวมหมวก คลุมผม สวมผ้ากันเปื้อน ล้างมือทุกครั้งก่อนหยิบหรือสัมผัสอาหาร เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าอาวาสผู้ดูแลโรงเรียนและบุคลากรในโรงเรียน ที่กรุณาในการสอบสวนโรคในครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมสอบสวนโรคสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ขอขอบคุณนายแพทย์ ทรศนะ ธรรมรส อาจารย์ที่ให้คำปรึกษา ตลอดจนหน่วยงานดังต่อไปนี้ ได้แก่สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมสอบสวนโรคสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ที่ร่วมสอบสวนโรคในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.กลุ่มโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/oHDbY>.
- 2.กลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดโรคอาหารเป็นพิษ (Food Poisoning) [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/tSVF7>.
- 3.Per Einar Granum, Terje Lund. Bacillus cereus and its food poisoning toxins. FEMS Microbiology Letters [Internet]. 1997. [cited 2021 Jun 23];157:223–8. Available from: <https://shorturl.asia/yoOs4>.
- 4.Thirkell CE, Sloan-Gardner TS, Kacmarek MC, Polkinghorne B. An outbreak of Bacillus cereus toxin-mediated emetic and diarrhoeal syndromes at a restaurant in Canberra, Australia 2018. Commun Dis Intell 2019; 43: 1–9.
- 5.ประภาส ผูกดวง, เวสารัช วรุตมะพงศ์พันธุ์. การสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษจากเชื้อ Bacillus cereus / Aeromonas hydrophila / Aeromonas caviae และ Aeromonas veronii biovar sobria ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาแห่งหนึ่ง ตำบลห้วยทับมอญ อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง ปีพ.ศ. 2561. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13: 182–91.

6.บุญรัก อารงลักษณะกุลและกรณีการ พินิจ การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในนักท่องเที่ยวที่เข้าพักในรีสอร์ทแห่งหนึ่งตำบลแก่ง อำเภอมืองจังหวัดระยอง วันที่ 7-9 กรกฎาคม 2559.รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2560; 48: 21-30.

7.Elias SO, Decol LT, Tondo EC. Foodborne outbreaks in Brazil associated with fruits and vegetables: 2008 through 2014. Food Quality and Safety. 2018; 2:173-81.

8.ธนชล วงศ์หิรัญเดชา, กรณีการ หมอนพังกเทียม, ชัยนันต์ บุตรกาล, จรรยา ดวงแก้ว, แมน แสงภักดี สมพร จันทรแก้ว และคณะ. การสอบสวนการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ ในงานเทศกาลวันวิสาขบูชา อำเภอมือง จังหวัดยโสธร ปีพ.ศ. 2561.รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2562; 50: 49-58.

9.กองสุขาภิบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. คู่มือการจัดการอาหารปลอดภัยนัยเรือบ.

[อินเทอร์เน็ต] 2559. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย. 2564]. หน้า 13-15.เข้าถึงได้จาก:

<https://shorturl.asia/R9cFa>.

10.การประปาส่วนภูมิภาค.คู่มือกระบวนการผลิตน้ำประปาและควบคุมคุณภาพน้ำ พ.ศ.2561.

[อินเทอร์เน็ต] 2561. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ .ย.2564]. หน้า 58. เข้าถึงได้จาก: <http://ml6.in/aLiOA>.

11.สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำสำหรับสาธารณสุขอำเภอ.[อินเทอร์เน็ต] 2557. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ .ย.2564]. หน้า 3-17.

เข้าถึงได้จาก: <http://ml6.in/sKbSV>.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วย กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของชุมชนบ้านวังทอง อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

The Development of Health Behavior Modification Model in Non-communicable Chronic Diseases Risk by Using Participatory Approach in Knowledge Management of the Community in Banwangthong Bangmulnak District, Phichit Province

ธานี โชติกคาม

Thanee Chotigakham

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Provincial Public Health Office

Received: December 17, 2022 | Revised: March 03, 2023 | Accepted: June 19, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สองประการเพื่อพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเพื่อวัดประสิทธิผลของรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิด PRECEDE Model การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ แบบสัมภาษณ์ผู้นำปรับเปลี่ยนสุขภาพ 10 คน และแบบสอบถามกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 40 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกตการณ์ร่วมกับการจัดการความรู้ตั้งแต่ศึกษาบริบทพื้นที่ ร่วมวางแผน นำแผนไปปฏิบัติและปรับปรุงสรุปและการศึกษาเชิงปริมาณโดยการสำรวจสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย *Paired Simple t-test* ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบ้านวังทองด้วยการจัดการความรู้เริ่มตั้งแต่ศึกษาบริบทของชุมชน กระตุ้นบุคคลในชุมชนให้ตระหนัก และมีศักยภาพในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน และ 2) ผลการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ พบว่ากลุ่มเสี่ยงภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ความสามารถ การควบคุมตนเองและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และมีค่าดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอวและผลน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตลดลง ปัจจัยแห่งความสำเร็จขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ศักยภาพผู้นำและทีม นอกจากนั้นนโยบาย การพัฒนานโยบายการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเข้าถึงกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ติดต่อผู้พิมพ์: ธานี โชติกคาม

อีเมล: mr.thanee.cho@gmail.com

Abstract

The two aims of this research were to develop a behavior change model for improving the health behaviors of the non-communicable disease (NCD) population at risk and to assess the effectiveness of the health behavior change intervention based on the PRECEDE Model. The research is conducted as an operational study, divided into qualitative research using tools such as interviews with 10 health behavior change leaders and a survey questionnaire administered to 40 individuals at-risk of participating in health behavior change activities. The qualitative data was analyzed by observing the involvement in knowledge management, including the contextual background, collaborative planning, implementation, and evaluation. The quantitative analysis involves a health status and health behavior survey, analyzed using descriptive statistics, paired t-tests for inferential statistics, and Pearson correlation analysis. The research findings indicate that: 1) the health behavior change model implemented in the Wang Thong community through knowledge management, community contextual study, and community stimulation had raised community awareness and potential for collaborative health behavior change; and 2) the health behavior change activities had resulted in improved self-efficacy, self-control, and health behaviors among the at-risk group, as well as reduced body mass index, waist circumference, and blood sugar levels, along with decreased blood pressure. The factors contributing to the success of the intervention depend on the participation of all stakeholders in community health care, the leadership capacity, and the team's involvement. Furthermore, policy development and health promotion are essential for accessing health promotion activities.

Correspondence: Thanee Chotigakham

E-mail: mr.thanee.cho@gmail.com

คำสำคัญ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กระบวนการมีส่วนร่วม

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

Keywords

Non-communicable diseases

Participation action

Health behavior modification model

บทนำ

การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขนั้นเป็นความต้องการและความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตที่มนุษย์⁽¹⁾ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดโรคและภัยสุขภาพ อัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กระบวนการเกิดโรคนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การแพร่กระจายของเชื้อโรค แต่มีปัจจัยที่เพียงพอ (Sufficient agent) ก็สามารถทำให้เกิดโรคได้ ซึ่งโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังนี้มีระยะเวลาการดำเนินการของโรคที่มีความต่อเนื่องและยาวนานตลอดชีวิต ซึ่งนับวันทวี ความรุนแรงและมีการกระจายของโรคเพิ่มขึ้นเนื่องจากผลจากความเจริญด้านเทคโนโลยี สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ⁽²⁾ ในปัจจุบันสภาวะ

ความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของประชากรทั่วโลกเปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น ทุกประเทศจึงให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งนำมาสู่ภาวะโรคที่เพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นสมพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (International Society of Hypertension) จึงได้ให้ความสำคัญในการเพิ่มการคัดกรองและยืนยันการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การสหประชาชาติที่ว่าความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงต้องลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568⁽³⁾ โรคเบาหวานมีการคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ.2583 ซึ่งโรคเบาหวานที่ดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกาย เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและทุพพลภาพทั่วโลก⁽⁴⁾ และจากรายงานการสำรวจสุขภาพพบว่าความชุกของโรคเบาหวานของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 8.9 ความชุกของผู้ที่มีความผิดปกติของน้ำตาลในเลือดตอนเช้าขณะอดอาหาร (Impaired fasting glucose; IFG) เท่ากับร้อยละ 15.6 โดยผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 43.2 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน และไม่ทราบว่า ตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน⁽⁵⁾ และปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของประชากรโลก โดยเฉลี่ยจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นใหม่ในทุก ๆ 40 วินาที และเสียชีวิตลงในทุก 3 นาที 35 วินาที⁽⁶⁾ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในประเทศไทย ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีการประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวถึงร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 20,746 ราย อัตราตายเท่ากับ 21.8 ต่อประชากรแสนคน⁽⁷⁾ จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น⁽⁸⁾

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560 – 2564) ได้กำหนดเป้าประสงค์คือ ประชนชน ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เพื่อลดการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ มีการส่งเสริมสุขภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย ให้มีสุขภาพที่ดีลดการตายก่อนวัยอันควร⁽⁹⁾ ซึ่งอนาคตในอีก 10 – 20 ปี ข้างหน้าถ้าปัญหานี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขรัฐบาลต้องจ่ายค่ารักษาอาการแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เป็นเงินมากกว่าปีละ 1 แสนล้านบาท และส่งผลเสียต่อชีวิตและสุขภาพ คือความพิการ ภาวะสุขภาพจิตที่แย่งของผู้ดูแลและครอบครัว⁽¹⁰⁾ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเองถือว่าเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดความยั่งยืน⁽¹¹⁾ ประชาชนหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขทั้งด้าน กำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยตระหนักถึงปัญหาของชุมชน กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหโดยชุมชนเอง ทั้งนี้ กลวิธีที่สำคัญที่สุดประการหนึ่ง คือการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง⁽¹²⁾

จากข้อมูลอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร พบว่ามีประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 38,050 คน มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 2,613 คน (ร้อยละ 6.87) และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน

1,669 คน (ร้อยละ 4.39)⁽¹³⁾ และเมื่อศึกษาเป็นรายพื้นที่พบว่าบ้านวังทอง มีกลุ่มเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2562 พบกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 4.82 ปี พ.ศ. 2564 มีพบร้อยละ 5.48 และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ.2562 พบร้อยละ 1.27 ปี พ.ศ. 2564 พบร้อยละ 5.93 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนนั้นยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น⁽¹⁴⁾ ผลกระทบที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับประชาชนในชุมชนคือมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์/อัมพาต ซึ่งต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและยาวนาน จำนวน 9 คน และมีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องอยู่ติดบ้าน จำนวน 13 คน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกพื้นที่บ้านวังทอง ตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตรที่มีความน่าสนใจคือเป็นชุมชนกึ่งเมืองและชนบท วิถีชีวิตของประชาชนมีความหลากหลายทั้งที่ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม รับจ้าง และข้าราชการ พื้นที่ที่มีความโดดเด่นด้านการประสานความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในชุมชนในการหาวิธีการดูแลกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมจนไม่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตและยังเป็นโอกาสที่จะทำให้ประชาชนทุกภาคส่วนได้มีการแสดงความคิดเห็นการวางแผนและดำเนินการร่วมกันในการหารูปแบบ วิธีการต่างๆ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของบริบทชุมชนและการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนและขยายแนวคิด วิธีการไปสู่พื้นที่ข้างเคียงต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

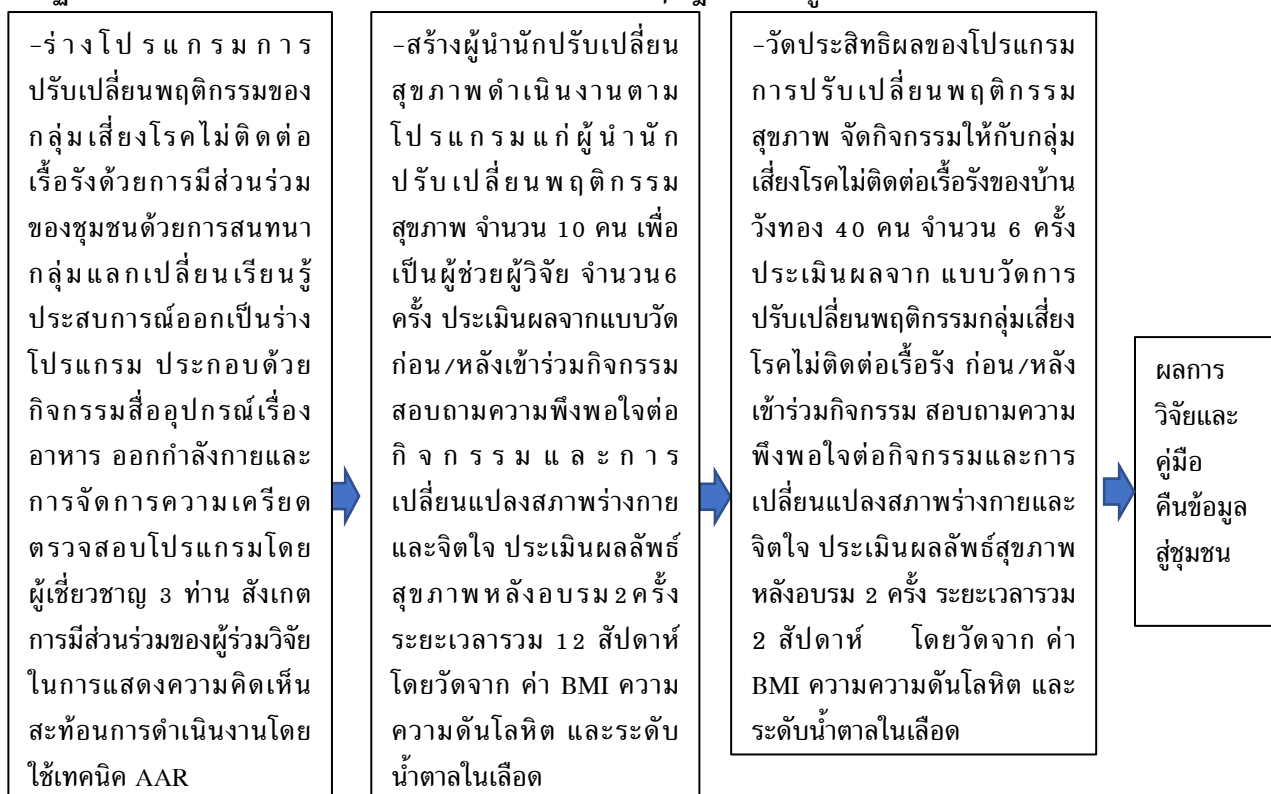
การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งขั้นตอนการวิจัย มี 3 ระยะ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ถึง 30 ธันวาคม 2565 ขั้นตอนดังนี้

1.ระยะก่อนดำเนินการคัดเลือกบ้านวังทองจากสถิติการคัดกรองมีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต ผู้สูงอายุติดบ้าน แนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และปัจจัยสำคัญของพื้นที่คือความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนในชุมชนมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท อาชีพมีความหลากหลายทั้งด้านเกษตรกรรม รับจ้างและข้าราชการ ⁽¹⁴⁾

2.ระยะสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก และผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สถานการณ์ความชุกโรค การดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ร่วมวิจัยโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เพื่อสร้างศักยภาพของตนเองและเตรียมความพร้อมในการทำวิจัย

3.ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงตามหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽²⁾ ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 ครั้ง แต่ละครั้งมีระยะห่าง 1 เดือน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติตามแผน 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนผล ดังต่อไปนี้ คือ กิจกรรมครั้งที่1 ร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยนำผลจากระยะสำรวจข้อมูลพื้นฐานทั้งด้านสิ่งแวดล้อมเงื่อนไขการมีสุขภาพดีในชุมชนเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นใช้การจัดการความรู้ร่วมกันในการกำหนดรูปแบบและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ และให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อให้เกิดความสอดคล้องระหว่างข้อมูลพื้นฐาน วัตถุประสงค์และกิจกรรม กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำรูปแบบและ แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ปรับปรุงแล้ว (อาหาร ออกกําลังกาย และการจัดการ ความเครียด) ไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจเข้ารับการอบรมเป็นผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและเป็นผู้ช่วยนักวิจัย 6 ครั้งและมีระยะติดตามผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 2 ครั้งหลังการอบรม รวม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยสอนตามแผนการสอน เนื้อหา ทดลองใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมสุขภาพและ ผลลัพธ์สุขภาพ จัดการความรู้ด้วยเทคนิค AAR กิจกรรมครั้งที่3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับปรุงกิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงตั้งเป้าหมายของ ตนเองและวิธีการดูแลให้ถึงเป้าหมายนั้นและให้ผู้นำสุขภาพร่วมกันค้นหาผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ที่ เน้นการปฏิบัติจริงจำนวน 6 ครั้งและมีระยะติดตามผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ และมีการทำงานเป็นทีม การเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องของกลุ่มเสี่ยงและการแลกเปลี่ยนและการ รับทราบผลลัพธ์ด้านสุขภาพทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านวังทองว่ามีสาเหตุใด ที่ช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืนและทำอย่างไร จึงจะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงด้วยการมีส่วนร่วมโดยชุมชน ภายใต้แนวคิด PRECEDE Model นำมาใช้ เป็นกรอบในการศึกษาระยะสำรวจข้อมูลพื้นฐานในการค้นหาสาเหตุของปัญหา แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ปัญญาเชิงสังคม (Social Cognitive Theory) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบการกระทำ (Operant Condition Theory) แนวคิดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ความรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจาก ความรู้ที่ฝังลึก(Tacit Knowledge) เป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่เชื่อมโยงความรู้ที่ได้จากการทำวิจัยกับการ ปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงผสานเข้าด้วยกัน จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวผู้วิจัยกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยน



คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาที่มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน ผู้ให้ข้อมูลเรื่องการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอและระดับตำบล ผู้ให้ข้อมูลด้านประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทวิถีชีวิตของชุมชนคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) และมีประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพคือ ผู้สูงอายุและญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชนมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ที่บ้านวังทองมากกว่า 30 ปี ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและยินยอมให้ข้อมูลด้านสุขภาพ 10 คน ผู้ให้ข้อมูลรอง คือ ญาติผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกันหรือให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและยินยอมให้ข้อมูล 10 คน

ระยะที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนรวมทั้งหมด 10 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง 1 คน นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 คน ผู้นำชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 คน และตัวแทนประชาชนทั่วไป 2 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) สมควรใจเป็นร่วมวิจัย อ่านออกเขียนได้ มีการรับรู้ด้านการสื่อสาร ภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่บ้านวังทอง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งและเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและมีประสบการณ์ในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้รับการยอมรับจากชุมชน **กิจกรรมครั้งที่ 2** การสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมควรใจเข้ารับการอบรมให้เป็นผู้ดำเนินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 6 ครั้ง ประเมินผลจากแบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อน/หลังเข้าร่วมกิจกรรม สอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจ มีการติดตามผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ และเป็นผู้ช่วยนักวิจัย 10 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้นำกลุ่มเป้าหมาย(Inclusion criteria) เป็นผู้ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อ่านออกเขียนได้ มีการรับรู้ด้านการสื่อสาร ภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่บ้านวังทองและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งส่วนคุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา(Exclusion criteria) คือมีปัญหาด้านการรับรู้และการสื่อสาร และเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย **และกิจกรรมครั้งที่ 3** วัดประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเมินผลจากแบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อน/หลังเข้าร่วมกิจกรรม 6 ครั้ง กลุ่มเป้าหมาย 40 คน สอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจ ประเมินผลลัพธ์สุขภาพหลังอบรม 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยวัดจากความความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นผู้ที่สมควรใจเข้ารับการอบรม อ่านออกเขียนได้ มีการรับรู้ด้านการสื่อสาร ภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่บ้านวัง

ทองและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ส่วนคุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษาคือมีปัญหาด้านการรับรู้ การสื่อสาร และเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งส่วนที่เป็นการศึกษาแบบพหุวิธีโดยใช้เครื่องมือ ดังนี้ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย โดยวิธีเก็บข้อมูลจากเอกสาร แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อแสวงหาแนวทางการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดดังนี้ 1. การสัมภาษณ์เชิงลึกระยะที่ 1 เพื่อเก็บข้อมูลด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ศึกษาบริบท ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นการ (Interview) สาธารณสุขอำเภอบางมูลนากและผู้ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่ออำเภอบางมูลนากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง รวม 3 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างรายบุคคลโดยที่นักวิจัยไม่ได้กำหนดกรอบหรือประเด็นที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้นๆ เช่น ปัญหาในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อของอำเภอบางมูลนากเป็นอย่างไร เป็นต้น

2) แนวทางการปฏิบัติทางด้านสุขภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรังเป็นคำถามปลายเปิดรายบุคคลแบบปลาย จำนวน 20 คน เน้นการยืดหยุ่นตามสถานการณ์เป็นหลักเพื่อเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงออกถึงความคิดและการปฏิบัติของตนเองได้อย่างอิสระ โดยผู้วิจัยจะต้องใช้ความเชี่ยวชาญในการทะลอมถาม (Probe) เพื่อล้วงเอาความจริงหรือความรู้ที่ลึกซึ้งๆ ให้มากที่สุด เช่น ท่านมีการดูแลสุขภาพตัวเองอย่างไรจึงไม่เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น

2. การสนทนากลุ่ม (Focus group interview) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้ลักษณะของการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของแต่ละคนประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง 1 คน นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 คน ผู้นำชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 คน และตัวแทนประชาชน 2 คน รวม 10 คน เพื่อมุ่งหาความคิดเห็นดังนี้ 1) จัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องการกินอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ตามหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ร่วมวิจัยโดยผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกกิจกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 2) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม การเข้าร่วมกิจกรรมการแสดงบทบาทการเป็นผู้ร่วมวิจัยการเป็นผู้นำสุขภาพการมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ โดยยึดหลักของการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน 3) สังเกตผู้เข้าร่วมการอบรมขณะทำกิจกรรมในการอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความสนใจในกิจกรรมทั้งการให้ความรู้และการปฏิบัติ เช่น การซักถามประเด็นต่างๆ การออกกำลังกาย

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย จำนวน 9 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบวัดการดูแลสุขภาพตนเองที่มีลักษณะเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” จนถึง “ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์” ตัวอย่างแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง ฉันทออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจนเหงื่อซึมครั้งละประมาณ 30 นาที ไม่ได้ปฏิบัติเลยได้ 0 คะแนน ปฏิบัติ

1-2 วันสัปดาห์ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ได้ 3 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ได้ 4 คะแนน ตอนที่ 3 แบบสอบถามการควบคุมตนเอง จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบวัดการควบคุมตนเองที่มีลักษณะเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ "น้อยที่สุด" ถึง "มากที่สุด" ตัวอย่างแบบสอบถามแบบวัดการควบคุมตนเอง ฉันควบคุมตนเองให้ลดการกินอาหารทอดเช่นกล้วยแขกทอดมันทอด ข้าวเกรียบ ได้น้อยที่สุดได้ 0 คะแนน น้อยได้ 1 คะแนน ปานกลางได้ 2 คะแนน มากได้ 3 คะแนน มากที่สุดได้ 4 คะแนน ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีลักษณะเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ "ไม่เลย" ถึง "มากที่สุด" ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ฉันมั่นใจว่าสามารถหาวิธีลดความเครียดได้ด้วยตนเอง ไม่เลยได้ 0 คะแนน น้อยได้ 1 คะแนน ค่อนข้างมากได้ 2 คะแนน มากได้ 3 คะแนน มากที่สุดได้ 4 คะแนน

การหาคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ตรวจสอบหาคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสร็จแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ภาษา ข้อความ ความหมายและโครงสร้าง สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องศึกษาเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) จากนั้นนำไปคำนวณหาค่า Average IOC ได้เท่ากับ 0.95 หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบมาทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินมะกอก ซึ่งเป็นตำบลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง ตั้งอยู่ มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค์ (alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลและการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย การตีความข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูล และการสร้างข้อสรุป การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ วัดประสิทธิผลของรูปแบบ วิเคราะห์ด้วย Paired Sample t-test

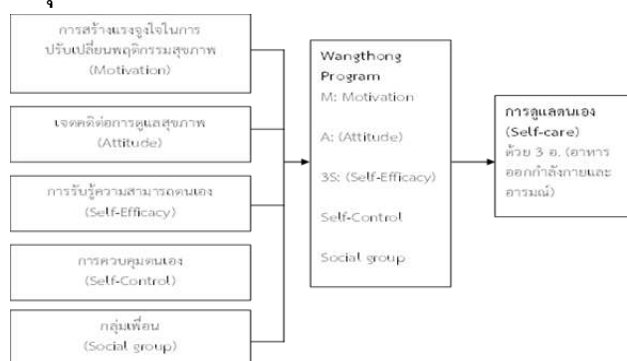
ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอบางมูลนากและผู้ที่ได้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่ออําเภอบางมูลนากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง ปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสาเหตุจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งการคัดกรองสุขภาพอย่างต่อเนื่องจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการค้นหากลุ่มที่มีโอกาสต่อการเกิดโรค รวมถึงเป็นการในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สาธารณสุขอำเภอ) การประกอบอาชีพที่เปลี่ยนไปจากที่ทำนาทำสวนกินอาหารเป็นเวลา เปลี่ยนเป็นอาชีพรับจ้าง เข้างานเป็นเวร เป็นกะ ทำให้กินอาหารไม่เป็นเวลา ไม่มีการออกกำลังกาย ส่วนการดูแลกลุ่มเสี่ยง คือการอบรมให้ความรู้ เรื่อง 3 อ 3 ส ส่งเสริมการจัดคลินิก DPAC ในชุมชน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากบุคคลต้นแบบ ซึ่งผลลัพธ์ของกิจกรรมยังไม่

ดีเท่าที่ควร (ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ) ปัญหาในการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยคือการไม่ควบคุมพฤติกรรม การใช้ชีวิตที่เหมาะสมกับโรค ไม่มาตรวจตามนัด รูปแบบที่ใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ บ้านวังทองได้จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยนำกลุ่มเสี่ยงมาให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ และติดตามประเมินผลลงเยี่ยมบ้านและติดตามวัดความดันที่บ้าน 7 วันหลังจากเข้าโครงการ โดย อสม.ในละแวกที่รับผิดชอบ (ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.บ้านวังทอง) จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ สิ่งที่มีผลกระทบกับสถิติของการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรค และกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ภาวะความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งการคัดกรองสุขภาพอย่างต่อเนื่องจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการค้นหากลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรค รวมถึงเป็นกระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการสร้างแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 คน พบว่า แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีแรงจูงใจทางบวกที่เกิดจากความต้องการภายในให้เกิดเป็นแรงผลักดันในแต่ละบุคคลทำให้สามารถทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง “สุขภาพดีของลุงคือตั้งใจว่าจะดูแลตัวเอง ไม่เป็นภาระใครในครอบครัว กินอยู่ก็ต้องระมัดระวัง ส่วนการออกกำลังกายก็ทำสวนปลูกผัก” (นาย 7) “เรื่องสวยๆ งามๆ ไม่ยอมแพ้ ต้องดูดีไว้ก่อน ในวัยเดียวกันเรายอมไม่ได้” (นาง 5, 8) “ฉันป่วยไม่ได้ ต้องแข็งแรง ต้องดูแลภรรยาและคนรอบๆ ตัว” (นาย 9) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนมากเน้นการดูแลสุขภาพตนเองมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพตนเองและมีความมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเองอยู่เสมอ “ถ้าคนเราอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไรเลย มันก็จะแย่ๆ ลง ต่อไปก็จะลำบากเอง” (นาย 1) “ทำแล้วก็สบาย กินอร่อย นอนหลับ ร่างกายแข็งแรงใจก็ดี ไม่หงุดหงิด” (นาย 2) “การมีอะไรทำที่สนุกสนาน คนก็เข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น” (นาง 10) การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถเลือกชนิดของอาหารในการรับประทานอาหารและวิธีการปรุงอาหารที่มีประโยชน์ด้วยตนเอง รู้วิธีการออกกำลังกายและหาวิธีที่จะผ่อนคลายอารมณ์เครียดด้วยตนเอง เป็นตัวอย่างให้กับบุคคลในครอบครัว “ที่นี้เลี้ยงปลาเยอะ และมีแหล่งให้หาปู ปลา กบ เขียด พอกิน บ้างครั้งขายได้ด้วย” (นาย 4) “ที่บ้านปลูกผัก หญ้า ไม้กินเอง หอมผักชี กระเพรา โหระพา พริก ก้อแบ่งๆ กันไป ไม่หวง” (นาง 3) “สมัยก่อนจะไปเอาความรู้ที่ไหน ต่างคนต่างอยู่ มาจากคนโบราณสั่งสอนมาด้วย ดูจากร่างกายตัวเองว่ามันแข็งแรงดี” (นาง 6) “ทำอะไรได้ก็ทำไป ทำมันเรื่อย ๆ เหนื่อยก็หยุด ถ้าเราไม่ทำแขน ขา เส้นมันจะยึด” (นาย 4) การควบคุมตนเองในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด “จะกินอะไร กินให้พอดี คนสมัยนี้มันกินเกินพอดีถึงอ้วนกันอย่างนี้” (นาง 7) “เดินไปแกว่งแขนแกว่งขา กระโดดโลดเต้นแล้วเราก็อสบาย ทำได้ทุกวัน” (นาง 5) “ออกกำลังกาย ผักผ่อนให้เพียงพอ ไม่กินเหล้า สูบบุหรี่” (นาย 1) กลุ่มเพื่อน (Social) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง “คุยกับเพื่อน ๆ บอกแกกินอย่างนี้ไม่ได้นะ ถ้าหน่วยงานถ้าเขามีกิจกรรมเราก็ก็นำไปร่วมกับเค้า” (นาง 10) “การจัดเป็นคูหู แข่งกันลดน้ำหนัก ทำให้เขาคอยเตือนกันมากขึ้นยิ่งถ้ามีรางวัลด้วยละก็ดีมาก ให้ทำคนเดียวไม่ค่อยประสบความสำเร็จ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ผลการสนทนากลุ่ม (Focus group interview)

เมื่อรวบรวมข้อมูลที่เกิดการสัมภาษณ์โดยใช้ลักษณะของการสอน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ คือ แรงจูงใจ เจตคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเองและกลุ่มเพื่อน ได้แนวทางในการพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ "Wangthong program" ที่ประกอบด้วยการปฏิบัติจริง จำนวน 6 ครั้ง ติดตามผลลัพธ์ 2 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กระตุ้นการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและเป็นการ ตรวจสอบการปฏิบัติตัวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลการวัดประสิทธิผลพบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านสุขภาพก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกัน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้ม เข้าสู่ค่าปกติ แสดงว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพที่จะใช้ในการดูแลกลุ่ม เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบ้านวังทอง ประสบความสำเร็จ ตามแผนภูมิภาพ



กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 40 คนพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 31 คนคิดเป็นร้อยละ 77.50 เพศชาย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 อายุอยู่ระหว่าง 41 – 60 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมาคืออายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 32.50 อาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง จำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 มีความเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 72.50 และมีความเสี่ยงโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 27.50 และมีดัชนีมวลกายมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตารางเมตร จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ดำเนินการทดสอบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า การดูแลตนเองและการควบคุมตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001 ($t = 11.24$ และ 6.16 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเอง แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.03$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ดำเนินการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักรอบเอว และดัชนีมวลกาย ของผู้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่างและระดับน้ำตาลในเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 8.55$, 6.01 และ 4.30 ตามลำดับ) ส่วน รอบเอวและดัชนีมวลกาย ของผู้นำนักปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.00$ และ 4.00 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล(n=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	31	77.50
ชาย	9	22.50
อายุ(ปี)		
15- 40	10	25.00
41- 60	17	42.50
60 ปีขึ้นไป	13	32.50
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	2	5.00
เกษตรกร / รับจ้าง	32	80.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	15.00
ภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
โรคความดันโลหิตสูง	29	72.50
โรคเบาหวาน	11	27.50
ดัชนีมวลกาย		
≤ 25 กก. / ตารางเมตร	24	60.00
>25 กก./ตารางเมตร	16	40.00

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การดูแลตนเอง การควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง (n=40)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
การดูแลตนเอง	3.85	0.32	4.21	0.34	11.24 ^{***}
การควบคุมตนเอง	3.45	0.58	3.86	0.32	6.16 ^{***}
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.64	0.72	3.93	0.48	3.03 [*]

* P-value <0.05 *** P-value < 0.001

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตาม ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (n=40)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ระดับความดันโลหิตตัวบน	134.52	7.42	126.34	7.75	8.55***
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง	83.90	8.03	81.14	6.83	6.01***
ระดับน้ำตาลในเลือด	113.70	14.82	108.50	13.51	4.30***
รอบเอว	87.40	9.80	85.40	9.54	6.00**
ดัชนีมวลกาย	24.60	3.52	23.75	3.19	4.00**

* P-value <0.05 *** P-value < 0.001

วิจารณ์

การศึกษา บริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ PRECEDE Model โดยศึกษาปัญหาของชุมชนด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้องและฐานข้อมูล เพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบ การควบคุมโรคไม่ติดต่อ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคเรื้อรัง และวิเคราะห์ สาเหตุหลักของการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชนคือ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Motivation) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (Attitude) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-Control) และกลุ่มเพื่อน (Social group) เมื่อวิเคราะห์ชุมชนร่วมกัน เพื่อวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ ค้นหาปัญหาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community – Based) และหาแนวทางการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการสุขภาพดีด้วย 3 อ. ร่วมกันจนได้ “Wangthong Program” ที่เกิดจากการค้นหาปัญหาด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการหาแนวทางการแก้ปัญหาของชุมชนเอง⁽¹⁵⁾

ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับความสนใจและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีพื้นฐานที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอก จึงต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุก่อนแล้วจึงวางแผนและกำหนดกลวิธีเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถใช้ได้กับทุก ๆ ช่วงวัย⁽¹⁶⁾ แสดงว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบนี้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของประชาชนในทุกชุมชน ศักยภาพของผู้นำและทีม นอกจากนี้ด้านนโยบายก็มีความสำคัญเนื่องจากการพัฒนานโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งที่จำเป็นในการเข้าถึงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ⁽¹²⁾ ซึ่งแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพมีการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความรู้ ด้านการรับรู้ ด้านแรงจูงใจ การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจมีการรับรู้ที่ถูกต้อง มีเป้าหมายในการพัฒนาชัด ทำให้เกิดแรงจูงใจและส่งผลต่อการพัฒนา ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นและประสบความสำเร็จ แสดงว่าปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการนำแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานมาใช้ คือ จุดเริ่มต้นในบริบทที่เป็นอยู่ของชุมชนนั้นว่าเป็นอย่างไรทั้งสภาพปัญหา แหล่งสนับสนุนและผู้เข้ามาร่วมในการดำเนินงาน มีเทคนิคที่

ส่งเสริมให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น เห็นได้ถึงความแตกต่างของบริบทของปัญหา ไม่มีสูตรสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพและการดูแลโรคเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับบริบทที่แตกต่างกันของชุมชน สถานการณ์ที่แตกต่างกันที่ก่อให้เกิดการออกแบบกระบวนการที่แตกต่างกันไป

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม มี 8 ขั้นตอน คือ 1) ทำความเข้าใจบริบท สาเหตุ ปัญหาของชุมชน 2) เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 3) การสร้างให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดความตระหนักและเสริมสร้างพลังอำนาจ 4) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนและแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน 5) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6) การพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 7) จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 8) ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบที่กำหนดไว้ตามกรอบแนวคิดเนื่องมาจากการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการสร้างเสริมความสามารถของบุคคลและชุมชนให้ควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้นหลักการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน ใช้กลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลายและหัวใจสำคัญคือการสร้างการมีส่วนร่วมสร้างความเป็นหุ้นส่วนกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระบุปัญหาและแนวทางการแก้ไข การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนจากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมและโมเดลนิเวศวิทยาเชิงสังคม แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบาย คือการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ผลการสังเคราะห์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) การมีแบบอย่างที่ดี 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 5) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ⁽²⁰⁻²¹⁾ ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเมื่อพิจารณาโดยรวม ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ ด้านการนำเสนอสื่อและด้านการนำไปใช้ประโยชน์พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมาก⁽¹⁷⁾ และองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลและแกนนำในครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 1)การเตรียมความพร้อม ด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ การดูแลและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ 2)การประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง 3)การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และ 4)การสร้างชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเพื่อช่วยเพื่อนแบบจิตอาสาและแบบวิชาชีพ แสดงให้เห็นว่าสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำ คือการมีแรงจูงใจและมีความมุ่งมั่นตั้งใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้จากการรับทราบผลลัพธ์และการมีเจตคติที่ดีต่อการเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเนื่องมาจากโปรแกรมถูกสร้างขึ้นมาบนพื้นฐานของชุมชน (Community – Based) และแนวคิดการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากชุมชนคือ สาเหตุหลักที่สร้างให้คนในชุมชนมีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี จนเกิดเป็นชุดกิจกรรมที่ชุมชนสร้างขึ้นเอง คือ Wangthong Program การจัดอบรมกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามชุดกิจกรรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เป็นการให้ความรู้ภาคทฤษฎีและการฝึก

ปฏิบัติจำนวน 6 ครั้งและติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและเป็นการตรวจสอบการปฏิบัติตัวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มเข้าสู่ค่าปกติและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพที่จะใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบ้านวังทอง ประสบความสำเร็จ

นอกจากกลุ่มเสี่ยงจะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและมีเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพแล้ว อีกประการหนึ่งคือการใช้กิจกรรมในการเยี่ยมบ้านผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นการกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและได้ตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับกับญาติถึงการปฏิบัติตัวที่บ้านพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความระมัดระวังในการเลือกรับประทานอาหาร และมีการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งทำทางออกกำลังกายและการทำงานบ้านทุกวัน จึงเห็นความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนถือได้ว่ากิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นและส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน จึงควรนำไปใช้กับการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไปและพบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น ควรมีการติดตามผลระยะยาวถึงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นสาเหตุหลักที่สร้างให้คนในชุมชนมีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี จนเกิดเป็นชุดกิจกรรมที่ชุมชนสร้างขึ้นเอง⁽¹⁸⁻²⁰⁾ การจัดอบรมตามชุดกิจกรรมเป็นระยะเวลาต่อเนื่องเป็นการให้ความรู้ภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติและมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องเรื่องการปฏิบัติตัวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนทำให้เกิดความสำเร็จในการสร้างกิจกรรมการดูแลและใช้หลักการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holders)⁽²¹⁾ ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาชุมชนและร่วมรับผลที่เกิดขึ้นมาด้วย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ก็ได้ใช้ “Wangthong Program” ช่วยเพิ่มระบบการดูแลที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งปัจจัยความสำเร็จ คือการมีส่วนร่วมดำเนินการโดยประชาชนดำเนินการร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านวังทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางมูลนากทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน วิทยากรที่ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาการวิจัย คุณสุกร โชติกคาม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ(ข้าราชการบำนาญ) ผู้ประสานงาน ส่งผลให้การวิจัยบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

- 1.ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูปสุขภาพสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
- 2.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ นโยบายสู่การปฏิบัติระบบเฝ้าระวังพฤติกรรม สุขภาพเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

- ของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและการ ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกใน ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
- 3.กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562, สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคดีไซด์; 2563.
- 4.ปิยรัตน์ ชูมี. การศึกษาระดับความรู้ด้านโรคเรื้อรังและสมรรถนะในการให้บริการโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560; 21(1): 235 – 244.
- 5.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. ศรีเมืองการพิมพ์. กรุงเทพฯ. 2557.
- 6.กองระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพรายสัปดาห์ ฉบับที่ 231 (วันที่ 13 – 19 ต.ค. 2562). 2562.
- 7.วชิรา โพธิ์ใส. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่เวชสาร. 2564; 60(1): 63-74.
- 8.สมศักดิ์ เทียมเก่า. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำไปปฏิบัติได้จริงในโรงพยาบาลทุกระดับ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
- 9.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีไทย พ.ศ.2554-2563. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2554.
- 10.สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปข้อมูลการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำข้อมูลโรคไม่ติดต่อระดับประเทศในการประชุม. กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์, 2555.
- 11.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. สุขภาพไทยวัฒนธรรมไทย. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
- 12.สุธาทิพย์ จันทักษ์. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562; 13(2): 67-74.
- 13.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก. รายงานการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอบางมูลนาก พิจิตร ปี 2564.
- 14.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง. รายงานข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ ปี 2564 พิจิตร. 2564.
- 15.นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion: วารสารพยาบาลสภาชาติ ไทย.2562; 12(1): 38-48.
- 16.พวงผกา สุวิสุธรรม. รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้จังหวัดลำพูนวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564; 17(2): 41-50.
- 17.เวธกา กลิ่นวิชิต, พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, สรร กลิ่นวิชิต, พวงทอง อินใจ, คณิงนิจ อุลิมาศ,พลอยพັນธุ์ กลิ่นวิชิต. การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ปีที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:

<http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/1912>.

- 18.นวรรตน์ โกมลวิภาต, วิลาวัลย์ อุดมการณ์. เกษตรประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะโภชนาการเกิน: วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2560; 37(2): 118 – 131.
- 19.นฤมล เพิ่มพูน และคณะ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของพนักงานในสถานประกอบการที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน: วารสารโรงพยาบาลรามธิบดี.2560; 22(2): 177– 191.
- 20.ศิลปชัย เนตรทานนท์, อุทัยวรรณ โคกตาทอง. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนเขตสุขภาพ ที่ 5: วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2564; 16(2): 8–22.
- 21.โสภณพันธ์ สะอาด. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของพนักงานในสถานประกอบการที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน. วารสารวิทยบริการ: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2558; 26(2): 41– 49.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การถอดบทเรียนการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย

Lessons Learned in Emergency Situation Management: In the Case of an Outbreak of Coronavirus Disease 2019, Sukhothai Province.

ปองพล วรปานี

Pongpol Vorapani

ณัฐพงษ์ เฮียงกุล

Nattapong Heangkul

พิชญพร สายคำทอง

Pitsanuporn Saicamthon

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

Sukhothai Provincial Public Health Office

Received: December 27, 2022 | Revised: March 01, 2023 | Accepted: June 07, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2565 ในประเด็น Six Building Blocks Plus One คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจากผู้ปฏิบัติงานในระบบบัญชาการเหตุการณ์ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม และใช้เทคนิคการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน และกำหนดคำถามที่ต้องการไว้วางหน้าหรือกำหนดคำสำคัญเพื่อขึ้นการสนทนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลการดำเนินงานของการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย 2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน และ 3) สรุปข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป ผลการศึกษา พบว่า ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดสุโขทัยมีคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเป็นแกนหลักในการกำหนดนโยบาย และขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้รับสนับสนุนงบประมาณและได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเป็นอย่างดี แต่พบทบทวนหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและระเบียบ/ ขั้นตอนการเบิก-จ่ายค่าตอบแทนไม่มีความชัดเจน มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานบ่อยครั้ง ผู้ป่วย/ กลุ่มเสี่ยงปกปิดข้อมูล ระบบการจองและฉีดวัคซีนมีความยุ่งยาก มีการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพในเชิงลบต่อวัคซีน และมีแอปพลิเคชันในการปฏิบัติงานมากเกินไปจนเกิดความจำเป็นทั้งนี้ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดเป้าหมายและถ่ายทอดการดำเนินงานร่วมกันกับหน่วยงานเครือข่ายและหน่วยงานได้สังกัด และหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับมีผู้ปฏิบัติงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านคอมพิวเตอร์อย่างเพียงพอ

ติดต่อผู้พิมพ์: ปองพล วรปานี

อีเมล: pongpol65@hotmail.com

Abstract

The purpose of this study was to examine the outcomes of Coronavirus disease 2019 surveillance, prevention, control, and treatment in Sukhothai Province. The investigation was carried out in the Six Building Blocks Plus One issue from July to September 2022. Select a specific informant from the emergency operation center's incident command system practitioners in the event that the

coronavirus disease outbreak of 2019 Sukhothai Province occurs. sixty persons. Data from focus group discussions should be collected and used with after action review methods. And to direct the conversation, identify important terms or specific queries in advance. The goals are to: 1) Evaluate the effectiveness of emergency situation management in the case of the Coronavirus Disease 2019 outbreak in Sukhothai Province; 2) Exchange knowledge and compile a list of issues and challenges encountered during the operation; and 3) Compile ideas for improving the operation. The results of the study showed that the provincial communicable disease committee serves as the main body responsible for formulating policies in Sukhothai Province. Additionally, the operation was successfully driven through the district health board, with financial aid and favorable network partner participation. The regulations and methods for allocating funds and providing compensation, as well as the roles and responsibilities of pertinent agencies, are unclear. Operating procedures are frequently modified. Patients and risk groups withhold information. The booking and immunization process is difficult. Vaccine-related health information has been disseminated in a negative way. Additionally, there are more apps running than are required. There are recommendations for actions. Together with network agencies and subordinate agencies, pertinent agencies should develop objectives and transition operations. and there are enough computer-savvy employees in public health departments at all levels.

Correspondence: Pongpol Vorapani

E-mail:pongpol65@hotmail.com

คำสำคัญ	Keywords
การถอดบทเรียน	Lessons Learned
การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน	Emergency management
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	Coronavirus disease 2019

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นเชื้อก่อโรคระบบทางเดินหายใจ ระยะฟักตัวของโรค 2-14 วัน ระยะฟักตัวเฉลี่ย 5 วัน สามารถแพร่จากคนสู่คนได้ทางการสัมผัสกับละอองเสมหะ ผู้ติดเชื้อจะแสดงอาการ ไข้ ไอ จาม น้ำมูกไหล หายใจลำบาก หายใจหอบเหนื่อย เจ็บคอ ปวดศีรษะ อุจจาระร่วง อ่อนเพลีย ไตวาย และมีอาการปอดอักเสบ จนถึงขั้นเสียชีวิตได้⁽¹⁾ มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน⁽²⁾ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) ⁽³⁾ กระทรวงสาธารณสุข ประกาศเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยพบรายงานผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 ต่อมาพบการติดเชื้อรายแรกในประเทศไทย (Local transmission) และมีประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย

ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 คณะรัฐมนตรีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรตามความในมาตรา 5 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548⁽⁴⁾ จนถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 จึงยกเลิกสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ ทั่วราชอาณาจักร⁽⁵⁾ กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14⁽⁶⁾ ไปเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ลำดับที่ 57⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นอันสิ้นสุดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการทุกชุดทุกระดับที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนภารกิจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย

จังหวัดสุโขทัยพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2563 ในพื้นที่ตำบลท่าฉนวน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย รายแรกเป็นเพศชาย มีประวัติเดินทางกลับมาจากกรุงเทพมหานคร ต่อมาภรรยาและพี่สาวของผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มอีก 2 ราย รวมเป็น 3 ราย คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสุโขทัยจึงประชุมด่วนเพื่อหารือแนวทางการควบคุมโรคที่เกิดขึ้นและเริ่มมีมติให้ออกประกาศจังหวัดสุโขทัยเป็นฉบับแรก และมีคำสั่งเปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมตามความเหมาะสมเพื่อป้องกันและสกัดกั้นการนำเข้าเชื้อเข้าสู่จังหวัดและยับยั้งการระบาดภายในจังหวัด จังหวัดสุโขทัยนํานโยบาย/มาตรการของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทภายในจังหวัด ตลอดระยะเวลาที่จังหวัดสุโขทัยเผชิญหน้ากับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดมีส่วนร่วมในแก้ไขปัญหา เกิดการบูรณาการข้ามหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรม จัดระบบบริการด้านการแพทย์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับสามารถปฏิบัติงานได้และมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามสถานการณ์ ภายหลังจากสถานการณ์ภายในจังหวัดสุโขทัยเริ่มคลี่คลาย คณะผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการถอดบทเรียนการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลการดำเนินงานของการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย 2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน และ 3) สรุปข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2565 ในประเด็น Six Building Blocks Plus One⁽⁸⁾ ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and governance) 2) การเงินการคลัง และการแบ่งปันทรัพยากร (Financing system) 3) ระบบบริการสุขภาพ (Service delivery system) 4) การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น (Access to essential medicines and health technology) 5) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) 6) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system) และ 7) ระบบสุขภาพชุมชน (Community health system) ซึ่งแนวคิด Six Building Blocks Plus One เป็นระบบการจัดการสุขภาพที่เพิ่มเติมจาก Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization:

WHO) โดยเพิ่มระบบสุขภาพชุมชน (Community health system) เข้ามาเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป/ ชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในระบบบัญชาการเหตุการณ์ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง คือ ผู้ปฏิบัติงานด้านนโยบาย ด้านการเงิน ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น ด้านกำลังคน ด้านข้อมูลสารสนเทศ และด้านสาธารณสุขในชุมชน ของทุกอำเภอๆ ละ 6 คน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จำนวน 6 คน รวมทั้งหมด 60 คน โดยจำแนกออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านนโยบาย ด้านการเงินและด้านกำลังคน กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านข้อมูลสารสนเทศ และกลุ่มที่ 4 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion: FGD) ⁽⁹⁾ โดยใช้เทคนิคการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) ⁽¹⁰⁾ และกำหนดประเด็นคำถามที่ต้องการศึกษาไว้ล่วงหน้าหรือกำหนดคำสำคัญ (Keywords) เพื่อเป็นตัวชี้นำการสนทนาในขณะเดียวกันก็มีการสร้างคำถามแบบปลายเปิด (Open-Ended Questions) หรือปรับคำถามให้สอดคล้องแบบกับสถานการณ์ขณะสนทนากลุ่ม (Focus group discussion: FGD) ⁽⁹⁾ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ได้อย่างสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่อง การถอดบทเรียนการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion: FGD) จากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านนโยบาย ด้านการเงิน และด้านกำลังคน กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านข้อมูลสารสนเทศ และกลุ่มที่ 4 กลุ่มด้านสาธารณสุขในชุมชน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป/ ชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีรายละเอียดดังนี้

1) การดำเนินงานของการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย มีคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเป็นแกนหลักในการกำหนดนโยบาย ระดับอำเภอ และตำบลขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้รับงบประมาณอย่างเพียงพอ และได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเป็นอย่างดี

ตารางที่ 1 สารสำคัญผลการถอดบทเรียน จำแนกตาม การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย

ประเด็น	ผลการถอดบทเรียน
1. ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and governance)	คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสุโขทัยเป็นแกนหลักในการนำนโยบาย/ข้อสั่งการ และมาตรการจากศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ของประเทศมาปรับให้เหมาะสม กำหนดเป้าหมาย/ นโยบาย/ มาตรการ ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และยังเป็นศูนย์กลางการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในระดับอำเภอและตำบลมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รับนโยบาย/ มาตรการ มากำหนดแผนปฏิบัติงานของพื้นที่ และได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน
2. การเงินการคลังและการแบ่งปันทรัพยากร (Financing system)	ได้รับงบประมาณมาจากหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น งบประมาณการก่อสร้างห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยโรค ปรับปรุงสถานที่เพื่อสร้างเป็นโรงพยาบาลสนามจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุโขทัย สร้างอาคารผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมถึงการสนับสนุนอาหารและน้ำในโรงพยาบาลสนามจากภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน มีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานโดยมีค่าตอบแทนเสี่ยงภัย ค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ มีเงินชดเชยกรณีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขติดเชื้อจากการปฏิบัติงานโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข
3. ระบบบริการสุขภาพ (Service delivery system)	ทุกอำเภอในจังหวัดสุโขทัยมีระบบการตามผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสใกล้ชิดให้แยกกัก/ กักกันตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด โรงพยาบาลสุโขทัยและโรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัยมี ห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยโรคหากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งไม่สามารถรับตัวอย่างส่งตรวจได้จะส่งไปตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลทุกแห่งมีห้องแยกโรคและ Cohort ward เพิ่มการเข้าถึงการรักษาโดยการตั้งโรงพยาบาลสนาม 3 แห่ง และให้ทุกอำเภอตั้งศูนย์แยกกักในชุมชน (Community isolation: CI) การรักษาแบบรักษาตัวที่บ้าน (Home isolation: HI) และการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและการแยกกักตนเองที่บ้าน (Outpatient with Self isolation: OP Self isolation) และมีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่

ตารางที่ 1 สารสำคัญผลการถอดบทเรียน จำแนกตาม การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย(ต่อ)

ประเด็น	ผลการถอดบทเรียน
4.การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น (Access to essential medicines and health technology)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยเป็นผู้จัดหาและกำหนดแนวทางการให้ยาและวัคซีนป้องกันโรคตามระดับความรุนแรงและความเสี่ยง และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอมีหน้าที่ในการบริหารจัดการให้ประชาชนได้รับบริการตามที่กำหนด และมีบางอำเภอที่เพิ่มระบบส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่
5.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	ผู้ปฏิบัติงานด้านเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ได้รับการพัฒนาและแต่งตั้งให้อยู่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit: CDCU) และผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาทุกอำเภอได้รับการถ่ายทอดแนวทางการรักษาผู้ป่วย กรณีที่มีผู้ติดเชื้อ/ ผู้สัมผัส/ญาติของผู้เสียชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากจิตใจจะมีทีมสหวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนหลักในการประสานความร่วมมือกับชุมชน
6.ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	กระทรวงสาธารณสุขจัดทำโปรแกรมการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (MOPH Immunization Center: MOPH-IC) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลทุกแห่งสามารถนำไปใช้เพื่อการวางแผนการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคในพื้นที่ได้
7) ระบบสุขภาพชุมชน (Community health system)	ภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและภาคประชาชนในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ ผู้สัมผัสใกล้ชิด/ ผู้ที่เดินทางมาจากนอกพื้นที่ รวมทั้งช่วยบริหารจัดการการจัดสถานที่แยกกัก/ กักกัน กรณีมีผู้ไม่ปฏิบัติตามมาตรการภาคีเครือข่ายในพื้นที่จะแจ้งข่าวให้กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ตำรวจ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทราบเพื่อดำเนินการตามมาตรการของจังหวัดต่อไป

2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ชัดเจน การเบิก-จ่ายค่าตอบแทนไม่ชัดเจน เปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานบ่อยครั้ง ผู้ป่วย/ กลุ่มเสี่ยงปกปิดข้อมูล ระบบการจองและฉีดวัคซีนมีความยุ่งยาก และนักวิชาการด้านสุขภาพสื่อสารข้อมูลเชิงลบต่อวัคซีน มีแอปพลิเคชันในการปฏิบัติงานมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

ตารางที่ 2 สาธารณูปการผลการถอดบทเรียน จำแนกตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน

ประเด็น	ผลการถอดบทเรียน
1. ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and governance)	บทบาทหน้าที่ของบางหน่วยงานไม่ชัดเจนหรือทับซ้อนกับหน่วยงานอื่น
2. การเงินการคลังและการแบ่งปันทรัพยากร (Financing system)	มีการสั่งการให้เบิกจ่ายงบประมาณก่อนจะมีการชี้แจงแนวทางการเบิก-จ่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปฏิบัติงานโดยไม่มีค่าตอบแทน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ไม่มีงบประมาณเงินบำรุง ระเบียบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนค่าเสี่ยงภัยของหน่วยบริการสุขภาพ ไม่มีความชัดเจน การเบิกค่าตอบแทนค่าเสี่ยงภัยของผู้ปฏิบัติงานมีความล่าช้า วัสดุ/ อุปกรณ์ป้องกันโรค มีไม่เพียงพอจากการกักตุนหรือซื้อ-ขายในราคาแพงกว่าความเป็นจริง โรงพยาบาลทุกแห่งมีจุดสำหรับพักขยะติดเชื่อเพื่อรองรับขยะติดเชื่อในชุมชน
3. ระบบบริการสุขภาพ (Service delivery system)	ส่วนกลางเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินงานบ่อยครั้งทำให้เกิดความสับสนแก่ผู้ปฏิบัติงานและประชาชน เอกสารประกอบการส่งตรวจหาเชื้อมีความยุ่งยาก ผู้ป่วย/ กลุ่มเสี่ยงปกปิดข้อมูลหรือแจ้งข้อมูลไม่ครบถ้วนทำให้ควบคุมการระบาดของโรคไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยไม่มีการสื่อสารทำให้เกิดข้อพิพาทระหว่างโรงพยาบาลกับประชาชน จำกัดรอบในการส่งตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อและมีรายงานผลล่าช้าทำให้ไม่สามารถดำเนินการสอบสวน ควบคุมโรคได้ทันเวลา ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ประกาศเป็นพื้นที่ระบาดได้รับผลกระทบจากการปิดพื้นที่ โรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยไม่ได้ทุกราย บางชุมชน ตีตราผู้ป่วย/ กลุ่มเสี่ยงทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในชุมชน ผู้นำท้องที่/ ผู้นำท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในชุมชน
4. การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น (Access to essential medicines and health technology)	ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เข้ารับวัคซีนเพราะระบบการจองและเข้ารับการฉีดวัคซีนมีความยุ่งยากและเปรียบเทียบประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขขยายเวลาหมดอายุของวัคซีนทำให้วัคซีนขาดความน่าเชื่อถือ นักวิชาการด้านสุขภาพและสื่อมวลชนสื่อสาร เชิงลบต่อวัคซีนป้องกันโรค ทำให้ประชาชนกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น และยาต้านไวรัสมีไม่เพียงพอต่อการให้การรักษาผู้ป่วย
5. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	เมื่อเข้าสู่ช่วงที่มีการระบาดในวงกว้าง มีผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงได้ครอบคลุมทุกรายการระบาด ในช่วงกลางปี 2564 ถึงต้นปี 2565 จึงเริ่มปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินงาน โดยเริ่มให้กลุ่มเสี่ยงกักกันตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการเล็กน้อยให้รักษาตนเองที่บ้าน หากมีอาการมากขึ้นให้เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน บุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 2 สารสำคัญผลการถอดบทเรียน จำแนกตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน(ต่อ)

ประเด็น	ผลการถอดบทเรียน
5.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)(ต่อ)	และสาธารณสุขบางส่วนขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operations Center: EOC) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการสอบสวนโรคและควบคุมโรค และผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ความชำนาญด้านคอมพิวเตอร์มีไม่เพียงพอ
6.ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	หน่วยงานส่วนกลางมีการจัดทำแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมจำนวนมาก ทำให้ข้อมูลแต่ละแหล่งไม่ตรงกันเพิ่มภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติงานทำให้ประชาชนเกิดความสับสนจากข้อมูลที่ไม่ตรงกัน ไม่มีแพลตฟอร์มกลางที่ใช้ในการคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัด ทีมสื่อสารความเสี่ยงไม่สามารถควบคุมทิศทางการให้ข้อมูลข่าวสารของนักวิชาการด้านสุขภาพ และสื่อมวลชนได้
7) ระบบสุขภาพชุมชน (Community health system)	กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูงบางส่วนไม่ยินยอมปฏิบัติตามมาตรการแยกกัก/ กักกัน หน่วยงานยุติธรรม ตำรวจภูธรจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงแจ้งความดำเนินคดีตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

3) สรุปข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานระยะต่อไป หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันและถ่ายทอดไปยังหน่วยงานภายใต้สังกัดและควรจัดทำขั้นตอนและชี้แจงการเบิกจ่ายงบประมาณให้ชัดเจน หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดพัฒนาให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินได้ พร้อมทั้งร่วมพัฒนาระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) กับหน่วยงานส่วนกลาง และจัดหาผู้ปฏิบัติงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านคอมพิวเตอร์ สำหรับระบบบริการสุขภาพ (Service delivery system) การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น (Access to essential medicines and health technology) และระบบสุขภาพชุมชน (Community health system)ไม่มีข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 3 สารสำคัญผลการถอดบทเรียน จำแนกตาม ผลสรุป และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานระยะต่อไป

ประเด็น	ผลการถอดบทเรียน
1. ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and governance)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและควรส่งการไปยังหน่วยงานภายใต้การบังคับบัญชาในระดับพื้นที่

ตารางที่ 3 สารสำคัญผลการถอดบทเรียน จำแนกตาม ผลสรุป และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานระยะต่อไป(ต่อ)

ประเด็น	ผลการถอดบทเรียน
2. การเงินการคลังและการแบ่งปันทรัพยากร (Financing system)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำขั้นตอนและชี้แจงเบิกจ่ายงบประมาณเฉพาะกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณในกรณีเร่งด่วน
3. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดควรพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operations Center: EOC) และควรมีการวางแผนกำลังคนกรณีเกิดภัยพิบัติสาธารณะ โอน-ย้าย หรือลาออกและควรพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับสามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้เพื่อเตรียมความพร้อมกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
4. ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาต่อขยายระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) ให้สามารถรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินที่จะเกิดขึ้นในอนาคต - หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดควรส่งเสริมหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับให้มีผู้ปฏิบัติงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านคอมพิวเตอร์อย่างเพียงพอ

วิจารณ์

ความสำเร็จในการต่อสู้กับการระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุโขทัย เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน โดยมีคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสุโขทัยและผู้เกี่ยวข้องกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจนทำหน้าที่กำหนดมาตรการต่างๆ ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับและประชาชนในจังหวัดปฏิบัติตาม การบริหารจัดการในลักษณะรวมศูนย์ทำให้สามารถจัดการกับภาวะวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนและความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานและสามารถถ่ายทอดแนวปฏิบัติไปสู่ระดับพื้นที่ในรูปแบบและทิศทางเดียวกัน⁽¹¹⁾ หน่วยงานส่วนกลางจึงควรบูรณาการระหว่างหน่วยงานกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนและสั่งการให้หน่วยงานภายใต้การบังคับบัญชาปฏิบัติตามเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่นำมาตรการและแนวทางการปฏิบัติงานไปปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การจัดทำงบประมาณเป็นกิจกรรมที่สำคัญในระบบการบริหารภาครัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงภาวะวิกฤต⁽¹²⁾ ปัญหา/อุปสรรค ด้านการเงินคือ ระบบการเบิกจ่ายเงินไม่ชัดเจน และมีข้อจำกัดในการเบิกจ่าย⁽¹³⁾ การขับเคลื่อนมาตรการต้องใช้งบประมาณจากภาครัฐและภาคเอกชน การเบิก-จ่ายงบประมาณภาครัฐต้องดำเนินการตามระเบียบของราชการอย่างเคร่งครัด หากขาดการชี้แจงหรือกำหนดแนวทางที่ชัดเจนอาจทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเบิก-จ่ายไม่เป็นไปตามระเบียบที่กำหนดและอาจเกิดปัญหาตามมาภายหลังได้ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มี

เป้าหมายคือ การดูแลประชาชนในจังหวัดสุโขทัยให้สามารถผ่านพ้นวิกฤตการระบาดได้ มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ มีสถานที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างครอบคลุม ซึ่งการจัดบริการในสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถดำเนินการได้ในระบบบริการปกติของโรงพยาบาล⁽¹⁴⁾

จังหวัดสุโขทัยจึงมีการจัดระบบบริการนอกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นมาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระบบการดูแลอย่างครอบคลุม ช่วงแรกของการระบาด ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และวัคซีนป้องกันโรคมียังไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านต่าง ๆ ลำช้า จึงควรกำหนดผู้รับผิดชอบโดยตรงที่สามารถจัดหา กระจายยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และวัคซีนป้องกันโรคเพื่อป้องกันปัญหาขาดแคลนและรวมศูนย์การจัดการทางการเงิน ทั้งการจัดหาและเบิกจ่ายเงินงบประมาณเพื่อเพิ่มความสะดวกหน่วยบริการลดความสับสนของประชาชน สร้างความมั่นใจให้หน่วยบริการสุขภาพและควรดึงภาคธุรกิจมีส่วนร่วมจัดหาและแบ่งปันทรัพยากร การผลิตสินค้า นวัตกรรมต่าง ๆ⁽¹⁵⁾ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขบางส่วนขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operations Center: EOC) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit: CDCU) มีหน้าที่ในการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด⁽¹⁶⁾ ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการสอบสวนโรคและควบคุมโรค การเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหนึ่งในหลาย ๆ ปัจจัยแห่งความสำคัญในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽¹⁷⁾

ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้ง 2 กลุ่มนี้ต้องได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับการเกิดภาวะฉุกเฉินที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งควรมีนโยบายให้หน่วยงานทุกระดับผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ความชำนาญด้านคอมพิวเตอร์อย่างเพียงพอและเหมาะสมกับภาระงานของหน่วยงาน ส่วนกลางมีโปรแกรมและแอปพลิเคชันที่ใช้จำนวนมากแต่ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกัน ส่วนกลางมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) ที่เชื่อมโยงกับระบบเดิมและรองรับเทคโนโลยีในอนาคตเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคเครือข่าย⁽¹⁸⁾ แต่ยังไม่สามารถใช้งานได้ครอบคลุมความต้องการหากสามารถพัฒนาได้จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการข้อมูลในสถานการณ์ฉุกเฉินได้และสามารถลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่ใช้สื่อสารกับประชาชนและผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งสามารถลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น ภาควิชาเครือข่ายซึ่งประกอบด้วยฝ่ายปกครอง ตำรวจ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้นำท้องที่/ ผู้นำท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคทั้งเชิงรุกและเชิงรับในชุมชน รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย การสอดส่องดูแลถึงบ้าน การดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในชุมชน⁽¹⁹⁾ นอกจากภาควิชาเครือข่ายดังกล่าวประชาชนเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สามารถปฏิบัติงานได้ตามแนวทางที่กำหนด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 ของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ร่วมกันถ่ายทอดประสบการณ์จากการทำงานหนักช่วงวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และขอขอบพระคุณสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ที่ให้ความอนุเคราะห์วิทยากรกระบวนการในการถอดบทเรียนครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf.
2. ศรัญญา ศรีจันทร์ทองศิริ. การติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Novel coronavirus 2019) [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/217_2020-02-01.pdf.
3. พันธนิย์ อิตติชัย, กันทิลา ทวีวิทยการ. รายงานผลการทบทวนสถานการณ์โรคโควิด - 19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. สุกโชติ เวชภัณฑ์เกสัช, อธิภัทร คูหา. COVID-19 บทพิสูจน์ความเข้มแข็งสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. สำนักนายกรัฐมนตรี. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ยกเลิกประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ประกาศ ข้อกำหนด และคำสั่งที่เกี่ยวข้อง. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ ตอนที่ 232 ง (ลงวันที่ 29 กันยายน 2565).
6. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ ตอนที่ 223 ง (ลงวันที่ 19 กันยายน 2565).
7. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ ตอนที่ 223 ง (ลงวันที่ 19 กันยายน 2565).
8. ศิริเกษม ศิริลักษณ์. ระบบสุขภาพอำเภอ : หลักการและแนวทางใหม่ (ฉบับปรับปรุงใหม่). พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์; 2564.
9. Miles M B, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): SAGE; 1994.
10. วรพจนาน จันทรงค์. การถอดบทเรียน ตอนที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/book572/rsearch572.pdf>.
11. อีระ วรธนารัตน์, ภัทรวิทย์ วรธนารัตน์, อารีญา จิรณานันท์. การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก. 2565. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565; 16(1): 370-389.

12. ชูชัย ศุภวงศ์. การกระจายอำนาจด้านงบประมาณและเงินบำรุงเพื่อพัฒนาสาธารณสุขในระดับจังหวัด. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2540.
13. อติญาณ์ ศรเกษตรริน, ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, ธัญพร ชื่นกลิ่น, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, นภัส แก้ววิเชียร, สุชาดา นิมวัฒนากุล และคณะ. การศึกษาการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายระบบบริการของหน่วยบริการตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). เพชรบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี; 2565.
14. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นพพล วิทย์วรพงศ์, อีระ วรธนารัตน์, สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล, วรากร วิมุตติไชย, พุฒินา โอชาสและคณะ. การตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพไทยต่อวิกฤติการระบาดของ COVID-19: การเดินทางของโรงพยาบาล และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมในขอบเขตของระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
15. จเด็จ ธรรมธัชอารี. บทเรียนสู่อนาคตการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ใน Public Health Emergency. การประชุมวิชาการ 30 ปี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ก้าวสู่ทศวรรษที่ 4: ร่วมกันวิจัยยกระดับคุณภาพชีวิต (To the Next Decade: Enhance Research for Life); 2565 กรกฎาคม 7-8; โรงแรมอควิน แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565.
16. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2559. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 133 ตอนพิเศษ, ตอนที่ 121 ง (ลงวันที่ 29 เมษายน 2559).
17. กองพัฒนาระบบบริหารงานส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น สำนักงาน ก.พ.ร.. รายงานการถอดบทเรียนการบริหารจัดการจังหวัดแบบบูรณาการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: กองพัฒนาระบบบริหารงานส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น สำนักงาน ก.พ.ร.; 2564.
18. ศิราณี อิ่มน้ำขาว, ภรรวษา จันทศิลป์, ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, ทรงสุตา หมั่นไธสง, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, ณัฐภูมิ สุริยะ และวรรณภา พรหมศวร. การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อรองรับการระบาดขั้นวิกฤติของโควิด-19. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก; 2565.
19. วิไล อุดมพิทยาสรรพ์, ปรีญนุช ชัยกองเกียรติ, ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, อัจฉรา มุสิกวัฒน์, ผุสนีย์ แก้วมณี, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา และคณะ. บทบาทของเครือข่ายในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประเทศไทย. ยะลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา; 2565.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และสายพันธุ์ใหม่ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

Development of Health Literacy Model of Coronavirus 2019 (Covid-19) Infection and New Species among Elderly in Watsai subdistrict, Muang District,

Nakhon Sawan Province

ยุวรีย์ อินทร์เพ็ญ

Yuwaree Inphen

เอกลักษณ์ เต็กยง

Eakaluk Dekyong

ทัตติยา ทองสุขดี

Thattiya Thongsukdee

นिरนาท วิทยโชคติคุณ

Niranart Vithayachokitikhun

โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Mahidol University Nakhonsawan Campus

Received: January 18, 2023 | Revised: May 01, 2023 | Accepted: August 03, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและการพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพ พัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และสายพันธุ์ใหม่ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ การวิจัยมี 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ความรู้ทางสุขภาพ ปัจจัยและผลกระทบต่อผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน สุ่มแบบเจาะจง 2) พัฒนารูปแบบและตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน 3) ทดลองใช้รูปแบบในผู้สูงอายุ จำนวน 33 คน สุ่มแบบง่าย ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power และ 4) ประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยการสนทนากลุ่มและประเมินความพึงพอใจก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ *Paired Sample t-test* ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุภายหลังใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ 1) การเตรียมความพร้อมและประเมินความรู้ทางสุขภาพ 2) พัฒนาความรู้ความเข้าใจพื้นฐาน 3) พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล 4) พัฒนาทักษะการจัดการตนเองและทักษะการสื่อสาร 5) พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 6) พัฒนาทักษะการตัดสินใจ และ 7) พัฒนาทักษะทางปัญญา และ 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ อยู่ระดับมากที่สุด รูปแบบที่พัฒนานี้ มีประโยชน์สำหรับการออกแบบกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโควิด-19 และสายพันธุ์ใหม่ในผู้สูงอายุ

ติดต่อผู้พิมพ์: นiranart.vit@mahidol.ac.th

อีเมล: niranart.vit@mahidol.ac.th

Abstract

This research and development study aimed to examine health literacy, develop the health literacy model, and evaluate the effectiveness of the health literacy model on Covid-19 and new species among the elderly in a community in Watsai subdistrict, Muang district, Nakhon Sawan Province. The study comprised of 4 phases: 1) examine situation, factors and impacts of health literacy among 10 elderly persons selected by purposive sampling; 2) develop the health literacy model and examine the quantity by 3 experts; 3) implement the model with 33 elderly persons selected by simple sampling. The sample size was calculated using G*Power program; and 4) evaluate the health literacy model using focus group and assess the satisfaction of the model before and after applying the model. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and paired sample t-test statistics. The findings showed that: 1) the mean score on health literacy of the elderly after receiving the model was statistically significantly higher than before at the .001 level. 2) The developed health literacy model consisted of 7 activities: 1) preparing and assessing of the health literacy, 2) developing basic health knowledge, 3) developing access to health information and service skills, 4) developing self-management skills and communication skills, 5) developing media literacy skills, 6) developing decision-making skills, and 7) developing cognitive and social skills. 3) The mean score of the satisfaction on health literacy was at the highest level. This developed model can be helpful for designing strategies to promote elderly health literacy on Covid-19 and new species.

Correspondence: Niranart Vithayachockitikhun

E-mail: niranart.vit@mahidol.ac.th

คำสำคัญ	Keywords
ความรู้ทางสุขภาพ	Health Literacy
โควิด-19	Covid-19
ผู้สูงอายุ	Elderly

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นอุบัติการณ์ใหม่ที่มีความรุนแรงและลุกลามไปทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2564 พบว่า มีผู้ติดเชื้อมากกว่า 213 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดการติดเชื้อที่สูงขึ้น⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์ในประเทศไทย เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อ 4.68 ล้านคน และผู้เสียชีวิต 32,771 คน⁽²⁾ โดยพบการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ จำนวน 928 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบกับประชาชนเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะในกลุ่มยากจนและกลุ่มเปราะบาง

จากข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ทำให้เกิดปัญหาการขาดรายได้ และการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป⁽⁴⁾ กลุ่มผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทางร่างกายทุกระบบภูมิคุ้มกันลดลงตามวัยและส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว หากมีการติดเชื้อจะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงมีโอกาสนำเชื้อจากภายนอกมาสู่ผู้สูงอายุ⁽⁵⁾

การป้องกันหรือลดอัตราการเกิดโรคโควิด-19 มีความจำเป็นเร่งด่วน โดยการมุ่งเน้นกลยุทธ์การสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุไทย คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและความสามารถของตนเอง⁽⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁾ ดังนั้นการได้รับความรู้และทัศนคติเชิงบวกในการดูแลตนเอง ย่อมนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินการใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ ซึ่งต้องพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้/ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้บุคคลสามารถตัดสินใจใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม⁽⁸⁾ และจากการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การให้ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ร่วมกับการฝึกทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น⁽⁹⁻¹⁰⁾

ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เป็นตำบลขนาดใหญ่ ประกอบด้วย 15 หมู่บ้าน มีพื้นที่ผสมกันระหว่างชุมชนเมืองและชนบท ประชากรมีความหลากหลายของช่วงวัยและอาชีพ ได้แก่ ทำการเกษตร อุตสาหกรรม รับจ้าง หรือรับราชการ ในตำบลมีผู้สูงอายุ จำนวน 2,525 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 53.58 จากสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อโควิด-19 ของตำบลวัดไทรย์ วันที่ 1 กันยายน 2564 นั้น มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน 115 คน อยู่ระหว่างการกักตัว จำนวน 45 คน และเสียชีวิต จำนวน 2 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ จำนวน 5 คน และเสียชีวิต จำนวน 1 คน ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทิม⁽⁹⁾ 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ 2) พัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ 3) ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และ 4) ประเมินผลรูปแบบ โดยบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ซึ่งจะช่วยป้องกันการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อ การสูญเสียค่าใช้จ่าย และการเสียชีวิต ก่อให้เกิดองค์ความรู้ทางวิชาการ เป็นข้อมูลและแนวทางในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ที่จะช่วยขับเคลื่อนสังคมและประเทศชาติ ให้หลุดพ้นจากการสูญเสียของโรคระบาดต่อไป วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพ เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และเพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์เลขที่ NSWPHOEC-001/65 ลงวันที่ 7 เมษายน 2565 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพ ปัจจัยและผลกระทบต่อการติดเชื้อโควิด-19 และสายพันธุ์ใหม่ของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเก็บรวบรวมด้วยการสนทนากลุ่มในผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นเพศชายจำนวน 4 คน และเพศหญิงจำนวน 6 คน ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การรับรู้ปกติ ประเมินการคัดกรองทางสติปัญญา (mini-cog)⁽¹¹⁾ แล้วมีคะแนนมากกว่า 2 คะแนน สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เคลื่อนที่ไร้สายได้อย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต เป็นต้น และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพฯ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักปฎิบัติ⁽⁹⁾

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพฯ ดำเนินการตามแผนการทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group Pre-test Post-test Design) ประชากร คือ ผู้สูงอายุตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 2,525 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุหมู่ 14 ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ที่ได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลากเลือก 1 หมู่บ้านจาก 15 หมู่บ้าน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2⁽¹²⁾ กำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .50 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ 34 คน ซึ่งระหว่างการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย จำนวน 1 คน เนื่องจากเข้าร่วมไม่ต่อเนื่อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเช่นเดียวกับระยะที่ 1

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพฯ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามวัดระดับความพึงพอใจรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพฯ จากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 จำนวน 33 คน และการสนทนากลุ่ม โดยประเด็นคำถามเกี่ยวกับการนำไปใช้จริง การเกิดประโยชน์ ปัญหาหรืออุปสรรคในการนำไปใช้ และเสนอวิธีการแก้ไขต่อรูปแบบที่ดำเนินการในระยะที่ 3 คัดเลือกจากอาสาสมัครของกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ และการตรวจสอบเครื่องมือ

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสนทนากลุ่ม โดยมี 3 ประเด็นคำถามหลัก 1) ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ในการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด-19 และสายพันธุ์ใหม่ 2) ช่องทางที่สามารถรับข้อมูลและเลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเป็นอย่างไร และ 3) ความต้องการสนับสนุนด้านใดเพื่อให้สามารถมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งได้นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ เพื่อความถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และ ความเป็นประโยชน์ของร่างรูปแบบที่ประกอบด้วยแนวคิดที่นำมาใช้ วัตถุประสงค์ กระบวนการ และการ ประเมินผล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบของรูปแบบ จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำไปวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.50 – 1.0⁽¹³⁾

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมิน ตอนที่ 1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสายพันธุ์ใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามเป็น เลือกลำดับ คือ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ใช่หรือไม่ทราบ เท่ากับ 0 คะแนน การแปลผลจากคะแนน ค่าเฉลี่ยของความรู้ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 8.01 – 12.00 คะแนน หมายถึง มาก, คะแนน 4.01 – 8.00 คะแนน หมายถึง ปานกลาง, และ 0 – 4.00 คะแนน หมายถึง น้อย⁽¹³⁾ และตอนที่ 2 แบบประเมิน ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสายพันธุ์ใหม่ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบ ประเมินของอังคินันท์ อินทรกำแหง⁽¹⁴⁾ จำนวน 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 15 ข้อ และ 6) ด้านการบอกต่อในการ ป้องกันดูแลสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ การแปลผลจากคะแนนค่าเฉลี่ยของความรู้ทางสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 166 – 225 คะแนน หมายถึง สูง 106 – 165 คะแนนหมายถึง ปานกลาง และ 45 – 105 คะแนน หมายถึง ต่ำ⁽¹⁵⁾

การตรวจสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยแบบประเมินความรู้ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50 – 1⁽¹³⁾ แบบประเมินความ รอบรู้ทางสุขภาพ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50 – 1⁽¹³⁾ และนำเครื่องมือตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตอนที่ 1 แบบประเมินความรู้ คำนวณ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77 และตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96

ระยะที่ 4 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่ดำเนินการในระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบ ประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ การ แปลผลจากค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ดังนี้ 4.51 – 5.00 คะแนน หมายถึง มากที่สุด 3.51 – 4.50 คะแนน หมายถึง มาก, 2.51 – 3.50 คะแนน หมายถึง ปานกลาง, 1.51 – 2.50 คะแนน หมายถึง น้อย และ 1.00 – 1.50 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด⁽¹⁶⁾ และแบบสนทนากลุ่ม โดยมี 3 ประเด็นคำถามหลัก ได้แก่ 1) ท่านสามารถนำกิจกรรมที่ทำไปใช้ได้จริงหรือไม่ อย่างไร 2) กิจกรรมเกิดประโยชน์ต่อท่าน และ ผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร และ 3) ปัญหาหรืออุปสรรคในการนำไปใช้เป็นอย่างไร และเสนอแนะวิธีการแก้ไข อย่างไร ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความพึงพอใจ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50 – 1⁽¹³⁾ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1 ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดไทร และผู้นำชุมชน เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการ นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ล่วงหน้ากับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเข้าพบเพื่อสนทนากลุ่ม โดยขออนุญาตบันทึกลงในเครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึก ใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาสรุปและวิเคราะห์เพื่อয়กร่างรูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพฯ จากนั้นนำร่างรูปแบบฯ ไปตรวจสอบคุณภาพ เพื่อประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากผ่านความเห็นชอบ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มากำหนดเป็นขั้นตอนกิจกรรม ก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 และ **ระยะที่ 3** ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดไทร และผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งประชาสัมพันธ์และจัดหาสถานที่และอุปกรณ์สื่อการสอน จากนั้นเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการให้กับคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการดำเนินงาน กลุ่มพี่เลี้ยงผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง และวิทยากร เพื่อสร้างความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพฯ จัดกิจกรรม 3 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การเตรียมความพร้อมกิจกรรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของรูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพฯ การประเมินความรู้และความรู้ทางสุขภาพฯ ก่อนการใช้รูปแบบ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพพื้นฐาน ให้ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ สอนการเลือกสื่อความรู้จากแหล่งความรู้หลายช่องทาง อินเทอร์เน็ตผ่านสื่อ Google, Facebook และ YouTube ผ่านการใช้คำสืบค้น สอนสถิติการใช้แอปพลิเคชันพร้อม การลงมือปฏิบัติ โดยมีพี่เลี้ยงและกลุ่มตัวอย่างช่วยสืบค้นผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ใช้เกมส์บัตรคำในการเข้าถึงข้อมูลและการเลือกแหล่งข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 1 วัน

ครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองและทักษะการสื่อสารใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 1 คำถามในการจัดการตนเอง คือ “ทำอะไรให้ปลอดภัยจากโรคโควิด” ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และสายพันธุ์ใหม่ ใช้ทักษะการสื่อสาร และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สอนและสาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ การระดมความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 1 วัน

ครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการตัดสินใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเลือกใช้อุปกรณ์ สิ่งออนไลน์และอื่น ๆ ให้ผู้สูงอายุเลือกและบอกแหล่งข้อมูลสนับสนุนที่น่าเชื่อถือ สะท้อนความคิดพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้ในการป้องกัน และกิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น โดยการสนทนาเพื่อการสะท้อนความคิด การสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค การสะท้อนความคิด การแก้ปัญหาที่ส่งเสริมให้เกิดการป้องกันโรค รวมทั้ง

การประเมินความรู้ และความรู้ทางสุขภาพหลังการใช้รูปแบบ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 1 วัน

ระยะที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจใช้เวลาประมาณ 30 นาที สำหรับอาสาสมัครที่ทำการสนทนากลุ่ม ทำการบันทึกลงในเครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึก ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที จากนั้นนำแบบสอบถามและข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 1 การสนทนากลุ่มวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ระยะที่ 2 วิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อความถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระยะที่ 3 วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ และความรู้ทางสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย Paired Sample t-test และระยะที่ 4 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประเมินความพึงพอใจ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการศึกษตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 78.79 มีสถานภาพสมรสคู่ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 63.64 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา 20 คน คิดเป็นร้อยละ 60.61 รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 39.39 ในส่วนของรายได้ต่อเดือน ไม่มีรายได้ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.42 ซึ่งอยู่อาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยว 25 คน คิดเป็นร้อยละ 75.76 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.52 กลุ่มตัวอย่าง 4 คน มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 มาก่อน คิดเป็นร้อยละ 12.12 สำหรับการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และสายพันธุ์ใหม่ผ่านช่องทางโทรทัศน์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.10 รองลงมาผ่านทางเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อสม. ร้อยละ 22.58 และผ่านทางอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 17.74

2) ความรู้ทางสุขภาพและความรู้ ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพและความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพและความรู้ ของกลุ่มผู้สูงอายุภายหลังใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่าภายหลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ดังแสดงตารางที่ 1 และเมื่อพิจารณาความรู้ทางสุขภาพรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงทั้ง 6 ด้าน ซึ่งด้านการปฏิบัติกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการบอกต่อ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพและความรู้ ของกลุ่มผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลองรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ (n = 33)

ข้อมูล	ก่อนทำกิจกรรม			หลังทำกิจกรรม			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ความรู้	3.64	1.69	น้อย	8.88	1.92	มาก	-14.29	0.001***
ความรอบรู้	158.48	26.69	ปานกลาง	198.12	18.30	สูง	-11.83	0.001***

***p < 0.001

3)รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้นำผลจากการสนทนากลุ่มมา กำหนดขั้นตอนกิจกรรม ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักปิม⁽⁸⁾ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม และประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ จากนั้นพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคโดยใช้สื่อการสอน พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร โดยใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ โดยสอนสาธิตการเลือกใช้สื่อและเทคโนโลยี การตรวจสอบข้อมูลและการตัดสินใจ รวมทั้งพัฒนาทักษะทางปัญญา โดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สะท้อนความคิด เพื่อให้ได้แนวทางในการปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

4)ประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ประเมินจากความพึงพอใจภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และการถอดบทเรียนจากการสนทนากลุ่ม

4.1 การประเมินความพึงพอใจภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ อยู่ระดับมากที่สุด (Mean=4.84, S.D. = .42) โดยด้านที่พึงพอใจมากที่สุด 3 ด้านแรก คือ ความรอบรู้ในเนื้อหาของวิทยากร กิจกรรมที่ได้รับตรงตามความคาดหวัง และกิจกรรมที่ได้รับส่งเสริมต่อการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถตนเอง ดังแสดงตารางที่ 2

4.2 ถอดบทเรียนจากการสนทนากลุ่ม พบว่า รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้น ควรเพิ่มเนื้อหาการสอนเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์สื่อสาร เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนยังไม่ชำนาญในการใช้อุปกรณ์สื่อสารของตนเอง ผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ โดยเพิ่มกิจกรรมใน รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ เรื่อง การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์สื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต เป็นต้น

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจของกลุ่มผู้สูงอายุ (n = 33)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับ
1. การชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดก่อนจัดกิจกรรม	4.69	0.54	มากที่สุด
2. การประชาสัมพันธ์ในการจัดกิจกรรม	4.76	0.47	มากที่สุด
3. ความเหมาะสมของสถานที่	4.75	0.44	มากที่สุด
4. ความเหมาะสมของระยะเวลา	4.56	0.54	มากที่สุด
5. ความเหมาะสมของช่วงเวลาที่จัด	4.73	0.49	มากที่สุด
6. การจัดลำดับขั้นตอนของกิจกรรม	4.80	0.40	มากที่สุด
7. ความรอบรู้ในเนื้อหาของวิทยากร	4.89	0.31	มากที่สุด
8. ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้	4.78	0.42	มากที่สุด
9. การตอบคำถามและให้คำปรึกษา	4.76	0.43	มากที่สุด
10. เอกสาร	4.60	0.63	มากที่สุด
11. สื่อและโสตทัศนูปกรณ์	4.71	0.50	มากที่สุด
12. สิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งนี้ ตรงตามความคาดหวัง	4.82	0.39	มากที่สุด
13. กิจกรรมที่ได้รับส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถ	4.82	0.39	มากที่สุด
14. ความพึงพอใจของท่านโดยรวม	4.84	0.42	มากที่สุด

วิจารณ์

การพัฒนาแบบแผนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพฯ ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพฯ ของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพฯ ของกลุ่มผู้สูงอายุภายหลังใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพฯ สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพบว่าภายหลังใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ทางสุขภาพฯ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการปฏิบัติกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการบอกต่อ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุและผู้พิการทางการเห็น⁽¹⁷⁾ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยที่สุด ในด้านความรู้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา อาจทำให้ขาดเวลาและโอกาสในการค้นคว้าและเรียนรู้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพราะหากมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นจะส่งเสริมทักษะการอ่าน การเขียนและการวิเคราะห์ได้มากขึ้น⁽¹⁸⁾ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมฝึกทักษะการดูแลตนเอง การเข้าถึงข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์การบอกต่อจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนาแบบแผนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพฯ ของกลุ่มผู้สูงอายุ จากการสนทนากลุ่ม ทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพฯ ที่ประกอบด้วย กิจกรรมดังข้างต้น

ผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพและความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมที่จัดขึ้น มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองและตัดสินใจเลือกในสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ⁽¹⁹⁾ ดังนี้ 1) พัฒนาความรู้ ความเข้าใจขั้นพื้นฐาน สื่อที่ใช้เน้นรูปภาพประกอบ ภาษาเข้าใจง่าย รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้อธิบายสิ่งที่ตนเองต้องรู้ไปจนถึงระดับที่เพียงพอต่อการใช้ ทำให้เกิดความมั่นใจในการกระทำ⁽¹⁰⁾ 2) พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยสาธิตการเลือกสื่อความรู้ การใช้คำสืบค้น การใช้แอปพลิเคชัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่าการฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทำให้สามารถเลือกและตัดสินใจในการจัดการดูแลตนเองได้ดี⁽²⁰⁾ 3) พัฒนาทักษะการจัดการตนเองและทักษะการสื่อสาร โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งส่งผลให้เกิดการประเมินและติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง⁽²¹⁾ 4) พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทำให้สามารถวิเคราะห์และตรวจสอบสื่อที่เชื่อถือได้ 5) พัฒนาทักษะการตัดสินใจ โดยให้เลือกสื่อและบอกเหตุผล ซึ่งช่วยให้เกิดวางแผนหรือตัดสินใจเลือกอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม⁽²²⁾ และ 6) การพัฒนาทักษะทางปัญญา โดยฝึกการตั้งคำถามด้านสุขภาพ ถามเพื่อนในกลุ่ม และบอกเล่าการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของรณารถ ชูใจและคณะ⁽¹⁰⁾ ที่จัดเวทีเสวนาสะท้อนความคิด ให้อภิปราย แลกเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 จากนั้นประเมินผลเป็นรายบุคคล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด 19 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12⁽²³⁾ มีมาตรการและแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชนทุกช่วงวัย โดยอาศัยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชนหรือชุมชน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพฯ ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ผลจากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพฯ อยู่ระดับมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพฯ หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพฯ เป็นการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเกิดการเรียนรู้จากกิจกรรมที่หลากหลายและมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาทักษะและความสามารถของแต่ละบุคคล ตามแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของนัทปัม⁽⁸⁾ รวมถึงผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ทางสุขภาพฯ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม⁽¹⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในยุคชีวิตวิถีใหม่ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังการใช้รูปแบบดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ⁽²⁴⁾ และจากถอดบทเรียนการสนทนา พบว่า ควรส่งเสริมเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์สื่อสาร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการจดจำและเรียนรู้กับสิ่งต่าง ๆ ได้ลดลง รวมถึงการใช้อุปกรณ์สื่อสาร ดังนั้นบุคลากร

สาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพฯ นี้ไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุได้ ซึ่งควรมีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์สื่อสารก่อนการนำไปใช้ และปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ขอขอบคุณท่านรองอธิการบดีฝ่ายโครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านในการเก็บวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 24]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no610-040964.pdf>
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โควิด 19 ประเทศไทย วันที่ 1 มกราคม – 24 กุมภาพันธ์ 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/03/24644>
4. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ผลกระทบของ covid-19 ต่อประชากรกลุ่มเปราะบาง. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://opendata.nesdc.go.th/dataset/d0ceaed6-2d3a-4c2c-9e08-0b3066e5c4b1/resource/95b92dab-f069-4f43-8e30-9bd3822fc602/download/2.-covid-19-.pdf>
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/ebook/003>
6. วิญญูทัศนีย์ บุญทัน, พิชราภรณ์ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุติมา สร้อยนาค, ปรีศนา อัครธนพล, จริยาวัตร คมพยัคฆ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2563;12(2):323-37.
7. ญัฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า. 2564;4(1):33-48.
8. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine [Internet]. 2008 [cited 2021 Nov 10];67: 2072-78. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953608004577?via%3Dihub>
9. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international [Internet]. 2000 [cited 2021 Nov 10]; 15:259-267. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

10. รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564; (81):250-62.
11. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015; 15(5):594-600.
12. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. G* Power (Version 3.1. 9.2). Germany: University of Kiel. 2014.
13. ประกาย จิโรจน์กุล. การวิจัยทางการแพทย์ แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2548.
14. บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัตินวัตกรรมเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
15. อังศินันท์ อินทรกำแหง. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>
16. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
17. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นริมาลย์ นิลไพจิตร, ญัฐนารี เอมยงค์. รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report) เรื่องโครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคการปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้พิการทางการเห็น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
18. กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรภิมล กรกกนกัจจ, ดวงใจ ปันเจริญ. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49(3):200-15.
19. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/351>
20. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, จินตนา ทองเพชร, วารุณี เกตุอินทร์, ญัฐพร อุทัยธรรม, สุปราณี หมู่คุ้ม, ทิพวัลย์ มีทรัพย์. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอครอบครัว: กรณีศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ .2564;15(2):155-73.
21. วริชา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, อาภรณ์ ตีนาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(3):1-14.

22. วินัย ไตรนาทวัลย์, ณัฐปัทม์ เพียรธัญญกรรม, ภราดร ยิ่งยวด, พนิดา ชัยวัง, รกัทกร เพชรสุข, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ .2563;27(3):131-44.

23. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://doh.hpc.go.th/data/HL/nationalHealthDevelopment12.pdf>

24. นิคม พุทธา, พลอยประกาย ฉลาดล้น. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุในยุคชีวิตวิถีใหม่ ตำบลบ้านเลื่อ อำเภอบัวชุม จังหวัดราชบุรี. วารสาร มหาลุพานาครทรรณ. 2565;9(3):46-64.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา-19 ในเขตสุขภาพที่ 9

The Study of Factors Contributing to the Reception of Health Services for Patients with Covid-19 Infection, in Health Region 9

สุพิตรา เศลวัตตะกุล

Supitra Selavattanakul

ธิดารัตน์ คณิงเพียร

Thidarat Kanungpiarn

สมจิตร เวียงเพิ่ม

Somjitt Wiangperm

ชัชฎาพร จันทรสุข

Chutchadaporn Jantarasuk

ควันเทียน วงศ์จันทร์

Kuantean Wongchantra

ชลดา กิ่งมลา

Chonlada Kingmala

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Faculty of nursing, Praborromrajanok institute

Received: December 29, 2022 | Revised: June 02, 2023 | Accepted: August 03, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในเขตสุขภาพที่ 9 โดยการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 384 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรค ในการรับบริการสุขภาพ ของเขตบริการสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเอื้อการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในมุมมองของผู้รับบริการสุขภาพ ในภาพรวม พบว่า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ไลน์ Facebook เว็บไซต์ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 4.27; S.D=0.763) ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในมุมมองของผู้รับบริการ ภาพรวม พบว่า กระบวนการหลายขั้นตอนของการส่งข้อมูลข่าวสาร ค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.73; S.D=0.907) ตามลำดับ ข้อเสนอแนะ ระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นปัจจัยที่สำคัญในการบริการทั้งมิติ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู และควรส่งเสริมศักยภาพชุมชนให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพและการวิถีชีวิตแบบปกติใหม่

ติดต่อผู้พิมพ์: ธิดารัตน์ คณิงเพียร

อีเมล: thidarat@bcnsurin.ac.th

Abstract

The research purpose was to study Factors contributing to the reception of health services for patients with Covid-19 infection, in health region 9. Data were collected using descriptive research. The sample groups using purposive sampling, a total of 384 persons, who experienced receiving health care services and recovering from Covid-19. Data were analyzed using descriptive

statistics, frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results of the study were as follows; factors contributing to the reception of health services for patients with Covid-19 infection from the service recipients' perspective like Line, Facebook, and websites were at the highest level (mean = 4.27; SD=.763). Obstacle factors receiving health services for patients with Covid-19 infection in the view of the service recipient overall revealed that the multi-step process of information transmission was at the highest level (mean = 3.73; SD=.907). The results recommended that health services during the Covid-19 epidemic situation should use digital technology to assist in service dimensions of promotion, prevention, treatment, and rehabilitation. Enhancing health literacy, and creating responsibility for a new norm of life.

Correspondence: Thidarat Kanungpiarn

E-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th

คำสำคัญ	Keywords
ปัจจัย	Factor
การรับบริการสุขภาพ	Receiving health services
ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	Patients with Covid-19 infection
เขตสุขภาพที่ 9	Health Region 9

บทนำ

โรคไวรัสโคโรนา (โควิด 19) เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยเผชิญกับภาวะการแพร่ระบาดของโรคที่รุนแรงขึ้น เป็นวงกว้างขึ้น ชัดความสามารถของสถานพยาบาลเริ่มไม่พอต่อความ ผู้ป่วยหลายรายต้องรอเตียงอยู่บ้านจนเสียชีวิต พื้นที่การระบาดใหม่ ๆ เกิดขึ้นแทบทุกวัน⁽¹⁾ ในทุกระลอกของการระบาดมีการให้บริการทางสุขภาพมีทั้งแบบการค้นหาเชิงรุก (active case finding) และการบริการเชิงรับในสถานพยาบาล โดยรูปแบบการบริการสุขภาพนั้นมีการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ที่มีการทำงานเชื่อมประสานกันอย่างเป็นระบบ ในแต่ละช่วงการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโควิด 19 นั้น มีมาตรการของภาครัฐกำกับ มีแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่รัฐ ผู้เกี่ยวข้อง ภาควิชาการเอกชน และประชาชน⁽²⁻³⁾ ซึ่งกรอบกระบวนการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่เป็นแนวปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการโรงพยาบาลเฉพาะกิจที่กำหนดกรอบกระบวนการดูแลผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การเข้าถึงและเข้ารับบริการการประเมินผู้ป่วย การดูแลรักษา และการดูแลต่อเนื่องที่มีทั้งการเตรียมจำหน่าย แนวทางการส่งต่อ การเฝ้าระวัง⁽⁴⁾ โดยการบริหารบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 สรุปได้ดังนี้ 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยสาธารณสุขเพื่อใช้ในการป้องกันโรคในครอบครัว ชุมชน 2) การเข้าถึงจุดบริการ 3) การประเมินและคัดกรอง 4) การดูแลรักษา 5) การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 6) การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และ 7) การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

โรคโควิด -19 เป็นโรคอุบัติใหม่ การบริการสุขภาพยังคงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละระลอกของการระบาด อาทิ 1) การวินิจฉัยล่าช้า การศึกษาในการระบาดระลอกแรกของไทยพบว่า ปัจจัยเสี่ยง

เพิ่มเติมคือ การได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ซึ่งมีผลต่อความเป็น-ความตายของชีวิต⁽⁵⁾²⁾ การเข้ารับบริการล่าช้า ตามที่ผู้มีโอกาสได้รับเชื้อและผู้สัมผัส ต้องเฝ้าระวังและการสังเกตอาการของตนเอง หากมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ โควิด-19 ต้องเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ แต่ไม่สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ ด้วยจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเพื่อรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลเนื่องจากสัมผัสผู้ติดเชื้อต้องกักตัว หรือเพิ่มบุคลากรไปให้บริการในสถานบริการต่างๆ เช่น โรงพยาบาลสนาม (Field hospital) และหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) เป็นต้น⁽⁶⁻⁷⁾ และ 3) การวินิจฉัยในห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยในห้องปฏิบัติการต้องมีความแม่นยำมาก⁽⁸⁾ ที่ผ่านมามีการประสบปัญหาการรอคิว การตรวจ PCR (Polymerase chain reaction) ใช้เวลาการรอคอยผลการตรวจนานประมาณ 1-3 วัน และหน่วยบริการตรวจหาเชื้อมีจำนวนไม่เพียงพอ ซึ่งขณะนี้มีการใช้ชุดตรวจแอนติเจนแบบทราบผลเร็ว (Rapid Antigen Test) ซึ่งจะรู้ผลตรวจภายในประมาณ 20-30 นาที⁽⁹⁾ ความสำคัญคือ “ยิ่งตรวจไว ยิ่งรอด” พร้อมการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์ ช่วยลดการเข้าไอซียู ลดอัตราเสียชีวิตได้ถึง 68 เปอร์เซ็นต์⁽⁸⁾

เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ พบการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด 19) การรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโควิด-19 ทำงานเชื่อมประสานกันทั้งระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิและปฐมภูมิ โดยมีการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในแต่ละเส้นทางการรับบริการทางสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้ารับบริการในเขตสุขภาพที่ 9 ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อใช้ในการป้องกันโรคในครอบครัว ชุมชน การเข้าถึงบริการจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแต่ละพื้นที่อาจจะมีรายละเอียดของการบริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างกัน เนื่องจากการปรับและออกแบบการบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของการบริหารจัดการในพื้นที่ ตามปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในบริบทของพื้นที่ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 (Covid-19 care pathway) ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁰⁾ ร่วมกับแนวปฏิบัติการบริหารจัดการโรงพยาบาลเฉพาะกิจ ในประเด็นของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19⁽⁴⁾ ดังนี้ 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อใช้ในการป้องกันโรคในครอบครัว ชุมชน 2) การเข้าถึงจุดแรกรับบริการสุขภาพ 3) การประเมินและตรวจหาเชื้อโรค 4) การรับการรักษาดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 5) การวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน 6) การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แท้จริงแต่ละเส้นทางการรับบริการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 9 ในการนำไปพัฒนา ปรับปรุงรูปแบบและระบบการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ เลขที่ P-EC-02-04-64 และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 132/2021 โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่ COE 029/2564 REC 029/2564 เมื่อได้รับการอนุมัติ กลุ่ม

ตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ประโยชน์ สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยต้องลงนามยินยอม (Consent Form) และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์เพิกถอนบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด โดยไม่มีผลกระทบทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลส่วนบุคคลชื่อสกุลกลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกนำไปเผยแพร่

การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อ และปัจจัยอุปสรรคในการรับบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ของเขตบริการสุขภาพที่ 9 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการสุขภาพ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ อายุ 20 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การรับบริการดูแลสุขภาพโควิด-19 จากหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 384 คน การกำหนดขนาดตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ใช้ฐานจากจำนวนผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพเขตสุขภาพที่ 9 โดยใช้ สูตรของคอกแรน⁽¹¹⁾ ใช้ในกรณีที่ไม่ทราบขนาดของประชากรที่แน่นอน โดยการคำนวณ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น ได้ 5% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ขนาดของประชากรที่ต้องการเท่ากับ

$$n = \frac{Z^2}{4e}$$

$$n = \frac{(1.96)^2}{4(0.05)^2}$$

$$n = 384.16 \sim 384 \text{ หน่วย}$$

การเก็บข้อมูลวิจัย การศึกษาครั้งนี้ ทีมผู้ศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์กับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพที่หายจากการป่วยด้วยโรคโควิด-19 จำนวน 384 คน โดยให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งมีประสบการณ์ในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยอธิบายชี้แจงกระบวนการวิจัย การชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้แบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล 6 ขั้นตอน ดังนี้คือ 1) ชี้แจงถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย วิธีการ ขั้นตอน สิทธิของอาสาสมัคร วิธีการเข้าถึง อาสาสมัครการรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม 2) จัดแบ่งพื้นที่ให้ผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ที่ผ่านการอบรมเพื่อในการเก็บข้อมูลพื้นที่เป้าหมายละ 8 คน รวมจำนวน 32 คน 3) ติดต่อประสานงานกับ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ รพ.สต. และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่เป้าหมาย และจัดทำหนังสือราชการเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย 4) ผู้ช่วยวิจัยประสานงานในระดับพื้นที่เพื่อประสานงานการกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ด้วยตนเอง โดยชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและสิทธิของอาสาสมัคร แก่ผู้ที่ตอบตกลงเป็นอาสาสมัครของ โครงการ และคอยให้การช่วยเหลือใน ระหว่างการตอบแบบสอบถามกรณีที่ติดขัดหรือเกิดปัญหาอุปสรรค 5) กรณีที่อาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกตอบแบบสอบถามออนไลน์ ทีมวิจัยมีแบบสอบถามที่เป็น เอกสารให้ กลุ่มตัวอย่างกรอกคำตอบ

ด้วยตนเอง และ 6) ที่มิวิจัยติดตาม ตรวจสอบความครบถ้วน และความสำเร็จของการตอบแล้ว จึงรับแบบสอบถามคืน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ตอน ดังนี้คือ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และ 2. แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรค ในการรับบริการสุขภาพของเขตบริการสุขภาพที่ 9 ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกในระยะที่ 1 ของการวิจัยถอดบทเรียนเส้นทางการรับบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 เขตสุขภาพที่ 9 โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การทดสอบความตรง ความเที่ยงของเครื่องมือ นำแบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรค ในการรับบริการสุขภาพ ของเขตบริการสุขภาพที่ 9 หาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.92 โดยมีการปรับการใช้ภาษาของแบบสอบถามตามข้อชี้แนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน และหาความเที่ยงโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการตอบแบบสอบถามฯ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อระบุปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรคต่อการรับบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ตามมุมมองของผู้รับบริการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 9

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้รับบริการ ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.5 อายุ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมาคือ อายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.6 และ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 16 สถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 55.2 สมรส คิดเป็นร้อยละ 37.8 และหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 3.4 ตามลำดับรายได้ต่อเดือน (บาท) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.3 รองลงมา คือ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 22.4 และ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.1 ตามลำดับ อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 46.1 พนักงาน/ลูกจ้างภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 20.6 ข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 19.8 ตามลำดับ ประสบการณ์การขอรับบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไม่เคยมีประสบการณ์การขอรับบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 53.4 เคย คิดเป็นร้อยละ 46.6 สถานที่รับบริการสุขภาพระหว่างการรักษาตัวด้วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลสนาม คิดเป็นร้อยละ 21.6 โรงพยาบาลจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 18.2 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 9.1 และรักษาตัวที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ระยะเวลาในการรักษาตัว (วัน) ส่วนใหญ่ 10 วัน คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมา คือ 14 วัน คิดเป็นร้อยละ 13.3 และ 5 วัน คิดเป็นร้อยละ 3.4 ตามลำดับ

2) ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ปัจจัยเอื้อ การรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในมุมมองของผู้รับบริการสุขภาพ ในภาพรวมพบว่า การใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล เช่น ไลน์ Facebook เว็บไซต์ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 4.27; S.D.=0.763) รองลงมา คือ การให้ผู้ป่วยตรวจวัดไข้ ความดันโลหิตสูงและออกซิเจนส่งข้อมูลอาการระหว่างรักษาตัวแก่เจ้าหน้าที่ตามกำหนด (mean = 4.23; S.D.=0.762) การตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วย Antigen test kit (ATK) (mean = 4.22; S.D.=0.791) การตรวจยืนยันผลด้วย RT-PCR เฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง (mean = 4.22; S.D.=0.783) และการปฏิบัติตามมาตรฐานแนวปฏิบัติการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ของกรมการแพทย์ (mean = 4.22; S.D.=.798)

สำหรับรายด้าน พบว่า 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ไลน์ Facebook เว็บไซต์ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 4.27; S.D.=0.763) 2) การเข้าถึงจุดรับบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พบว่า การได้รับการรักษา ณ สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือที่ทำงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean=4.09; S.D.=0.786) 3) การประเมินและตรวจหาเชื้อโรคของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พบว่า การตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วย Antigen test kit (ATK) (mean = 4.22; S.D.=0.791) และ ตรวจยืนยันผลด้วย RT-PCR เฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง (mean=4.22; S.D.=0.783) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4) การรับการรักษาดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 4.1. การแบ่งประเภทผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาตามระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ในสถานบริการรับไว้รักษาเฉพาะกิจ พบว่า การรับการรักษาที่โรงพยาบาล (ผู้ป่วยสีแดง) (Cohort ward) กรณีที่มีอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงสูง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 4.12; S.D.=0.814) 4.2 การบริการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พบว่า การให้ผู้ป่วยตรวจวัดไข้ ความดันโลหิตสูงและออกซิเจนส่งข้อมูลอาการระหว่างรักษาตัวแก่เจ้าหน้าที่ตามกำหนด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean=4.23; S.D.=0.762) 5) การวางแผนจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พบว่า การแจ้งข้อมูลผลการรักษาและแผนการจำหน่ายให้ผู้ป่วยทราบก่อนกลับบ้านอย่างน้อย 2-3 วัน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 4.06 ; S.D.=0.796) 6) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พบว่า การเตรียมความพร้อมของครอบครัวและญาติของผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 4.04; S.D.=0.817) ดังตารางที่ 1

ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19. ในมุมมองของผู้รับบริการภาพรวม พบว่า กระบวนการหลายขั้นตอน ของ การส่งข้อมูลข่าวสารค่าเฉลี่ยสูงสุด(mean = 3.73; S.D.=0.907) รองลงมา คือบุคลากรมีจำนวนจำกัดในการบริการสุขภาพ ณ จุดแรกรับ(mean = 3.66; S.D.=0.986) กระบวนการในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีหลายขั้นตอน (mean = 3.63; S.D.=0.944) การได้รับข้อมูลที่ไม่ได้กลั่นกรองจากสื่อโซเชียลต่างๆ (mean = 3.63; S.D.=1.042) และ มีข้อจำกัดของทักษะในการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงรับรู้ข่าวสาร (mean= 3.63; S.D.=0.990) ตามลำดับ

สำหรับรายด้าน พบว่า 1). การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า มีกระบวนการหลายขั้นตอนของการส่งข้อมูลข่าวสาร ค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.73; S.D.=0.907) 2) การเข้าถึงจุดแรกรับบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พบว่า บุคลากรมี

จำนวนจำกัดในการบริการสุขภาพ ณ จุดแรก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.66; S.D.=0.986) 3) การประเมินและตรวจหาเชื้อโรคของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พบว่า จำนวนเครื่องตรวจมีปริมาณไม่เพียงพอต่อการตรวจฯ ค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.56; S.D.=0.986) 4) การรับการรักษาดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พบว่า อัตรากำลังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการบริการสุขภาพฯ ค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean=3.55; S.D.=1.033) 5) การวางแผนจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พบว่า การบริหารอัตรากำลังไม่เพียงพอ ค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.35; S.D.=1.085) 6) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พบว่า ความตื่นตระหนกของประชาชน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.52; S.D.=1.039) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐานของปัจจัยเอื้อการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในมุมมองของผู้รับบริการสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	Mean	S.D.
1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคโควิด-19		
1.1 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	4.27	0.763
1.2 การสื่อสารบอกกล่าวโดยตรงกับประชาชน	4.01	0.881
1.3 การส่งต่อเอกสารข้อมูลโดยบุคคลที่เชื่อถือได้จากภาครัฐ/หนังสือราชการ	4.03	0.852
1.4 การมีผู้นำชุมชน และ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุข เคาะประตูบ้านฯ	3.86	1.019
1.5 การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโทรทัศน์	4.17	0.774
1.6 การประกาศจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารโควิด-19	4.09	0.817
1.7 สร้างความเข้าใจไม่ให้ตระหนกแต่ตระหนัก	4.07	0.813
1.8 ส่งเสริมความรู้สมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรค	4.17	0.821
1.9 สร้างให้เกิดการรับรู้ข่าวสารอย่างถูกต้อง	4.10	0.801
1.10 สร้างความรับผิดชอบต่อการดำเนินชีวิตแบบปกติใหม่	4.18	0.773
2. การเข้าถึงจุดแรกรับบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19		
2.1 การรับผู้ป่วยกลับมารักษาหน่วยบริการที่บ้านเกิด	3.98	0.892
2.2 การลงพื้นที่ไปตรวจโรคโควิด-19 ในชุมชน (Mobile clinic)	3.73	1.039
2.3 การคัดกรองเบื้องต้นจากอสม./ผู้นำชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ฯ	3.93	0.959
2.4 การตั้งจุดบริการแรกรับของหน่วยงานในระดับตำบล/โรงพยาบาลฯ	3.96	0.925
2.5 การรับบริการสุขภาพผ่านคอลเซ็นเตอร์ (call center)	3.65	0.983
2.6 การได้รับการรักษา ณ สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือที่ทำงาน	4.09	0.786
3. การประเมินและตรวจหาเชื้อโรคของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19		
3.1 การตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วย Antigen test kit (ATK)	4.22	0.791
3.2 ตรวจยืนยันผลด้วย RT-PCR เฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง	4.22	0.783
3.3 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลออกบริการตรวจถึงพื้นที่ (โมบายคลินิก)	3.69	1.039
3.4 การให้ประชาชนสามารถซื้อหา Antigen test kit (ATK) ตรวจเบื้องต้นได้	4.05	0.916

ปัจจัยเอื้อการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	Mean	S.D.
3.5 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขตรวจคัดกรองเบื้องต้น	3.86	0.957
3.6 ใช้ระบบเครือข่ายในการส่งตรวจหาเชื้อโรคโควิด-19 ด้วย RT-PCR	3.91	0.971
4. การรับบริการรักษาดูแลจากบุคลากรฯ สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19		
4.1การแบ่งประเภทผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาตามระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ๖		
4.1.1 การรับบริการแบบดูแลรักษาที่บ้านตนเอง(ผู้ป่วยสีเขียว)(Home Isolation) กรณีที่ไม่มีอาการและดูแลตนเองได้	3.90	0.926
4.1.2 การรักษาที่ศูนย์กักตัวศูนย์พักคอย (ผู้ป่วยสีเขียว)(community isolation) กรณีที่รอผลการตรวจยืนยันด้วย RT-PCR หรือรอสังเกตอาการ	3.95	0.891
4.1.3 โรงพยาบาลสนาม (ผู้ป่วยสีส้ม) (Field hospital)	4.11	0.817
กรณีที่อาการไม่รุนแรง ที่มีความเสี่ยงต่อเสียชีวิตน้อยหรือไม่มีโรคแทรกซ้อนฯ		
4.1.4 การรับบริการรักษาที่โรงพยาบาล(ผู้ป่วยสีแดง)(Cohort ward) กรณีที่มีอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงสูง	4.12	0.814
4.2 การบริการดูแลรักษาจากบุคลากรฯสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19		
4.2.1 การจัดบริการมอบ “กล่องรอดตาย” ซึ่งมีอุปกรณ์ฯ สำหรับดูแลตัวเอง ให้ผู้ป่วยที่รักษาตัวที่บ้าน	3.95	0.959
4.2.2 การติดตามดูแลการรักษาโดยผ่านทางโทรศัพท์ โน้ตบุ๊ก หรือวิดีโอคอลฯ ระหว่างผู้ป่วยสู่บุคลากรทางการแพทย์	4.12	0.863
4.2.3 การให้ผู้ป่วยตรวจวัดไข้ ความดันโลหิตสูงและออกซิเจนส่งข้อมูลอาการ ระหว่างรักษาตัวแก่เจ้าหน้าที่ตามกำหนด	4.23	0.762
4.2.4 การสอนแนะนำการสังเกตอาการตนเองและการดูแลตนเอง	4.14	0.816
4.2.5 ยารักษาโรคติดเชื้อโควิด-19	4.17	0.818
4.2.6 การปฏิบัติตามมาตรฐานแนวปฏิบัติการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19	4.22	0.798
4.2.7 ความเพียงพออัตรากำลังบุคลากรทางสุขภาพ	3.90	0.971
4.2.8 การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยระหว่างรักษาตัวในสถานบริการสุขภาพ	4.04	0.897
5. การวางแผนจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19		
5.1 การให้ข้อมูลในเรื่องของแผนการรักษาให้กับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ	3.99	0.844
5.2 การแจ้งข้อมูลผลการรักษาและแผนการจำหน่ายให้ผู้ป่วยทราบก่อนกลับบ้านอย่างน้อย 2-3 วัน	4.06	0.796
5.3 การแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน	4.06	0.828
5.4 การประสานงานและส่งต่อจากหน่วยงานในโรงพยาบาลไปยังรพสต.เพื่อลงสู่ครอบครัวและชุมชน	3.98	0.902
5.5 การเตรียมพร้อมพื้นที่ในชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่อง	3.90	0.952
5.6 การทำความเข้าใจคนในชุมชนเมื่อพบกับผู้ป่วยหลังรักษาหายแล้ว	3.89	0.976

ปัจจัยเอื้อการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	Mean	S.D.
6.การดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19		
6.1 การติดตามผลการรักษาผ่านทางไลน์ หรือโทรศัพท์	3.95	0.940
6.2 อาสาสมัครสาธารณสุขติดตามเยี่ยมพื้นที่รับผิดชอบ	3.82	1.014
6.3 การออกเยี่ยมโดยสม.และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย	3.83	0.993
6.4 การเตรียมความพร้อมของครอบครัวและญาติของผู้ป่วย	4.04	0.817
6.5 การส่งเสริมดูแลด้านจิตใจและกายแก่ผู้ป่วย	3.94	0.965
6.6 การทำความเข้าใจการอยู่ร่วมกันในชุมชน	3.93	0.973

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19

ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	Mean	S.D.
1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคโควิด-19		
1.1 ได้รับข้อมูลที่ไม่ได้กลั่นกรองจากสื่อโซเชียลต่างๆ	3.63	1.042
1.2 การได้รับข่าวลือ บอกต่อ จากเพื่อนบ้าน	3.55	0.987
1.3 มีกระบวนการหลายขั้นตอนของการส่งข้อมูลข่าวสาร	3.73	0.907
1.4 มีข้อจำกัดของทักษะในการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงรับรู้ข่าวสาร	3.63	0.990
1.5 ขาดการใส่ใจในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19	3.36	1.118
1.6. การบิดเบือนข้อมูลที่เป็นจริงในการส่งข้อมูลข่าวสาร	3.33	1.058
1.7 ขาดความรับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม	3.30	1.186
2. การเข้าถึงจุดรับบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19		
2.1 ไม่ได้รับการสื่อสารการประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานอย่างทั่วถึง	3.30	1.045
2.2 อุปกรณ์เครื่องมืออยู่อย่างจำกัด	3.52	0.972
2.3 กระบวนการในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีหลายขั้นตอน	3.63	0.944
2.4 บุคลากรมีจำนวนจำกัดในการบริการสุขภาพ ณ จุดแรกรับ	3.66	0.986
2.5 ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในการเข้าถึงจุดแรกรับบริการสุขภาพ	3.42	1.029
3. การประเมินและตรวจหาเชื้อโรคของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19		
3.1 จำนวนเครื่องตรวจมีปริมาณไม่เพียงพอต่อการตรวจ	3.56	0.986
3.2 การยืนยันผลด้วย RT-PCR ที่มีเพียงบางพื้นที่	3.52	1.006
3.3 อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบเชิงรุกน้อย	3.53	1.021
3.4 คุณภาพของ antigen test kit ที่ให้ผลไม่แม่นยำ	3.47	1.039
3.5 การให้อาสาสมัครสาธารณสุขตรวจคัดกรองเบื้องต้น	3.52	1.024

ปัจจัยอุปสรรคการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	Mean	S.D.
4. การรับการรักษาดูแลจากบุคลากร สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19		
4.1 มีจำนวนเตียงและหอผู้ป่วยไม่เพียงพอ	3.43	1.057
4.2 อัตรากำลังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการบริการสุขภาพ	3.55	1.033
4.3 ประชาชนมีความเข้าใจไม่เพียงพอในการรับบริการสุขภาพ	3.53	0.985
4.4 มีแหล่งรับบริการสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 ไม่เพียงพอ	3.51	1.035
4.5 มียา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์การแพทย์ไม่เพียงพอต่อการดูแลรักษา	3.45	1.053
5. การวางแผนจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19		
5.1 ไม่มีแผนจำหน่ายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย	3.16	1.107
5.2 ความไม่เข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการดูแล	3.24	1.062
5.3 ความไม่พร้อมของชุมชนในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน	3.28	1.077
5.4 ไม่ได้ดำเนินการส่งต่อข้อมูลสู่พื้นที่อย่างรวดเร็ว	3.28	1.081
5.5 การบริหารอัตรากำลังไม่เพียงพอ	3.35	1.085
6. การดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19		
6.1 ไม่มีสื่อเทคโนโลยีเพื่อติดตามเยี่ยมการรักษาผ่านทางไลน์/โทรศัพท์	3.23	1.107
6.2 มีการติดตามเยี่ยมพื้นที่รับผิดชอบโดยไม่มีความรู้ที่เพียงพอ	3.21	1.098
6.3 ไม่ได้เตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง	3.21	1.137
6.5 ความตื่นตระหนกของประชาชน	3.52	1.039
6.6 การไม่ได้ทำความเข้าใจการอยู่ร่วมกันในชุมชน	3.34	1.111

วิจารณ์

ปัจจัยเอื้อการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ทั้งนี้ผู้รับบริการสุขภาพพบว่า ปัจจัยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ไลน์ Facebook เว็บไซต์ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดต่อการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ทั้งนี้ในเขตสุขภาพที่ 9 มีการนำแพลตฟอร์มออนไลน์มาใช้ในสนับสนุนการบริการสุขภาพในช่วงโควิด-19 หลายช่องทาง ได้แก่ Facebook ไลน์กลุ่ม ไลน์ทางการ (official line) เฟซ (Facebook page) เว็บไซต์ของหน่วยงาน. การพัฒนาโปรแกรม Surin covid alert บันทึกข้อมูลประชากรในหน่วยลงทะเบียนผู้เดินทางเข้าออกจังหวัดสุรินทร์ แอปพลิเคชันบุรีรัมย์ เฮลตี้ (Burirum healthy) บันทึกข้อมูล การเดินทาง พักอาศัยในพื้นที่ รวมทั้งการบริการสายด่วน call center 24 ชั่วโมง ดังนั้นเป็นที่แน่ชัดว่า เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ ในการใช้ชีวิตในยุค New Normal ในสังคมไทย โดยสามารถนำมาในการสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้การดูแลสุขภาพทั้งมิติของการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ลดการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย⁽¹²⁾ นอกจากนี้ การตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วย Antigen test kit (ATK) กรมการแพทย์ได้ออกมาตรการในการตรวจโควิด-19 การใช้ ATK เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง ถ้าผู้ป่วยตรวจ ATK ด้วยตนเองแล้วได้ผลบวก ให้ดำเนินการดูแลรักษาเสมือนเป็นผู้ป่วย COVID-19 และประเมินอาการเพื่อการรักษาต่อไป โดยอาจไม่ต้องตรวจ RT-PCR แต่ควรแยกกับผู้ป่วย COVID-19 รายอื่นก่อน หรือหากมีอาการรุนแรง

แพทย์พิจารณาตรวจ RT-PCR ยืนยัน ในเพื่อความแน่นอนในการวินิจฉัย⁽¹³⁾ สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของกรมการแพทย์⁽³⁾ และเนื่องจากการคัดกรองและวินิจฉัยโรคโควิด 19 ต้องใช้ RT-PCR แต่ไม่สามารถดำเนินการให้ทันเวลา ได้ในพื้นที่ระบาดในวงกว้างเนื่องจากมีผู้ป่วยยืนยันเป็นจำนวนมากทำให้สถานพยาบาลให้บริการได้ไม่ทันต่อ จำนวนผู้ป่วย ในพื้นที่ระบาดในวงกว้างให้พิจารณาการใช้ ATK เพื่อการคัดกรองผู้ป่วยสำหรับการรักษาและ ควบคุมโรคในจังหวัดที่ไม่สามารถรองรับการคัดกรองด้วย RT-PCR⁽²⁾ ในสถานการณ์ที่มีการระบาดอาจมีความจำเป็นต้องใช้ ATK ถ้าผู้ป่วยตรวจ ATK ด้วยตนเองแล้วได้ผลบวก ให้ ดำเนินการดูแลรักษาเสมือนเป็นผู้ป่วย COVID-19 แต่ควรแยกกับผู้ป่วย COVID-19 รายอื่นก่อนจนกว่าจะได้ผล RT-PCR ยืนยัน พิจารณาในรายที่มีอาการรุนแรงเพื่อความแน่นอนในการวินิจฉัย⁽¹³⁾

สำหรับปัจจัยอุปสรรคนั้น ประเด็นผู้รับบริการเห็นตรงกัน คือ กระบวนการหลายขั้นตอนของการส่งข้อมูลข่าวสารฯ รองลงมาคือ ปัจจัยด้านบุคลากรมีจำนวนจำกัดในการบริการสุขภาพ ณ จุดแรกรับกระบวนการในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีหลายขั้นตอน การได้รับข้อมูลที่ไม่ได้กลั่นกรองจากสื่อโซเชียลต่างๆ และ มีข้อจำกัดของทักษะในการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงรับรู้ข่าวสาร ทั้งนี้ด้วยการที่มีหลายกระบวนการในการส่งข้อมูล นั้นเป็นผลจากต้องมีกระบวนการกลั่นกรองข้อมูลที่ถูกต้องก่อนสื่อสารสาธารณะ สอดคล้องกับการวิจัยเพื่อศึกษานโยบายและแนวทางของรัฐในการจัดการภัยพิบัติโรค ระบาดโควิด 19 พบว่า การสร้างการรับรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคโควิด 19 ต้องทำในทุกช่องทาง และมีศูนย์กลางการสั่งงานที่ชัดเจน⁽¹⁴⁾ อีกทั้งด้วยช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่แพร่อย่างรวดเร็วส่งผลให้บุคลากรทางสุขภาพไม่เพียงพอ ดังนั้นในการดำเนินการในช่วงเวลานั้นจึงค่อนข้างมีข้อจำกัดและต้องนำแกนนำสุขภาพจากภาคประชาชน ท้องถิ่นเข้ามาร่วมบริการสุขภาพทำให้การบริการสุขภาพรวดเร็วขึ้น⁽¹⁴⁾ จะเห็นได้ว่า ในการบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 การนำเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพเข้ามามีใช้ในการดูแลสุขภาพ การลดขั้นตอนการบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการบริการสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 การนำไปใช้ หน่วยงานบริการทางสุขภาพนำข้อมูลไปใช้เพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพรูปแบบการบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โดยส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ต่อไป การวิจัยต่อไป การติดตามประเมินผลการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบบูรณาการภาคีเครือข่ายในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้จัดการออนไลน์. ข่าวโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgronline.com/politics/detail/9640000063240>
2. Department of disease control. Practice Guideline to prevent the coronavirus 2019(COVID-19) or COVID-19 for people and risk group [Internet]; 2020. [cited 2020 Jun 12]. Available from: <https://shorturl.asia/qUxvt> (In Thai)

- 3.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษาโควิด-19 ฉบับปรับปรุง 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 มี.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: Available from: <https://shorturl.asia/WuKiG4>.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ). แนวปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการโรงพยาบาลเฉพาะกิจ. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2563.
- 5.The standard. ไม่มีใครควรเสียชีวิตจากโรคโควิดถ้าหากเขาไม่ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ [Internet]; 2020.The standard. [Cited 2021 Mar. 27]. Available from: <https://shorturl.asia/ByWq6>
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดเตรียมโรงพยาบาลสนาม (กรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวงกว้าง). [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 27 มี.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/fo1I2>
- 7.Bangkokbiznews. จัด ‘ระบบดูแลผู้ป่วยโควิดในชุมชน’ ทางออกวิกฤต รพ. เตี้ยงเต็ม [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 2 มี.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/jt5E2>
- 8.สำนักข่าว Hfocus. เตรียมเปิดศูนย์แรกรับส่งผู้ป่วยโควิด 19 อาคารนิมิตร์ 30 เม.ย.64 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 5 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://shorturl.asia/gQLs8>
9. BBC. โควิด-19 : สธ. แจงแนวทางแยกกักตัวที่บ้าน-ชุมชนลดปัญหา “เตียงไม่พอ” หลังยอดผู้ป่วยหน้าใหม่พุ่งทะลุ 9 พันราย.[อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค.2564]. เข้าถึงได้จาก Retrieved from: <https://shorturl.asia/t6anN>
10. World health organization. Clinical management of COVID-19: living guidance [Internet]; 2021.WHO. [Cited 2021 May 21]. Available from: <https://shorturl.asia/oVsWX>
11. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd Ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
12. วิรุฬ ลัมสวาท. “เทคโนโลยี” ในยุคโควิด สู้ความก้าวหน้า-หรือสร้างความเหลื่อมล้ำ [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 2 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://shorturl.asia/GFLeX>
13. กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2565 ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 เมษายน 2565 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
14. จีวรธรรม ศรีดาวเรืองและคณะ. การวิจัยถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย” .[อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://shorturl.asia/DbSc9>

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลลัพธ์การดำเนินงานห้องปฏิบัติการสาธารณสุขแห่งหนึ่งในการตอบสนองการระบาด โรคโควิด 19 เป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ในเขตเมือง

Outcomes of a Public Health Laboratory in Response to Larger COVID-19 Outbreaks in Urban Areas

สุวรรณ เพ็ชรโต

Suwanna Petto

ภัคพร พานวิจิตรกุล

Pakkaporn Panwijitkul

ศิรินภา จิตติมานะ

Sirinapha Jittimanee

สุksนต์ จิตติมานะ

Suksont Jittimanee

สุทนต์ ชิตนะพันธ์

Suthat Chottanapund

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Institute for Urban Disease Control and Prevention

Received: February 28, 2023 | Revised: May 15, 2023 | Accepted: August 04, 2023

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากในหลายประเทศ โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาที่แสดงอาการระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง การตรวจทางห้องปฏิบัติการสาธารณสุขเพื่อยืนยันเชื้อก่อโรคมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันควบคุมโรค การศึกษาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการตรวจพบเชื้อและระยะเวลาออกคอยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในตัวอย่างส่งตรวจจำนวน 156,730 ตัวอย่าง ที่เก็บระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 กันยายน 2564 ผลการศึกษาพบว่าอัตราการตรวจพบเชื้อเท่ากับ 20.4 วิธี rRT-PCR ให้ผลบวกในอัตราที่สูงกว่าวิธี Ag-RDT ที่ร้อยละ 28.6 และ 13.6 ตามลำดับ พบการรายงานผลภายใน 1 วันอยู่ที่ร้อยละ 73.4 ช่วงอายุที่พบอัตราการตรวจพบเชื้อมากที่สุด ได้แก่ 0-15 ปี อาการที่มีอัตราการตรวจพบเชื้อมากที่สุด ได้แก่ ไอ ใช้ และมีน้ำมูก ห้องปฏิบัติการสาธารณสุขต้องมีการวางแผนเตรียมการรองรับการระบาดของโรคติดต่ออันตราย มีการระดมทรัพยากรอย่างเพียงพอ เพื่อให้การตรวจยืนยันทำได้ถูกต้องและทันเวลา

ติดต่อผู้นิพนธ์: สุวรรณ เพ็ชรโต

อีเมล: nanajipata2@hotmail.com

Abstract

COVID-19 is an emerging disease that has spread globally and causes death in many countries. The pathogen of this disease is severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). The public health laboratory is very important for the confirmation of pathogens in order to prevent and control the disease. The purpose of this retrospective study was to find out the

positivity rate and turnaround time of SARS-CoV-2 laboratory detection in Bangkok. 156,730 samples were tested from 1st May to 30th September 2021. The pooled positivity rate was 20.4. rRT-PCR method yielded a higher positivity rate than the Ag-RDT method at 28.6% and 13.6%, respectively. The rate of reports within 1 day was 73.4%. The age group with the highest positivity rate was 0 to 15 years old. Cough, fever, and runny nose were the symptoms with the highest positivity rates. The public health laboratory must be prepared the sufficient resources for accurate and early detection of epidemics caused by dangerous communicable diseases.

Correspondence: Suwanna Petto

E-mail: nanajipata2@hotmail.com

คำสำคัญ	Keywords
ห้องปฏิบัติการสาธารณสุข	Public health laboratory
โรคโควิด 19	COVID-19
การระบาด	Outbreak

บทนำ

โรคโควิด 19 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging infectious disease) ติดต่อกับคนสู่คนโดยระบบทางเดินหายใจ เกิดจากเชื้อไวรัส โคโรนาสายพันธุ์กลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus-2: SARS-CoV-2) โรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพเนื่องจากแพร่ระบาดไปทั่วโลก สำหรับประเทศไทย ณ วันที่ 21 กันยายน 2565 มีผู้ป่วยโรคโควิด 19 สะสมจำนวน 2,452,097 ราย และเสียชีวิต 10,970 ราย และได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 142.4 ล้านโดส⁽¹⁾ หลักการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อาศัยหลักสำคัญ คือ การตรวจพบผู้ติดเชื้อ SARS-CoV-2 อย่างรวดเร็วเพื่อช่วยแยกผู้ติดเชื้อออกจากคนใกล้ชิด ห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ เนื่องจากมีส่วนสำคัญในการตรวจยืนยันผู้ติดเชื้อ SARS-CoV-2 เพื่อควบคุมและป้องกันโรค อีกทั้งมีส่วนสำคัญทางการรายงานทางระบาดวิทยา

จากการประเมินสถานการณ์คาดว่าโรคโควิด 19 จะมีลักษณะการเกิดโรคในประชากรคล้ายคลึงกับการระบาดของไข้หวัดใหญ่ ซึ่งจะพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี⁽²⁾ แต่อาจมีการระบาดในบางช่วงเวลา โดยผู้ป่วยที่รุนแรงเสียชีวิตส่วนใหญ่จะเกิดกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนและกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคร่วม จึงได้ออกประกาศยกเลิกโรคโควิด 19 ออกจากชื่อโรคและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย และจัดให้อยู่ลำดับที่ 57 ของชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป โดยมีแผนปฏิบัติการควบคุมโรคโควิด 19 เพื่อรองรับการเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งมีประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ คือ 1) ด้านการป้องกัน เฝ้าระวัง และควบคุมโรค 2) ด้านการแพทย์และรักษาพยาบาล 3) ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ประชาสัมพันธ์ และข้อมูลสารสนเทศ 4) ด้านบริหารจัดการ กฎหมาย สังคม และเศรษฐกิจ แม้โรคโควิด 19 จะถูกเปลี่ยนให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้า

ระวัง แต่การดำเนินมาตรการเพื่อตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ยังคงต้องเข้มข้น โดยเฉพาะมาตรการในด้านการเตรียมระบบการตรวจวินิจฉัย ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญของห้องปฏิบัติการสาธารณสุขในการตรวจยืนยันเชื้อก่อโรค ตลอดระยะเวลาการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา บทบาทห้องปฏิบัติการสาธารณสุขในการตอบสนองการระบาดโรคโควิด 19 นั้น มีความสำคัญยิ่งโดยเฉพาะการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยยืนยันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ตลอดจนการตรวจภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อและหลังรับวัคซีน ซึ่งฐานข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญทั้งในด้านการดูแลรักษา และการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ทั้งนี้มีการศึกษาในบางประเทศ ดังเช่นประเทศอินเดียใช้ข้อมูลของห้องปฏิบัติการสาธารณสุขระหว่างเดือนมีนาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 ศึกษาผู้ที่ตรวจเชื้อ SARS-CoV-2 จำนวน 176 ล้านราย พบอัตราอุบัติการณ์ 0.8 ต่อ 100 ประชากร และผู้เข้าถึงการตรวจเชื้อ SARS-CoV-2 มากกว่าผู้หญิงในทุกรัฐ และค่ามัธยฐานระยะเวลาที่มีอาการจนถึงวันที่ได้รับการตรวจคือ 2 วัน⁽³⁾ ประเทศแคนาดาใช้ข้อมูลของห้องปฏิบัติการ ณ วันที่ 24 พฤษภาคม 2563 ประเมินผู้ตรวจเชื้อ SARS-CoV-2 จำนวน 236,077 ราย พบผลบวกจำนวน 6,475 ราย (ร้อยละ 2.74)⁽⁴⁾

การศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานห้องปฏิบัติการสาธารณสุขในการตอบสนองการระบาดโรคโควิด 19 เป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ในเขตเมืองเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากเชื้อ SARS-CoV-2 มีรายงานการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่อง บางสายพันธุ์มีความสามารถหลบหลีกภูมิคุ้มกัน⁽⁵⁻⁶⁾ ซึ่งในอนาคตอาจเกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่พร้อมกันได้อีก ส่งผลให้มีปริมาณสิ่งส่งตรวจจำนวนมากในแต่ละวัน ห้องปฏิบัติการสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญต่อการเร่งตรวจกลุ่มเสี่ยงหรือผู้สัมผัสใกล้ชิดให้ทันเวลา ซึ่งผลจากการศึกษานี้จะมีส่วนช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี โดยงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการตรวจพบเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 (Positivity rate) และระยะเวลารอคอยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Turnaround times; TAT) ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ที่ตรวจหาเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Antigen-detecting rapid diagnostic test (Ag-RDT) และวิธี Real-time reverse transcription-polymerase chain reaction (rRT-PCR) ที่ห้องปฏิบัติการสาธารณสุขสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เป็นข้อมูลที่จัดเก็บในระบบฐานข้อมูลปฏิบัติงานเพื่อการเฝ้าระวังโรคโควิด 19 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่อาศัยในพื้นที่การระบาดโรคโควิด 19 ในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในประชาชนยังไม่ครอบคลุม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชากรที่เข้ารับบริการตรวจหาเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ในช่วงเวลาดังกล่าว

ขั้นตอนการทดสอบ การตรวจหาเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ทางห้องปฏิบัติการ แบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่

วิธี Ag-RDT เป็นการตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาด้วยหลักการ Immunochromatographic assay ตรวจหา Antigen ของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 จากตัวอย่างโดยใช้ชุดตรวจ STANDARD™ Q COVID-19 Ag Test (SD Biosensor, South Korea) ตรวจตัวอย่าง Nasopharyngeal swab (NPS) โดยทำการตรวจวิเคราะห์ตามเอกสารของผู้ผลิต⁽⁷⁾

วิธี rRT-PCR เป็นการตรวจทางอณูชีววิทยา (Molecular biology assay) ตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ซึ่งเป็น Ribonucleic acid (RNA) โดยใช้น้ำยา VIASURE Real Time PCR Detection Kits (CerTest Biotec, Spain) ที่จำเพาะกับสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส 2 ตำแหน่ง ได้แก่ ยีน ORF1ab และยีน N ตัวอย่างที่ใช้ คือ NPS ที่ใส่ใน Viral transport medium (VTM) โดยทำการตรวจวิเคราะห์ตามเอกสารของผู้ผลิต⁽⁸⁾

การรวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ อาการต่างๆ ลงบนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในระบบโดยห้องปฏิบัติการสาธารณสุข สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จากนั้นตรวจความถูกต้องของข้อมูลตัวแปรสำคัญ แล้วทำการคำนวณค่าอัตราการตรวจพบเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 (Positivity rate) และระยะเวลารอคอยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Turnaround times; TAT) โดยมีนิยามดังนี้

อัตราการตรวจพบเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 คือ จำนวนตัวอย่างที่ให้ผลตรวจหาเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 แต่ละวิธีทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อหรือเป็นบวกต่อตัวอย่างทั้งหมดที่ทำการตรวจในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ระยะเวลารอคอยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ช่วงเวลาที่นับจากวันที่เก็บตัวอย่างจนถึงวันที่ได้รับผลการตรวจหาเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ทางห้องปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนานำเสนอข้อมูล โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD)

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติให้ใช้ข้อมูลย้อนหลังของผู้ที่ตรวจหาเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ที่ห้องปฏิบัติการสาธารณสุข สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยคณะผู้วิจัยมีการเก็บรักษาความลับข้อมูลที่น่าสนใจและไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้รับบริการได้

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาการศึกษาในครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 156,730 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย แต่มีจำนวนใกล้เคียงกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยพบร้อยละ 50.4 และ 49.6 ตามลำดับ อายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 34.0 ปี ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 0 – 98 ปี กลุ่มอายุส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและวัยทำงาน อยู่ในช่วง 16 – 55 ปี ร้อยละ 81.8 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(n=156,730)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	78,947	50.4
หญิง	77,783	49.6
กลุ่มอายุ		
0 – 5 ปี	2,568	1.6
6 – 15 ปี	7,822	5.0
16 – 25 ปี	34,204	21.8
26 – 35 ปี	37,243	23.8
36 – 45 ปี	31,661	20.2
46 – 55 ปี	25,090	16.0
56 – 65 ปี	13,104	8.4
> 65 ปี	5,038	3.2

ผลการตรวจหาเชื้อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ทางห้องปฏิบัติการ ให้ผลบวกรวม 31,912 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.4 โดยแยกเป็นการตรวจด้วยวิธี Ag-RDT จำนวน 86,040 ราย ให้ผลบวก 11,729 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.6 วิธี rRT-PCR ซึ่งตรวจตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 70,690 ราย ให้ผลบวก 20,183 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.6 จำนวน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Ag-RDT และ rRT-PCR

วิธีการตรวจ	ผลการตรวจ (ร้อยละ)		
	บวก	ลบ	รวม
Ag-RDT	11,729(13.6)	74,311(86.4)	86,040(100.0)
rRT-PCR	20,183(28.6)	50,507(71.4)	70,690(100.0)
รวม	31,912(20.4)	124,818(79.6)	156,730(100.0)

สำหรับระยะเวลาการรอคอยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือ TAT พบว่าวิธี Ag-RDT สามารถรายงานผลภายใน 1 วัน ได้ 62,446 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.6 ในขณะที่วิธี rRT-PCR สามารถรายงานผลภายใน 1 วันได้ 52,641 คิดเป็นร้อยละ 74.5 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 TAT ของตัวอย่างตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Ag-RDT และ rRT-PCR

วิธีการตรวจ	TAT (ร้อยละ)		
	ภายใน 1 วัน	เกิน 1 วัน	รวม
Ag-RDT	62,446(72.6)	23,594(27.4)	86,040(100.0)
rRT-PCR	52,641(74.5)	18,049(25.5)	70,690(100.0)
รวม	115,087(73.4)	41,643(26.6)	156,730(100.0)

ผลการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีอัตราผลบวกใกล้เคียงกันเท่ากับร้อยละ 20.0 และ 20.7 ตามลำดับ อัตราบวกสูงสุดตามช่วงอายุ 3 ลำดับแรก ได้แก่ 0-5 ปี ร้อยละ 36.8, 6-15 ปี ร้อยละ 34.4 และมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 27.0 ในส่วนของ TAT นั้นพบว่าเพศชายมี TAT สูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย โดยสามารถรายงานผลภายใน 1 วันตามเพศชายและเพศหญิงได้ ร้อยละ 74.9 และ 72.0 ตามลำดับ สำหรับ TAT ตามช่วงอายุนั้นพบว่า ช่วงอายุที่รายงานผลภายใน 1 วัน ได้สูงสุดคือ มากกว่า 65 ปี ได้ร้อยละ 78.1 ในขณะที่ช่วงอายุที่รายงานผลภายใน 1 วัน ได้ต่ำสุดคือ 0-5 ปี ได้ร้อยละ 71.0 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 และ TAT ตามเพศ และช่วงอายุ

	ผล SARS-CoV-2		TAT	
	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)	
	บวก (n=31,912)	ลบ (n=124,818)	ภายใน 1 วัน (n=115,087)	เกิน 1 วัน (n=41,643)
เพศ				
ชาย	15,813(20.0)	63,134(80.0)	59,102(74.9)	19,845(25.1)
หญิง	16,099(20.7)	61,684(79.3)	55,985(72.0)	21,798(28.0)
ช่วงอายุ				
0 - 5 ปี	944(36.8)	1,624(63.2)	1,824(71.0)	744(29.0)
6-15 ปี	2,690(34.4)	5,132(65.6)	5,574(71.3)	2,248(28.7)
16-25ปี	7,540(22.0)	26,664(78.0)	24,722(72.3)	9,482(27.7)
26-35ปี	6,682(17.9)	30,561(82.1)	26,471(71.1)	10,772(28.9)
36-45ปี	5,604(17.7)	26,057(82.3)	23,514(74.3)	8,147(25.7)
46-55ปี	4,499(17.9)	20,591(82.1)	19,009(75.8)	6,081(24.2)
56-65ปี	2,591(19.8)	10,513(80.2)	10,039(76.6)	3,065(23.4)
> 65 ปี	1,362(27.0)	3,676(73.0)	3,934(78.1)	1,104(21.9)

สำหรับอาการทางคลินิกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีอาการถึงร้อยละ 87.5 ส่วนที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งพบร้อยละ 12.5 โดยอาการที่พบสูงสุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ ไอ (ร้อยละ 17.1) เจ็บคอ (ร้อยละ 16.2) มีน้ำมูก (ร้อยละ 13.4) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 12.4) และมีเสมหะ (ร้อยละ 10.9) ในขณะที่อัตราการผลบวกในการตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 ในกลุ่มอาการสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ไอ (ร้อยละ 3.4) ไข้ (ร้อยละ 3.0) มีน้ำมูก (ร้อยละ 2.0) เจ็บคอ (ร้อยละ 1.6) และปวดศีรษะ (ร้อยละ 0.9) อัตราการตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 กลุ่มผู้มีอาการและไม่มีอาการเท่ากับร้อยละ 39.8 และ 17.5 ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อาการที่พบในกลุ่มตัวอย่าง

อาการที่พบ	จำนวน (n=156,730)	ร้อยละ	จำนวนผลบวก SARS-CoV-2 (n=31,912)	ร้อยละของผลบวก SARS-CoV-2
ไม่มีอาการ	137,157	87.5	24,118	17.5
มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง	19,573	12.5	7,794	39.8
ความถี่ของอาการที่พบ	(n=61,672)	(100%)	(n=1,040)	(15.1%)
ไอ	10,580	17.1	359	3.4
เจ็บคอ	9,977	16.2	159	1.6
มีน้ำมูก	8,272	13.4	164	2.0
ปวดศีรษะ	7,644	12.4	71	0.9
มีเสมหะ	6,734	10.9	31	0.5
ปวดกล้ามเนื้อ	5,587	9.0	25	0.4
ไข้ (อุณหภูมิ $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)	4,545	7.4	138	3.0
หายใจเหนื่อย	3,432	5.6	23	0.7
ถ่ายเหลว	2,196	3.6	7	0.3
อื่นๆ	2,705	4.4	63	2.3

วิจารณ์

การตรวจหาเชื้อโรคติดต่ออันตรายถือเป็นภารกิจสำคัญทางห้องปฏิบัติการที่ต้องการความถูกต้องและความรวดเร็ว ใช้ในการยืนยันเชื้อก่อโรค เพื่อการดูแลรักษา การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่ทันเวลาโรคโควิด 19 ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 แพร่ระบาดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โดยเริ่มเมืองอุ้งส้น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน⁽⁹⁾ ทำให้เกิดการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ซึ่งมีผู้ติดเชื้อสะสมมากกว่า 679 ล้านราย และเสียชีวิตมากกว่า 6.79 ล้านราย⁽¹⁰⁾ หรือประมาณร้อยละ 1.0 ของผู้ติดเชื้อ ประเทศไทยรายงานการพบผู้ป่วยนำเข้า (Imported case) รายแรกวันที่ 13 มกราคม 2563⁽¹¹⁾ และได้ประกาศเป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 โดยนโยบายการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงแรกของการระบาดของโรคใช้วิธี rRT-PCR เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมยืนยันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยยืนยัน ต่อมาได้เริ่มมีการพัฒนาชุดตรวจหา Antigen ของเชื้อเรียกว่าวิธี Ag-RDT ซึ่งวิธีนี้ได้รับความนิยมแพร่หลาย เพราะนอกจากจะมีความรวดเร็ว และแปลผลง่ายแล้ว ประชาชนทั่วไปยังสามารถใช้ตรวจได้เอง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งรับผิดชอบในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญด่านแรกในการควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 ไม่ให้แพร่กระจายไปยังพื้นที่อื่นทั่วประเทศ ได้จัดตั้งห้องปฏิบัติการสาธารณสุขขึ้น และระดมสรรพกำลังและทรัพยากรในการตรวจวินิจฉัยเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยในการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจ

ทั้งหมดที่ห้องปฏิบัติการสาธารณสุข สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ได้ทำการตรวจตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคในประเทศจนถึงปัจจุบัน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ดำเนินการอย่างครอบคลุมทั้งเพศชายและหญิง โดยประชากรของกรุงเทพมหานครมีเพศชายและเพศหญิงในปี พ.ศ. 2564 อยู่ที่ 2.59 และ 2.93 ล้านรายตามลำดับ⁽¹²⁾ คิดเป็นอัตราส่วน 0.9:1 ซึ่งมีอัตราส่วนใกล้เคียงกับอัตราส่วนการได้รับบริการตรวจ ชายต่อหญิง เท่ากับ 1:1 ต่างจากงานวิจัยของ Ponnaiah และคณะ⁽³⁾ ที่ทำการศึกษากการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ทางห้องปฏิบัติการสาธารณสุขเพื่อการเฝ้าระวังโรคโควิด 19 ในประเทศอินเดีย ระหว่างเดือนมีนาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 จำนวนตัวอย่าง 176 ล้านราย พบว่าเพศหญิงเข้าถึงบริการตรวจได้น้อยกว่าเพศชาย โดยมีอัตราส่วนการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ในเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.4:1 กลุ่มอายุที่ได้รับการตรวจจากการศึกษาพบว่าในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน อยู่ในช่วงอายุ 16-55 ปี ในสัดส่วนมากถึงร้อยละ 81.1 ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันควบคุมโรค เพราะประชากรในกลุ่มนี้มีกิจกรรมในสังคมมากกว่าช่วงอายุที่เป็นเด็กและผู้สูงอายุ ดังนั้นการที่ประชากรวัยรุ่นและวัยทำงานถูกตรวจหาเชื้อได้มากจะทำให้เกิดการกักตัวและดูแลรักษาตัวเองได้เร็ว และเป็นการลดการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้มาก

การตรวจในกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการตรวจพบเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 รวมร้อยละ 20.4 โดยวิธี rRT-PCR ให้ผลบวกในอัตราสูงกว่าการตรวจด้วยวิธี Ag-RDT สำหรับวิธี rRT-PCR ให้อัตราผลบวกร้อยละ 28.6 ในขณะที่วิธี Ag-RDT ให้ผลบวกร้อยละ 13.6 ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าวิธี Ag-RDT มีความไว (Sensitivity) ต่ำ ในกลุ่มผู้ไม่มีอาการ⁽¹³⁾ และในกลุ่มที่มีค่า Cycle threshold (Ct) สูงๆ⁽¹⁴⁾ ซึ่งบ่งบอกถึงปริมาณเชื้อไวรัส (Viral load) ในตัวอย่างมีปริมาณน้อย การศึกษาของ Lee⁽¹⁵⁾ และคณะพบว่าวิธี Ag-RDT เมื่อเปรียบเทียบกับวิธี rRT-PCR มีความไว และความจำเพาะ (Specificity) อยู่ที่ 0.68 (95%CI 0.59-0.76) และ 0.99 (95%CI 0.99-1.00) โดยวิธี Ag-RDT จะมีความไวมากขึ้นเมื่อค่า Ct ≤ 25 ซึ่งควรใช้ตรวจภายในช่วง 5 วันหลังมีอาการ สำหรับ TAT ของวิธีการตรวจพบว่าทั้งวิธี rRT-PCR และวิธี Ag-RDT ให้ผลการตรวจภายใน 1 วันในอัตราที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 74.5 และ 72.6 ตามลำดับ อัตราการรายงานผลภายใน 1 วัน โดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 73.4

เพศชายและเพศหญิงมีอัตราการตรวจพบเชื้อที่ใกล้เคียงกันมาก ได้แก่ร้อยละ 20.0 และ 20.7 ในขณะที่ TAT ที่รายงานผลภายใน 1 วันก็มีอัตราใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 74.9 และ 72.0 สำหรับช่วงอายุที่ตรวจพบเชื้อมาที่สุดในช่วง 0-15 ปี มีอัตราติดเชื้อสูงกว่าผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goldstein และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าช่วงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุต่ำกว่า 35 ปี มักพบว่ามีอัตราการติดเชื้อสะสมที่สูงในชุมชน ในด้านอาการของผู้รับการตรวจส่วนใหญ่พบว่าไม่มีอาการสูงถึงร้อยละ 87.5 ซึ่งตรวจพบเชื้อเพียงร้อยละ 17.5 ในขณะที่ สำหรับผู้มีอาการพบเพียงร้อยละ 12.5 อาการของผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก โดยอาการที่มีอัตราการตรวจพบเชื้อมากที่สุด ได้แก่ ไอ ไข้ และมี

น้ำมูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Rifai และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่าอาการของผู้ป่วยโควิด 19 ส่วนใหญ่ ได้แก่ ไข้ (ร้อยละ 58.0) ไอ (ร้อยละ 41.0) และ เจ็บคอ (ร้อยละ 18.9) ตามลำดับ

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าอัตราการตรวจพบเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ในเขตกรุงเทพมหานคร แม้จะผ่านช่วงการระบาดมานานนับปี แต่อัตราการตรวจพบเชื้อยังคงสูง ซึ่ง TAT ในการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใน 1 วัน แม้จะมีอัตราที่สูงถึงร้อยละ 73.4 แต่ยังคงมีบางส่วนที่ไม่สามารถรายงานผลได้ทันเวลา และมีผู้ติดเชื้อรวมอยู่ด้วย ส่งผลต่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ดังนั้นจากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า หากมีเหตุการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ ควรมีการวางแผนและเตรียมแผนเผชิญเหตุสำหรับห้องปฏิบัติการสาธารณสุข รวมถึงการระดมทรัพยากรและสรรพกำลังเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมาดำเนินการตรวจวินิจฉัย โดยเฉพาะเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออันตราย เพื่อให้การตรวจยืนยันทำได้ทันเวลา และส่งผลต่อการดูแลรักษา การป้องกันควบคุมโรคได้ทันเวลาด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน รูปแบบ API(Json/CSV Data Format). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/>
2. MJ Hoogeveen, EK Hoogeveen. Comparable seasonal pattern for COVID-19 and flu-like illnesses. *One Health* 2021; 13: 100277.
3. Ponnaiah M, Abdulkader RS, Bhatnagar T, Thangaraj JWV, Kumar MS, Sabarinathan R, et al. COVID-19 testing, timeliness and positivity from ICMR's laboratory surveillance network in India: profile of 176 million individuals tested and 188 million tests, March 2020 to January 2021. *PLoS One* 2021; 16(12): e0260979.
4. Pabbaraju K, Wong AA, Douesnard M, Ma R, Gill K, Dieu P, et al. A public health laboratory response to the pandemic. *J Clin Microbiol* 2020; 58(8): e01110-20.
5. Chen Y, Liu Q, Zhou L, Zhou Y, Yan H, Lan K. Emerging SARS-CoV-2 variants: Why, how, and what's next? *Cell Insight* 2022; 1(3): 100029.
6. Carabelli AM, Peacock TP, Thorne LG, Harvey WT, Hughes J, Carabelli AM, et al. SARS-CoV-2 variant biology: immune escape, transmission and fitness. *Nat Rev Microbiol* 2023. <https://doi.org/10.1038/s41579-022-00841-7>
7. SD Biosensor. STANDARDTM Q COVID-19 Ag Test. 2020.
8. CerTest Biotec. VIASURE Real Time PCR Detection Kits. 2020.
9. Wua YC, Chena CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. *J chin Med As* 2020; 83(3): 217-20.
10. Worldometer. COVID-19 Coronavirus Pandemic [Internet]. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

11. Plipat T. Lessons from Thailand's response to the COVID-19 pandemic. *Thai Journal of Public Health* 2020; 50(3): 268-77.
12. กองยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ. สถิติกรุงเทพมหานคร 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://rb.gy/xvxzzu>
13. Ghasemi S, Harmooshi NN, Rahim F. Diagnostic utility of antigen detection rapid diagnostic tests for Covid-19: a systematic review and meta-analysis. *Diagn Pathol* 2022; 17(1): 36.
14. Dias BDP, Gonçalves RL, Ferreira CS, Barbosa CC, Arrieta OAP, Santos SMSAD, et.al. Update on rapid diagnostics for COVID-19: a systematic review. *Int J Transl Med* 2022; 2(2), 252-74.
15. Lee J, Song JU, Shim SR. Comparing the diagnostic accuracy of rapid antigen detection tests to real time polymerase chain reaction in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Virol* 2021; 144: 104985.
16. Goldstein E, Lipsitch M, Cevik M. On the effect of age on the transmission of SARS-CoV-2 in households, schools and the community. *J Infect Dis* 2021; 223(3): 362-9.
17. Al-Rifai RH, Acuna J, Hossany FIA, Aden B, Memari SAA, Mazrouei SKA, et al. Epidemiological characterization of symptomatic and asymptomatic COVID-19 cases and positivity in subsequent RT-PCR tests in the United Arab Emirates. *PLoS One* 2021; 16(2): e0246903.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

เส้นทางจากนักดื่มสู่คนหัวใจเพชร(ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จังหวัดสุโขทัย

The Pathway among Drinker to Diamond Heart (Free Alcoholic Beverage) in Sukhothai Province

ไพรัตน์ อนันอินทร์

Pairat on-in

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

Office of Disease Prevention and Control 2

Received: June 22, 2023 | Revised: July 02, 2023 | Accepted: August 04, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ 1) เพื่อบรรยายพฤติกรรมการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา) ได้ถาวรของกลุ่มคนหัวใจเพชร (กลุ่มคนที่มีประวัติการดื่มแล้วสามารถเลิกได้อย่างถาวรมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี) และ 2) เพื่ออธิบายสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการจงใจภายในบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เลิกดื่ม ใช้กรอบแนวคิดเชิงนิเวศน์ 5 ระดับ เก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) อย่างเท่าเทียม (Equivalent Status Design) กลุ่มตัวอย่างคือ คนหัวใจเพชร 64 คน ในจังหวัดสุโขทัย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ปัจจัยเชิงนิเวศน์ 5 ระดับที่เกี่ยวข้องกับการเลิกดื่มได้ถาวร และ 3) พฤติกรรมการดื่มในอดีตและวิธีการที่เลิกดื่ม เก็บข้อมูลระหว่าง มกราคม - กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลวิจัยสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดื่มของกลุ่มคนหัวใจเพชรในอดีต ส่วนมากดื่มเกือบทุกวัน ในระดับความเสี่ยงปานกลาง คนหัวใจเพชรมีวิธีเลิกดื่มได้อย่างถาวร สรุปวิธีหลัก คือ ใช้วิธีหักดิบ กับ ใช้วิธีค่อยๆ ลดปริมาณและความถี่จนกระทั่งสามารถเลิกได้ในที่สุด ปัจจัยที่สนับสนุนให้เลิกดื่มที่สำคัญมากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล คือ การรับรู้โทษพิษภัย ทศนคติที่มีต่อการเลิกดื่ม ความคาดหวังในความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์จากการเลิกดื่ม และปัจจัยระหว่างบุคคล โดยเฉพาะครอบครัวที่ช่วยดูแลสนับสนุนให้กำลังใจ การได้รับข้อมูลการสร้างความตระหนักเพื่อเลิกดื่มอย่างต่อเนื่อง ส่วนปัจจัยระดับรองลงมาที่มีส่วนสนับสนุน ได้แก่ ปัจจัยระดับชุมชน คือ การได้รับการยอมรับและการได้มีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับคำชื่นชม ยกย่อง การได้รับการช่วยเหลือ ในส่วนปัจจัยระดับนโยบายคือการรับรู้ถึงสถานที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมาย

ติดต่อผู้พิมพ์: ไพรัตน์ อนันอินทร์

อีเมล: pai.on1971@gmail.com

Abstract

This descriptive research has two objectives: 1) to describe the habits of permanently quitting alcohol among diamond heart people (a person with a history of drinking can permanently

quit drinking for at least 3 years) and 2) to explain the causes related to the motivation within the person and environment that cause them to quit drinking. Using a 5-level ecological framework to collect data in a mixed method (Equivalent Status Design), the sample was 64 cases in Sukhothai province. The tool is a structured interview form consisting of 3 parts: 1) personal data, 2) 5 levels of ecological factors related to permanent quitting, and 3) past drinking habits and ways to quit drinking. Data were collected from January – September 2022. Analyze quantitative data with statistical software. Analyze qualitative data by Content Analysis method. The research concluded that the drinking habits of diamond heart people in the past. Most drink almost every day. Diamond Heart people have a way to quit drinking permanently. In summary, the main method is to use raw deduction and gradually reduce the amount and frequency until they can finally be quiet. The most important contributing factor to quitting drinking is the personal factor, namely the perception of harm and Attitude towards quitting drinking. Expectations of one's abilities and expectations of outcomes from quitting drinking, and interpersonal factors, especially supportive families. Continuous exposure to drinking cessation awareness information. The secondary contributing factors are community-level factors such as recognition and participation or belonging to society. To be praised, to be praised, to be saved. The policy-level factor is the recognition of alcohol-free facilities under the law.

Correspondence: Pairat on-in

E-mail: pai.on1971@gmail.com

คำสำคัญ	Keywords
คนหัวใจเพชร	Diamond Heart Person
นักดื่ม	Drinkers
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	Alcoholic Beverage

บทนำ

การรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” ได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 เมื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ร่วมมือกับสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) และภาคีต่างๆ จัดทำโครงการ “งดเหล้าเข้าพรรษา” ขึ้นมาและจัดกิจกรรมรณรงค์ พบว่า มีกระแสผู้เข้าร่วมงดเหล้าเข้าพรรษาเป็นจำนวนมาก จึงเริ่มมีแนวคิดหากภาครัฐมีการกำหนดให้มีวันสำหรับงดดื่มสุราขึ้น ก็จะช่วยสนับสนุนให้มีคนสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการเลิกเหล้ามากขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ.2547 กระแสรณรงค์ให้มีวันงดดื่มสุราโดยมีการผลักดันประกาศให้วันเข้าพรรษาในปีนั้นเป็นวัน “งดดื่มสุราแห่งชาติ” ต่อมาในปี พ.ศ.2551 มีมติคณะรัฐมนตรี ประกาศให้วันเข้าพรรษาของทุกปีเป็น “วันงดดื่มสุราแห่งชาติ”⁽¹⁾ จากที่รณรงค์เพียงงดดื่มเหล้าในช่วง 3 เดือน ได้กำหนดให้วันเข้าพรรษาเป็นวัน “งดดื่มสุราแห่งชาติ” ถือเป็นวันสำคัญอีกวันหนึ่งที่บังคับใช้กฎหมาย คือ ร้านค้า สถานบันเทิงหยุดให้บริการและห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตลอด 24 ชั่วโมง ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 การขับเคลื่อนมาตรการ “งดเหล้าเข้าพรรษา” โดยเริ่มเมื่อปี พ.ศ.2557 ซึ่งสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าดำเนินการเป็นประจำทุกปี ได้มีการนิยามผู้ที่สมัครใจงดเหล้าระหว่างเข้าพรรษา โดยเข้าร่วมปฏิญาณตน บุคคลเหล่านี้เรียกว่า “คนหัวใจ” ให้สามารถงดเหล้าได้ตลอดจนถึงวันออกพรรษา รวมทั้งสามารถลดต่อเนื่องหลังออกพรรษา ได้จำแนกกลุ่มคนที่สามารถงดเหล้า เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) คนหัวใจหิน หมายถึง ผู้ที่ปัจจุบันดื่มเหล้าเป็นปกติวิสัยแล้วงดเหล้าได้ครบพรรษา 2) คนหัวใจเหล็ก หมายถึง กลุ่ม “คนหัวใจหิน” ที่มีความประสงค์จะงดเหล้าต่อเนื่องหลังจากออกพรรษาไปตลอดชีวิต และ 3) “คนหัวใจเพชร” หมายถึง กลุ่มคนที่มีประวัติเป็นนักดื่มแล้วสามารถเลิกดื่มได้มาแล้วอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป โดยจังหวัดสุโขทัย เมื่อปี 2564 พบว่า มีคนหัวใจหิน และ คนหัวใจเหล็ก 1,264 และ 120 คน สำหรับคนหัวใจเพชร มีสะสมรวม 84 คน

สภาพปัญหาการดื่มสุราในจังหวัดสุโขทัยพบว่า เมื่อปี 2560 พบว่า สุโขทัยมีอัตราการดื่มสุราในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ติดอันดับสูงสุด 10 อันดับแรกของประเทศ คือ เป็นลำดับที่ 10 อัตราการดื่มเท่ากับร้อยละ 37.2 และยิ่งสูงกว่าอัตราการดื่มระดับประเทศ (ร้อยละ 28.4)อีกด้วย กระทั่งในปี 2564 พบว่า สุโขทัยไม่ติดอันดับ 1 ใน 10 สูงสุดของประเทศแล้วก็ตาม แต่พบว่า สุโขทัยยังมีอัตราสูงถึง 30.0 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ(ร้อยละ28.0)⁽²⁾ เพื่อประโยชน์ต่อการได้เรียนรู้ประสบการณ์จากนักดื่มหนักในอดีตแล้วสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเลิกดื่มได้อย่างถาวร จึงเห็นความสำคัญที่ควรศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการชวน ช่วย เชียร์นักดื่มที่ยังคงมีอยู่ในชุมชนให้สามารถเลิกดื่มได้ ดังนั้น ทีมวิจัย มีความสนใจศึกษาปัจจัยทั้งในส่วนสาเหตุส่วนบุคคลและด้านสิ่งแวดล้อม ในการผลักดันให้เลิกดื่มได้อย่างถาวร ซึ่งข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ สนับสนุนนักดื่มอื่น ๆ ให้มีความสามารถและมีความเข้าใจอย่างเพียงพอในการปฏิบัติด้วยความมุ่งมั่นเพื่อลด ละ เลิก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างถาวรต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2 ประการ คือ 1) เพื่อบรรยายพฤติกรรมการเลิกดื่มได้ถาวรของกลุ่มคนหัวใจเพชร และ 2) เพื่ออธิบายสาเหตุที่เกี่ยวข้องในด้านจิตใจภายในบุคคลและด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้สามารถเลิกดื่ม

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) อย่างเท่าเทียม (Equivalent Status Design) เก็บข้อมูลแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent) ด้วยวิธีเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) พร้อม ๆ กัน เพื่อเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คนหัวใจเพชร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด คือ กลุ่มบุคคลที่เลิกดื่มได้แล้วและเลิกต่อเนื่องมาได้เหตุผลที่เลิกดื่มต้องเกิดจากแรงจูงใจใด ๆ ซึ่งยกเว้นข้อจำกัดที่ต้องทำให้เลิกดื่มจากปัญหาสุขภาพ จำนวน 64 คน เลือกแบบเจาะจงมาทั้งหมด ในพื้นที่ 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสวรรค์โกล 29 คน ศรีสัชนาลัย 4 คน ศรีนคร 15 คน และทุ่งเสลี่ยม 16 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ มกราคม – 30 กันยายน 2565 โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคนหัวใจเพชร คัดเลือก โดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) 64 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นเอง มีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ที่สำคัญได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และบุคคลที่คนหัวใจเพชรอาศัยอยู่ด้วย ส่วนที่ 2 ปัจจัยเชิง

นิเวศน์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกดื่มสุราได้โดยถาวร ครอบคลุม 5 ระดับ แต่ละข้อกำหนดวิธีการตอบการแสดงความคิดเห็น เป็น เป็นมาตราประมาณค่าแบบ Rating scale มี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุด และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดื่มในอดีตก่อนการเลิกได้ถาวร สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างคนหัวใจเพชร คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อร่วมวงสนทนากลุ่ม โดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในกลุ่มเดิม (64 คน) เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 12 คน รวม 36 คนเก็บข้อมูลภายใต้ขอบเขตตัวแปรต้นตามแนวคิดเชิงนิเวศน์ 5 ระดับ⁽³⁾ ได้แก่ ระดับบุคคล(Intrapersonal) ระหว่างบุคคล (Interpersonal) องค์กร(Organizational) ชุมชน (Community) นโยบายสาธารณะ(Public Policy) ที่เป็นปัจจัยช่วยให้นักดื่มเลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร และจำแนกรูปแบบการปรับพฤติกรรมที่สามารถเลิกดื่มสุราได้โดยถาวร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันอุดมศึกษา 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Index of Consistency : IOC) รายข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0.67 – 1.0 คะแนน และ ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) โดยภาพรวมของข้อคำถาม มีค่าคะแนนระหว่าง 0.8 – 1.0 คะแนน ถือว่าเป็นไปตามเกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับได้ ต่อจากนั้นได้ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะ แล้วทดลองเก็บข้อมูล (Try out) กลุ่มคนหัวใจเพชร 30 คน ในจังหวัดใกล้เคียง หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีค่า 0.75 จากนั้นทำการเก็บข้อมูล โดยประสานสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าจังหวัดสุโขทัย เพื่อชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานวิจัยเบื้องต้น จัดทำหนังสือจากหน่วยงานเพื่อติดต่อผู้ประสานงานสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าจังหวัดสุโขทัย เตรียมการเก็บข้อมูลในกลุ่มเป้าหมาย เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสนทนากลุ่ม อย่างน้อย 7 วัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมตัวให้พร้อมเข้าร่วม การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยวิธีเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) นำเสนอเป็นค่าความถี่ สัดส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธี การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตามเอกสาร เลขที่ COA No. 56/2021 เลขที่ IRB No. 55/2021 แบบเร่งรัด (Expedited Review) เมื่อ 23 ธันวาคม 2564

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการศึกษา 3 ประเด็นดังนี้คือ 1.ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง “คนหัวใจเพชร” ที่รับการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างทั้งหมดจำนวน 64 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.0) อยู่ในช่วงวัยทำงานและผู้สูงอายุ(ภาพรวมร้อยละ 80.6) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 41.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากทำอาชีพเกษตรกร(ร้อยละ 62.5) จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.8) และปัจจุบันอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 70.3) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีประวัติการดื่มสุราจังหวัดสุโขทัย (n = 64)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	-ชาย	48	75.0
	-หญิง	16	25.0
อายุ	- 30-45 ปี	5	8.1
	- 46-60 ปี	24	38.7
	- 61-75 ปี	26	41.9
	- 76 ปีขึ้นไป	7	11.3
	ค่าเฉลี่ยอายุ = 62.00 ปี, SD = 11.85 (Min =30 , Max = 91)		
อาชีพ	-เกษตรกรกรรม	40	62.5
	-รับจ้าง	8	12.5
	-ค้าขาย	6	9.4
	-ไม่มีอาชีพ	4	6.3
การศึกษา	-ประถมศึกษา	44	68.8
	-มัธยมศึกษา	17	26.6
	-ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	2	3.1
	-อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	1	1.6
อาศัยอยู่กับ	-คู่สมรส	45	70.3
	-อยู่คนเดียว	7	10.9
	-ญาติ	5	7.8
	-พ่อและแม่	2	3.1
	-แม่	1	1.6

2. ข้อค้นพบด้านการรับรู้โทษพิษภัยของสุรา ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถเลิกดื่มได้ถาวร พบว่า การรับรู้ของกลุ่มคนหัวใจเพชร สูงที่สุด 3 ประเด็นแรก(จากทั้งหมด 10 ประเด็น) คือ การดื่มสุราต่อเนื่องเป็นเหตุให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง การดื่มสุราเป็นเหตุให้เกิดผลเสียเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ ทะเลาะวิวาทการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต สัดส่วนร้อยละ 95.3, 95.3 และ 93.8 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

3. ข้อค้นพบด้านทัศนคติและความคาดหวัง ที่มีต่อการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า คนหัวใจเพชรมีทัศนคติต่อการเลิกดื่มสุรามีแนวโน้มทิศทางเชิงบวก กล่าวคือ ความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากถึงมากที่สุด สัดส่วนมากกว่าร้อยละ 70 และประเด็นที่มีสัดส่วนสูงสุด 3 อันดับแรก(จากทั้งหมด 10 ประเด็น) คือ การเลิกดื่มสุราทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น (ร้อยละ 95.3) รองลงมาคือ การเลิกดื่มสุราทำให้สามารถทำงานได้ดีขึ้น (ร้อยละ 93.7) และเมื่อพบปะกับญาติพี่น้องไม่จำเป็นต้องดื่มสุราก็ได้ (ร้อยละ 92.2) ตามลำดับ สำหรับประเด็นความคาดหวังในความสามารถของตนกลุ่มคนหัวใจเพชร ที่มีสัดส่วนร้อยละระดับเห็นด้วยมากถึงมากที่สุด สูงสุด 3 อันดับแรก คือ คนหัวใจเพชรสามารถปฏิเสธการดื่มได้ แม้จะร่วมวงกับเพื่อนที่กำลังดื่มอยู่(ร้อยละ 100) รองลงมาคือ สามารถปฏิเสธการดื่มได้ขณะที่ไปเที่ยวตามธรรมชาติ

เช่น เทียนน้ำตก อุทยาน (ร้อยละ 98.4) และสามารถปฏิเสธการดื่มได้ แม้คนที่เคาะพ่นบ๊วยยื่นสุราให้ดื่ม (ร้อยละ 95.3) และประเด็นความคาดหวังในผลลัพธ์จากการเลิกดื่มสุราได้ถาวร พบว่า มีแนวโน้มเชิงบวก กล่าวคือ คนหัวใจเพชรมีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากถึงมากที่สุด สัดส่วนมากกว่าร้อยละ 80 และประเด็นที่มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ถ้าเลิกดื่มสุราจะทำให้สุขภาพดีขึ้น (ร้อยละ 98.5) รองลงมาคือ ถ้าเลิกดื่มสุราจะทำให้สามารถทำงานได้มากขึ้น (ร้อยละ 95.4) และ ถ้าเลิกดื่มสุราจะทำให้จิตใจดีขึ้นได้มากขึ้น (ร้อยละ 95.3) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและสัดส่วนร้อยละของคนหัวใจเพชร ที่รับรู้โทษพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n = 64)

การรับรู้โทษพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
-การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต	60	93.8
-การดื่มสุราต่อเนื่องเป็นเหตุให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง	61	95.3
-การดื่มสุราเป็นเหตุให้เกิดผลเสียเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ ทะเลาะวิวาท	61	95.3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคนหัวใจเพชรที่เห็นด้วย/เห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรก จำแนกตามทัศนคติและความคาดหวัง ที่มีต่อการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n = 64)

ทัศนคติและความคาดหวัง	จำนวน (ร้อยละ) ที่มีความเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
ทัศนคติที่มีต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระหว่างตั้งใจเลิกและเมื่อเลิกได้แล้ว					
- การเลิกดื่มสุรา ทำให้สามารถทำงานได้ดีขึ้น	42 (65.6)	18 (28.1)	3 (4.7)	1 (1.6)	0
- เมื่อพบปะกับญาติพี่น้อง ไม่จำเป็นต้องดื่มสุราก็ได้	44 (68.8)	15 (23.4)	3 (4.7)	2 (3.1)	0
- การเลิกดื่มสุรา ทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น	50 (78.1)	11 (17.2)	3 (4.7)	0	0
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในระหว่างตั้งใจเลิกและเมื่อสามารถเลิกได้แล้ว					
- สามารถปฏิเสธการดื่มได้ แม้จะร่วมวงกับเพื่อนที่กำลังดื่มอยู่	49 (76.6)	15 (23.4)	0	0	0
- สามารถปฏิเสธการดื่มได้ ขณะที่อยู่ในงานประเพณี เช่น งานแต่ง งานบวช งานศพ	47 (73.4)	15 (23.4)	1 (1.6)	1 (1.6)	0
- สามารถปฏิเสธการดื่มได้ ขณะที่ไปเที่ยวตามธรรมชาติ เช่น เทียนน้ำตก อุทยาน	47 (73.4)	16 (25.0)	0	1 (1.6)	0
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกดื่ม ในระหว่างตั้งใจเลิกและเมื่อเลิกได้แล้ว					
- ถ้าเลิกดื่มสุราจะทำให้จิตใจดีขึ้นได้มากขึ้น	42 (65.6)	19 (29.7)	3 (4.7)	0	0
- ถ้าเลิกดื่มสุราจะทำให้สุขภาพดีขึ้น	42 (65.6)	19 (29.7)	3 (4.7)	0	0
- ถ้าเลิกดื่มสุราจะทำให้สามารถทำงานได้มากขึ้น	46 (71.9)	17 (26.6)	1 (1.6)	0	0

สำหรับปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีส่วนส่งเสริมให้คนหัวใจเพชรเลิกดื่มได้ถาวร พบว่า ประเด็นที่มีความเห็นระดับมากและมากที่สุด ที่มีสัดส่วนร้อยละมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ครอบครัวช่วยดูแลสนับสนุน ทำให้มีแรงจูงใจที่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 82) รองลงมาคือ กำลังใจและการสนับสนุนจากบุคคลใน

ครอบครัว (ร้อยละ 80.3) และได้รับข้อมูลด้านการสร้างความตระหนักเล็ดต้มสุรา (ร้อยละ 49.1) ด้านปัจจัยระดับชุมชน พบว่า ประเด็นที่มีสัดส่วนมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การได้รับการยอมรับจากสังคม (ร้อยละ 84.4) รองลงมาคือ คนในชุมชนมองคนเล็ดต้มสุราได้สำเร็จในทางที่ดีขึ้น (ร้อยละ 81.5) และ การได้มีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงการได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคม การได้รับคำชื่นชม ยกย่อง การได้รับการช่วยเหลือ แบ่งปัน รวมทั้งห่วงใยซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 79.7) ตามลำดับ ในส่วนของปัจจัยระดับนโยบายที่มีส่วนส่งเสริมให้คนหัวใจเพชรเล็ดต้มได้ถาวร พบว่า มีเพียงประเด็นการรับรู้ถึงสถานที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมาย (ร้อยละ 59.6) ส่วนประเด็นอื่น ๆ มีสัดส่วนค่อนข้างน้อย รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของคนหัวใจเพชรที่เห็นด้วย/เห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรก จำแนกตามปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยองค์กร ปัจจัยชุมชน และ ปัจจัยด้านนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับการเล็ดต้มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเล็ดต้มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน (ร้อยละ) ที่มีความเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
ปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีส่วนผลักดันให้คนหัวใจเพชรเล็ดต้ม (n = 64)					
-กำลังใจและการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	43(70.5)	6(9.8)	5(8.2)	5(8.2)	2(3.3)
-ครอบครัวช่วยดูแลสนับสนุน ทำให้มีแรงใจที่ต่อเนื่อง	37(60.7)	13(21.3)	2(3.3)	7(11.5)	2(3.3)
-ได้รับข้อมูลด้านการสร้างความตระหนักเล็ดต้มสุรา	13(22.0)	16(27.1)	14(23.7)	10(16.9)	6(10.2)
ปัจจัยระดับองค์กรที่มีส่วนผลักดันให้คนหัวใจเพชรเล็ดต้ม (n = 8)					
-หน่วยงานมีการสร้างแรงใจในการเลิกสุรา	2(25.0)	3(37.5)	0	2(25.9)	1(12.5)
-แพทย์ พยาบาลที่ดูแลรักษา เชียร์เล็ดต้ม	4(50.0)	0	2(25.9)	2(25.9)	0
-ได้รับคำแนะนำหรือบริการช่วยเหลือจากหน่วยงานหน่วยงาน	1(12.5)	3(37.5)	2(25.9)	1(12.5)	1(12.5)
ปัจจัยระดับชุมชนมีส่วนผลักดันให้คนหัวใจเพชรเล็ดต้ม (n = 64)					
-การได้รับการยอมรับจากสังคม	35(54.7)	19(29.7)	6(9.4)	1(1.6)	3(4.7)
-คนในชุมชนมองคนเล็ดต้มสุราได้ในทางที่ดีขึ้น	25(46.3)	19(35.2)	6(11.1)	4(7.4)	0
-ได้มีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	35(54.7)	16(25.0)	8(12.5)	1(1.6)	0
ปัจจัยระดับนโยบายมีส่วนผลักดันให้คนหัวใจเพชรเล็ดต้ม (n = 64)					
-รับรู้ถึงสถานที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมาย	19(30.6)	18(29.0)	11(17.7)	8(12.9)	6(9.7)
-กฎหมายที่กำหนดวันห้ามขายสุรามีส่วนทำให้เล็ดต้ม	8(12.9)	20(32.3)	7(11.3)	14(22.6)	13(21.0)
-การณรงค์ผ่านสื่อต่างๆมีผลทำให้เล็ดต้มสุรา	9(14.5)	19(30.6)	13(21.0)	9(14.5)	12(19.4)

ข้อค้นพบจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากวิธีการจัดเวทีสนทนากลุ่ม คนหัวใจเพชรผู้ให้ข้อมูลสำคัญในครั้งนี้ มีทั้งเพศชายและหญิงซึ่งส่วนมากเป็นเพศชาย อยู่ในวัยทำงานและผู้สูงอายุ ประกอบอาชีพหลากหลาย ได้แก่ เกษตรกร ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน คนหัวใจเพชรแต่ละคนมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน โดยสามารถสรุปวิธีหลัก ๆ ได้ 2 วิธี ดังนี้คือ ส่วนมากกลุ่มคนหัวใจเพชรใช้คือ วิธีการหักดิบ 22 คน รองลงมาสำหรับบางคน คือ ใช้วิธีค่อย ๆ ลดปริมาณและความถี่การดื่มจนกระทั่งสามารถเลิกได้ในที่สุด ซึ่งอาจใช้เวลา 2-3 ปี จึงสามารถเลิกดื่มได้เด็ดขาด จำนวน 14 คน นอกจากนี้ยังพบว่า มีการเข้าร่วมโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา ในระหว่างเลิกใช้วิธีหักดิบหรือวิธีอื่น ๆ

ที่น่าสนใจทดแทนการดื่ม โดยปัจจัยเงื่อนไขตามแนวคิดเชิงนิเวศน์ 5 ด้านที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเลิกดื่มได้ถาวรของกลุ่มคนหัวใจเพชร มีดังนี้คือ ปัจจัยระดับบุคคลที่ทำให้สามารถเลิกดื่มได้นั้นเกิดจากแรงจูงใจสำคัญในตัวผู้ดื่มเอง ได้แก่ การประสบเหตุการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง อาทิ เหตุการณ์สะเทือนใจจากการที่บิดาดื่มสุราแล้วซึ่รถจักรยานยนต์เกิดอุบัติเหตุเสียชีวิต ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เริ่มมีอาการป่วยทางกาย ทะเลาะกันในครอบครัว เงินเก็บในครอบครัวลดลง ครอบครัวขาดความสุข โดยเมื่อเริ่มคิดเปลี่ยนแปลงตัวเอง เพื่อเลิกดื่มและมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้ ประกอบกับรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังผลลัพธ์จากการเลิกดื่มที่จะทำให้อื่นยอมรับในสังคมและเพื่อสุขภาพตัวเอง นอกจากนี้ยังพบว่า คนหัวใจเพชรมีการควบคุมตนเองโดยวิธีให้คำมั่นสัญญากับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือบุคคลที่มีอิทธิพลซึ่งเป็นที่ยอมรับนับถือ ความเป็นห่วงสุขภาพตัวเอง และด้วยสถานะทางสังคม บทบาทการเป็นผู้นำชุมชน ต้องการเป็นตัวอย่างที่ดีให้ลูก สร้างครอบครัวให้อบอุ่น อยู่ด้วยกันพร้อมหน้าพร้อมตา รวมทั้งตนเองจะเป็นต้นแบบที่ดีสามารถชวนนักดื่มในชุมชนให้เลิกดื่มได้ด้วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนหนึ่ง จากวงสนทนากลุ่ม ดังนี้ “อยากเลิก..เพราะจะได้เป็นตัวอย่างที่ดีให้ลูก..จะได้สอนลูกได้” “ดื่มมาเยอะแล้ว...ควรจะเลิกได้แล้ว” “ดื่มแล้ว...ไม่มีประโยชน์..เลิกดีกว่า” “ตอนระหว่างกินไม่เป็นไร...แต่พอหยุดกินแล้วมันมั่ว..มันเวียนหัว..แะเลย” “พอเมาแล้ว..รุ่งขึ้นไปทำงานไม่ไหว...ก็เลยคิดเลิกกิน”

ด้านปัจจัยระหว่างบุคคล พบว่า บุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะ ลูก ภรรยา ขอร้องให้เลิกดื่ม บางคนเกิดจากหลานขอร้องให้เลิกดื่ม แม่ขอร้องให้เลิกดื่ม ประกอบกับการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง รองลงมาคือ มีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนมาให้คำแนะนำชวนเลิก เยี่ยมให้กำลังใจ ด้านปัจจัยระดับชุมชน เกิดจากกิจกรรมรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา ชุมชนให้การยอมรับหากสามารถเลิกดื่มได้ เพื่อนบ้านพูดชื่นชมผู้ที่สามารถเลิกดื่มถาวร ประกอบกับได้รับรู้จากการประชาสัมพันธ์สร้างกระแสชวนคนเลิกเหล้า ของ สสส.

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประวัติพฤติกรรมการดื่มในอดีตของกลุ่มคนหัวใจเพชร ส่วนมากดื่มอยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง⁽⁴⁾ สรุปวิธีเลิกดื่มได้อย่างถาวรได้ดังนี้คือ วิธีการหักดิบและใช้วิธีค่อย ๆ ลดปริมาณและความถี่การดื่มจนกระทั่งเลิกได้ในที่สุด ซึ่งอาจใช้เวลา 2-3 ปี ซึ่ง นุชนิ เอี่ยมสะอาด และคณะ⁽⁵⁾ ก็พบว่า การเลิกดื่มสุราด้วยตนเองเกิดจากการตัดสินใจเลิกเลย บางคนจะค่อย ๆ ลดปริมาณการดื่มสุราลงก่อนและเลิก บางคนตัดสินใจลดการดื่มสุราลงให้น้อยที่สุดเพื่ออนาคตที่ดี การศึกษาครั้งนี้ยัง

พบว่า กลุ่มคนหัวใจเพชรมีการเข้าร่วมโครงการดูแลรักษาในระหว่างตัดสินใจเลิกดื่มร่วมกับใช้วิธีหากิจกรรมอื่น ๆ ที่ตนเองน่าสนใจมาทดแทนการดื่มสุรา ประกอบกับมีข้อค้นพบปัจจัยตามกรอบแนวคิดเชิงนิเวศน์ ที่เกี่ยวข้องซึ่งช่วยให้กลุ่มคนหัวใจเพชรสามารถเลิกดื่มได้ถาวร ที่สำคัญมากที่สุด 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยระดับบุคคล ที่รับรู้โทษพิษภัย ความรับรู้ความสามารถในตนเอง และปัจจัยระหว่างบุคคล โดยเฉพาะครอบครัวที่ช่วยดูแลสนับสนุน ให้กำลังใจ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ทำให้มีแรงจูงใจที่ต่อเนื่อง รวมถึงการได้รับข้อมูลด้านการสร้างความตระหนักเลิกดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการวิเคราะห์จากการศึกษาที่สอดคล้องกันทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งพบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ในทางตรงกันข้ามไม่รวมถึงกลุ่มเพื่อน ๆ ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราในอดีต ซึ่งพบว่า กลุ่มเพื่อนไม่มีส่วนช่วยแนะนำให้กลุ่มคนหัวใจเพชรเลิกดื่มทั้งนี้เนื่องจากเพื่อน ๆ ยังคงมีพฤติกรรมดื่มสุราอยู่ ณ ขณะนั้นนั่นเอง ส่วนปัจจัยระดับรองลงมาที่มีส่วนสนับสนุนเพิ่มเติม ได้แก่ ปัจจัยระดับชุมชน ปัจจัยระดับองค์กร และ ปัจจัยระดับนโยบาย ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดจากผลการสรุปเพิ่มเติมตามกรอบแนวคิดปัจจัยเชิงนิเวศน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร ดังนี้คือ

ปัจจัยระดับบุคคล เกิดจากแรงจูงใจสำคัญในตัวเอง ได้แก่ การรับรู้โทษพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะประเด็น การดื่มสุราต่อเนื่องเป็นเหตุให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง การดื่มสุราเป็นเหตุให้เกิดผลเสียเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ ทะเลาะวิวาทการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทศนคติของคนหัวใจเพชรที่มีต่อการเลิกดื่ม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกดื่ม ประกอบกับการประสบเหตุการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่ง อนันญา ตีปานา และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการทดสอบปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ได้แก่ 1) ทศนคติต่อพฤติกรรม 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ประกอบกับการประสบเหตุการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง

อาทิ เหตุการณ์สะเทือนใจจากบุคคลใกล้ชิดเกิดอุบัติเหตุเสียชีวิต การรับรู้พิษภัยของสุราที่ไม่ดีกับตัวเอง ได้แก่ ดื่มแล้วขาดสติ ทำงานเชื่องช้า เริ่มมีอาการป่วย ทะเลาะกันในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าการควบคุมตนเอง โดยให้คำมั่นสัญญากับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือ บุคคลที่มีอิทธิพลซึ่งเป็นที่เคารพนับถือ โดยภาวดี โตท่าโรงและคณะ⁽⁷⁾ ก็พบว่า เหตุผลหนึ่งคือ ไม่ต้องการให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและมีปัจจัยหลายอย่างเป็นส่วนประกอบ ได้แก่ ปัจจัยภายในตนเอง ปัจจัยจากครอบครัวและสังคม ซึ่งกมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์⁽⁸⁾ ก็พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถเลิกดื่มสุราได้ คือ การตั้งเป้าหมายของชีวิตบุคคลส่วนใหญ่ หวังที่จะให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ต่อจากนั้นก็คิดถึงคนอื่นการสร้างคามตระหนักถึงผลเสียจากการดื่มสุราโดยบุคลากรสาธารณสุข โดยปัจจัยสนับสนุนให้เลิกดื่มสุราได้อย่างถาวรเกิดจาก กล่าวหากลับไปดื่มจะทำให้ดื่มมากกว่าเดิมกลัวอายคนอื่น ด้านปัจจัยระหว่างบุคคล พบว่า บุคคลที่มีส่วนผลักดันให้คนหัวใจเพชรเลิกดื่ม ประเด็นที่ความเห็นระดับมากและมากที่สุด ที่มีสัดส่วนร้อยละมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ครอบครัวช่วยดูแลสนับสนุน ทำให้มีแรงจูงใจที่ต่อเนื่อง รองลงมาคือ กำลังใจและการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จากการสื่อสารเพื่อชักจูงใจและการกระตุ้นทางอารมณ์⁽⁹⁾ และ ได้รับข้อมูลด้านการสร้างความตระหนักเลิกดื่มสุรา โดยเฉพาะ

บุคคลในครอบครัว อาทิ ลูก ภรรยาขอร้องไห้เลิกดื่ม บางคนเกิดจากหลานขอร้องไห้เลิกดื่ม แม่ขอร้องไห้เลิกดื่ม ประกอบกับการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง รongลงมาคือ มีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แนะนำชวนเลิก เยี่ยมให้กำลังใจ โดย ภาวดี โตท่าโรงและคณะ⁽⁷⁾ ก็พบว่า การให้กำลังใจและการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะการใช้ครอบครัวเป็นกำลังใจช่วงขาดสุราเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งบุคคลรอบข้างหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลหยุดดื่มสุราได้แล้ว การกล่าวชื่นชม ยกย่องให้เป็นแบบอย่างในชุมชน มอบเกียรติบัตรให้ ทำให้เกิดความตระหนักในการเลิกดื่มสุรา

สำหรับปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีส่วนผลักดันให้คนหัวใจเพชรเลิกดื่ม ที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ แพทย์พยาบาลที่ดูแลรักษา เชียร์เลิกดื่ม ซึ่งภาวดี โตท่าโรงและคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ผู้ที่เลิกดื่มสุราได้ถาวร ส่วนหนึ่งเกิดจากการสร้างความตระหนักถึงผลเสียจากการดื่มสุราโดยบุคลากรสาธารณสุข จากการที่ผู้ให้ข้อมูลเคยเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลที่ดูแลรักษา ได้อธิบายถึงสาเหตุความเจ็บป่วยที่มาจากการดื่มสุรา แนะนำให้เลิกดื่ม หากกลับไปดื่ม จะมีผลต่อร่างกายและทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยระดับชุมชน ที่มีส่วนผลักดันให้คนหัวใจเพชรเลิกดื่มมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การได้รับการยอมรับจากสังคม รongลงมาคือ คนในชุมชนมองคนเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ ในทางที่ดีขึ้น และ การที่คนหัวใจเพชรได้มีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงการได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคม การได้รับคำชื่นชม ยกย่อง การได้รับการช่วยเหลือ แบ่งปัน รวมทั้งห่วงใยซึ่งกันและกัน ประกอบกับเกิดจากกิจกรรมรณรงค์ลดเหล้าเข้าพรรษาในชุมชน บุคคลในชุมชนให้การยอมรับหากสามารถเลิกดื่มได้ ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้านพูดชื่นชมผู้ที่สามารถเลิกดื่มถาวร

การได้รับรู้จากการประชาสัมพันธ์สร้างกระแสชวนคนเลิกเหล้า ของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ตามแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดี กล่าวคือ ต้องมุ่งเน้นให้ผู้ตั้งใจเลิกดื่มสุราได้ตระหนักและเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้และมีความคาดหวังในผลการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลลัพธ์ชัดเจน⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ประกอบกับหากมีการเสริมสร้างแรงจูงใจ นักดื่มจะมีความตั้งใจในการหยุดดื่มและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความตั้งใจ โดยที่ความตั้งใจนั้นถือเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม กล่าวคือบุคคลที่มีความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเฉพาะบุคคลใดที่ยังมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นให้ดีขึ้น⁽¹²⁾

กล่าวโดยสรุปข้อค้นพบสำคัญที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มคนหัวใจเพชรที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถเลิกดื่มสุราได้ถาวร เกิดจาก การที่ผู้ดื่มสุรามองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหากยังดื่มต่อเนื่อง มีทัศนคติที่ดีต่อการเลิกดื่ม มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกดื่มได้ชัดเจน ประกอบกับการที่ครอบครัวมีความเข้าใจ ช่วยดูแลสนับสนุนให้กำลังใจ คนหัวใจเพชร เพื่อให้มีแรงจูงใจที่ต่อเนื่อง การได้รับคำชื่นชม ยกย่อง การได้รับการช่วยเหลือ แบ่งปัน รวมทั้งห่วงใยซึ่งกันและกัน⁽¹³⁾ การได้รับข้อมูลด้านการสร้างความตระหนักเลิกดื่มสุรา การได้รับการยอมรับและการได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคม จะทำให้ผู้ดื่มเกิดการตัดสินใจไปสู่การลงมือปฏิบัติเพื่อปรับพฤติกรรมเลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร ในที่สุด ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ มีดังนี้ 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำคู่มือแนวทางการช่วยเหลือ ออกแบบกระบวนการสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนและ กิจกรรมสำคัญของครอบครัวเพื่อสนับสนุน

ผู้ที่ต้องการเลิกดื่ม 2) การวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่จูงใจและสนับสนุนให้คนหัวใจเพชรเลิกดื่มได้ถาวร ที่สำคัญมากที่สุดมี 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยระดับบุคคล และ ปัจจัยระหว่างบุคคล โดยเฉพาะครอบครัวช่วยดูแลสนับสนุน กำลังใจและการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว รวมถึงการได้รับข้อมูลสร้างความตระหนัก เลิกดื่มสุรอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นควรนำข้อค้นพบนี้ไปกำหนดกระบวนการช่วยเลิกดื่มได้ และ 3) สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าภาคเหนือตอนล่าง ควรนำข้อค้นพบด้านปัจจัยระดับชุมชน ที่มีส่วนผลักดันให้คนหัวใจเพชรเลิกดื่ม คือ ได้รับการยอมรับจากสังคม ในชุมชนมองคนเลิกดื่มสุรได้สำเร็จ ในทางที่ดีขึ้น ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อเนื่อง มีดังนี้คือ 1) ควรขยายขอบเขตการวิจัยเรื่อง “เส้นทางจากนักดื่มสู่คนหัวใจเพชร(ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)” ให้ครอบคลุมพื้นที่ 10 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง 2) ควรยกระดับการวิจัยเพื่อหาคำตอบปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือสามารถทำนายประสิทธิผลของการเลิกดื่มสุร และ 3) ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนและการสนับสนุนของครอบครัวต่อการช่วยเลิกสุร

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์, รู้จักที่มา วันงดดื่มสุรแห่งชาติ.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 23 มิย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://shorturl.asia/IVDqH>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564. ISSN 1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. พิมพ์โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ; 2564: 9-10.
3. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q Winter. 1988; 15(4):351-77.
4. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีดื่มสุร. นนทบุรี:อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์. 2561: 9-16.
5. นุชนิ เอี่ยมสะอาด, ชมชื่น สมประเสริฐ, สุณีย์ เกียวแก้ว. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุร. วารสารการพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2560;31(2): 120-35.
6. อนันญา ติปานา, ลภัสรดา หนูคำ, ศุภางค์ วัฒนเสย. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของพนักงานห้างสรรพสินค้าในจังหวัดน่าน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2563; 28(1): 168-81.
7. ภาวดี โตท่าโรง, ประภา ลิ้มประสูติ, ชมนาด วรรณพรศิริ. ประสบการณ์การเลิกดื่มสุรอย่างถาวรของผู้เคยติดสุร.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2551; 2(2): 45-61.
8. กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์. การศึกษาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุร.นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา 2547.
9. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman. New York 1997.
10. นุชรินทร์ บัวละคร, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, สารรัตน์ วุฒิอาภา.ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรคร่วมจิตเภท และสุร. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19(ฉบับพิเศษ) : 423-32.
11. วิชาญ คิดเห็น, มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์, ทศนีย์ ศิลาวรรณ. การพัฒนาชุมชนสุขภาวะเพื่อลดการสูบบุหรี่

และดื่มสุราในเขตเทศบาลตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์
ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2563; 10(2) : 188-92.

12. ธีรพร บัวเหลือง, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส. ผลของโปรแกรมเสริมสร้าง
แรงใจ ต่อความตั้งใจในการหยุดดื่ม และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มชายแบบเสี่ยง. วารสารพยาบาล
ทหารบก. 2561 ; 19(ฉบับพิเศษ) : 119-28.

13. เบญจพร พัฒนาการ, สมจิต แดนสีแก้ว, เกศินี สราญฤทธิชัย. การจัดการพยาบาลรายกรณีสำหรับ
บุคคล ที่ ต้องการบำบัดสุราในชุมชน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2561;
31(2) : 144-46.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ พนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

The Health Literacy and Behaviors to Prevent Coronavirus Disease 2019 among the Deliverymen in Amphoe Muang, Nahkon Sawan Province

ศศิกันต์ มาลากิจสกุล

Sasigan Malakitsakul

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3
จังหวัดนครสวรรค์

Office of Disease Prevention & Control 3,
Nakhon Sawan Province

Received: August 19, 2022 | Revised: August 08, 2023 | Accepted: August 09, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานส่งสินค้าและอาหาร อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ประชากรเป็นพนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ที่มารับบริการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน 2564 ที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 955 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซ์และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับพอเพียง (ร้อยละ 87.77) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.78) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางบวกพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานส่งสินค้าและอาหาร อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.787$, $p\text{-value} < 0.001$) ควรสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นการยกระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับพนักงานส่งสินค้าและอาหาร อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ให้ได้ตามเกณฑ์ที่จะสามารถป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และลดโอกาสการแพร่กระจายของเชื้อไปสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้

ติดต่อผู้พิมพ์: ศศิกันต์ มาลากิจสกุล

อีเมล: tanha_klub@hotmail.com

Abstract

This descriptive research aimed to study health literacy associated with Coronavirus Disease 2019 prevention behaviors among Deliverymen in Amphoe Muang Nakhon Sawan. The population in this study consisted of 955 Deliverymen in Amphoe Muang Nakhon Sawan, they used the service of PCR Test for Coronavirus Disease 2019 on 1–30 June 2021 at The Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan. Participants were 300 sample size calculated by Kejcic and Morgan table and selected by simple random sampling. Data were collected by questionnaires which consisted of 3 parts including, characteristics, health literacy and Coronavirus Disease 2019 preventing and controlling behavior. In addition, to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and a tryout was done for testing reliability (Cronbach's coefficient $\alpha=0.87$). Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and Pearson product-moment correlation coefficient. The result of the study showed that health literacy had the mean score at a sufficient level (87.77%) and Coronavirus Disease 2019 prevention behaviors had the mean score at about half level (77.78%). When testing the association, the finding illustrated that health literacy had a significantly positive association with Coronavirus Disease 2019 among Deliverymen in Amphoe Muang Nakhon Sawan ($r=0.787$, $p\text{-value}<0.001$). We can build knowledge of health literacy skills together, also adopt self-care, and stop the spread of infection from oneself to family, community, and society.

Correspondence: Sasigan Malakitsakul

E-mail: tanha_klub@hotmail.com

คำสำคัญ

ความรู้ด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการป้องกันโรค

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Keywords

Health Literacy

Prevention Behaviors

Coronavirus Disease 2019

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในต่างประเทศ มีรายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลกรวม 218 ประเทศ และ 2 เขตบริหารพิเศษ 2 เรือสำราญ จำนวน 160,299,564 ราย รักษาหายแล้ว 138,040,518 ราย เสียชีวิต 3,330,990 ราย โดยประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 99 ของโลก และพบติดเชื้อใหม่ 1,983 ราย ติดเชื้อสะสมรวม 88,907 ราย หายป่วย 59,043 ราย กำลังรักษา 29,378 ราย เสียชีวิตสะสม 486 ราย⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำหรับประเทศไทยได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มคัดกรองอุณหภูมิผู้เดินทางที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563 พบผู้ป่วยรายแรกของไทยมีอาชีพขับรถแท็กซี่ ไม่มีประวัติไปต่างประเทศ แต่ขับรถ

ให้บริการผู้ป่วยชาวจีน หลังจากนั้นก็พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีพเสี่ยงสูง ได้แก่ พนักงานขับรถสาธารณะ มัคคุเทศก์ พนักงานขายของ เป็นต้น⁽²⁾ ประเทศไทยได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินภายใต้ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำหนดมาตรการและพื้นที่ควบคุม เช่น ห้ามใช้อาคารสถานศึกษาในพื้นที่ควบคุมสูงสุดให้จัดการเรียนออนไลน์ ห้ามจัดกิจกรรมเสี่ยงต่อการแพร่ให้อำนาจผู้ว่าราชการจังหวัดในการปิดสถานบริการและสถานที่เสี่ยง หลีกเลี่ยงการเดินทางข้ามจังหวัดและมีด่านตรวจ โดยเฉพาะให้มีการทำงานที่บ้าน (Work From Home) หรือลดจำนวนผู้ปฏิบัติงานลง⁽³⁾

อธิบดีกรมอนามัยแนะนำให้ประชาชนให้ทำงานที่บ้านหรือพยายามออกจากบ้านให้น้อยที่สุด เพื่อลดความเสี่ยงในการติดและแพร่ระบาดของเชื้อ ประชาชนจึงนิยมสั่งอาหารและสินค้าออนไลน์เพิ่มมากขึ้น ให้ผู้ประกอบการขนส่งมีการคัดกรองพนักงาน และผู้มาติดต่อหากพบว่ามีไข้ ไอ จาม จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรสชาติให้หยุดงาน และพบแพทย์ทันที สำหรับพนักงานส่งพัสดุให้สวมหน้ากากอนามัยปิดทั้งจมูกและปากตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน ล้างมือบ่อยๆ รักษาระยะห่างจากผู้อื่นในระยะ 1 เมตร สำหรับประชาชนผู้รับของควรสวมหน้ากากอนามัย และล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ ควรจ่ายค่าบริการโดยวิธี E-Payment หรือเตรียมเงินสดให้พอดีเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสเงินทอน จะช่วยให้ปลอดภัยและห่างไกลจาก COVID-19⁽⁴⁾ กรมควบคุมโรคขอความร่วมมือให้ประชาชนเคร่งครัดตามมาตรการ D-M-H-T-T-A อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ D คือ Distancing เว้นระยะห่าง หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น M คือ Mask wearing สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา H คือ Hand washing ล้างมือบ่อยๆ T คือ Testing ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการและตรวจหาเชื้อ COVID-19 และเมื่อกลับถึงบ้านต้องทำความสะอาดร่างกายทันที เพื่อลดโอกาสการนำเชื้อเข้ามาติดต่อกับผู้อื่นในครอบครัว⁽⁵⁾

จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตสุขภาพที่ 3 (1 เมษายน – 26 กันยายน 2564) ในพื้นที่จังหวัดที่รับผิดชอบ จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดชัยนาท จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดพิจิตร และจังหวัดอุทัยธานี มีผู้ป่วยสะสม 27,508 ราย ผู้เสียชีวิต 370 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.35 จาก ส่วนใหญ่เป็นการระบาดแบบกลุ่มก้อนภายในครอบครัวไปสู่ชุมชน พบบุคลากรสาธารณสุขติดเชื้อจากการให้บริการและจากภายนอก⁽⁶⁾ ทำให้มีการเร่งค้นหาเชิงรุกมากขึ้นตามร้านอาหาร บริษัทขนส่ง และสถานประกอบการต่างๆ และรัฐบาลจึงได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทำให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับมาตรการแต่ยังคงไว้ซึ่งความสะดวกสบายในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดกระแสนิยมการสั่งซื้อสินค้าและอาหารเพิ่มมากขึ้น พนักงานส่งสินค้าและอาหารจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อได้ หากพนักงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่พอเพียงอาจทำให้พนักงานส่งสินค้าและอาหารมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่ถูกต้องและมีโอกาสติดเชื้อและแพร่กระจายเป็นวงกว้าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งยังไม่เคยมีการสำรวจข้อมูลมาก่อนเพื่อนำมาใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและยกระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ได้มาตรฐานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขและยังช่วยลดการแพร่กระจายของโรคติดต่ออื่นๆ ได้อีกด้วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานส่งสินค้าและอาหาร อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยกำหนดตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทของสินค้า ความเสี่ยงของการได้รับเชื้อ และการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายละเอียดดังนี้

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้คือ 1) พนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ หมายถึง ผู้ที่ประกอบอาชีพให้บริการจัดส่งส่งสินค้า พัสดุภัณฑ์ และอาหาร ทั้งในสังกัดหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ เอกชน หรือ ประกอบธุรกิจส่วนตัว ตามความต้องการของผู้บริโภค และชำระค่าบริการตามที่ตกลงกันไว้ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์แมน แกร็บฟู้ดฟู้ด แพนด้า เคอร์รี่เอ็กซ์เพรส เฟลชเอ็กซ์เพรส บริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด เป็นต้น ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และ 2) ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง การพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการสร้างพฤติกรรมการป้องกันการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตาม 5 องค์ประกอบของแบบจำลองเคเชฟ (K-shape) ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้⁽⁷⁾

ประชากรเป็นพนักงานส่งสินค้าและอาหาร อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ที่มารับบริการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน 2564 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 955 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกน⁽⁸⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่สามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากหมายเลขลำดับการส่งตรวจตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา 2019

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พัฒนามาจากสำนักสื่อสารความเสี่ยงโรคและพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค⁽⁹⁾ จัดทำเป็นแบบสอบถามออนไลน์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกในการตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทของการขนส่งสินค้า การติดเชื้อในครอบครัว ความเสี่ยง และการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง จำนวน 2 ข้อ ทักษะการสร้างความเข้าใจ จำนวน 2 ข้อ ทักษะการไต่ถาม จำนวน 2 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 2 ข้อ ทักษะการนำไปใช้

จำนวน 2 ข้อ คำถามเป็นแบบประมาณค่า คือ ทำได้ง่ายมาก = 4 คะแนน ทำได้ง่าย = 3 คะแนน ทำได้ยากมาก = 2 คะแนน ทำได้ยากมาก = 1 คะแนน และไม่เคยทำ = 0 คะแนน การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับไม่พอเพียง น้อยกว่าร้อยละ 60.00 ระดับมีปัญหา อยู่ในช่วง 60.00–74.90 ระดับพอเพียง อยู่ในช่วง 75.00–89.90 และระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 90.00 ขึ้นไป และ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 8 ข้อ คำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ ประจำ = 4 คะแนน บ่อยครั้ง = 3 คะแนน บางครั้ง = 2 คะแนน นานๆ ครั้ง = 1 คะแนน และไม่เคยทำ = 0 คะแนน ได้แก่ สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ ล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์หลังหยิบจับสิ่งของ ไม่อยู่ในพื้นที่แออัด/ที่ชุมชน/งานคอนเสิร์ต เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1–2 เมตร ปิดปากปิดจมูกทุกครั้งด้วยกระดาษทิชชู/ผ้าเช็ดหน้าทุกครั้งเมื่อไอจาม ลดระยะเวลา/หลีกเลี่ยงการอยู่ในพื้นที่เสี่ยง หยุดเรียนหรือหยุดทำงานเมื่อป่วย หรือมีอาการหวัด ไม่ใกล้ชิดหรือสัมผัสผู้ป่วย การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย น้อยกว่าร้อยละ 60.00 ระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 60.00–79.00 และระดับมาก ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป⁽¹⁰⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content validity) มีค่าตั้งแต่ 0.60–1.00⁽¹¹⁾ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านโรคและภัยสุขภาพ จำนวน 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 1 คน ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91 นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้สุ่มในวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ใช้หลักเอกลัทธิ คือ ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจและสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และใช้หลักไม่ทำให้เกิดอันตราย คือ ไม่ระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างและรักษาข้อมูลเป็นความลับ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอตามวัตถุประสงค์ 4 ประเด็นดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.8 อายุระหว่าง 25–44 ปี ร้อยละ 68.4 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.4 ส่งอาหาร ร้อยละ 55.8 สมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 6.0 คิดว่าตนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 47.5 และเคยตรวจ ร้อยละ 15.9

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 87.77 ($\bar{x}$ = 3.65, S.D. = 0.51) ทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ทักษะการนำไปใช้อยู่ในระดับดีเยี่ยม คะแนนเฉลี่ยร้อยละ

97.31 ($\bar{x}$ = 4.17, S.D. = 0.52) รองลงมา คือ ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีเยี่ยม คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 94.62 ($\bar{x}$ = 4.02, S.D. = 0.37) ทักษะการสร้างความเข้าใจอยู่ในระดับพอเพียง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 86.60 ($\bar{x}$ = 3.60, S.D. = 0.78) ทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับพอเพียง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 81.01 ($\bar{x}$ = 3.26, S.D. = 0.42) และทักษะการไต่ถามอยู่ในระดับพอเพียง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 79.30 ($\bar{x}$ = 3.21, S.D. = 0.46) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานส่งสินค้าและอาหาร อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ (n=300)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล (ระดับ)
ทักษะการเข้าถึง	81.01	3.26	0.42	พอเพียง
ทักษะการสร้างความเข้าใจ	86.60	3.60	0.78	พอเพียง
ทักษะการไต่ถาม	79.30	3.21	0.46	พอเพียง
ทักษะการตัดสินใจ	94.62	4.02	0.37	ดีเยี่ยม
ทักษะการนำไปใช้	97.31	4.17	0.52	ดีเยี่ยม
รวมเฉลี่ย	87.77	3.65	0.51	พอเพียง

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.42 ($\bar{x}$ = 3.19, S.D. = 0.56) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก คือ สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 96.01 ($\bar{x}$ = 4.15, S.D. = 0.54) รองลงมา ได้แก่ ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์หลังหยิบสิ่งของ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 88.52 ($\bar{x}$ = 3.67, S.D. = 0.63) และไม่อยู่ในพื้นที่แออัด/ที่ชุมนุม/งานคอนเสิร์ต คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 82.11 ($\bar{x}$ = 3.28, S.D. = 0.57) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ลดระยะเวลา/หลีกเลี่ยงการอยู่ในพื้นที่เสี่ยง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 76.12 ($\bar{x}$ = 3.11, S.D. = 0.71) ปิดปากปิดจมูกทุกครั้งด้วยกระดาษทิชชู/ผ้าเช็ดหน้าทุกครั้งเมื่อไอจาม คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 75.74 ($\bar{x}$ = 3.10, S.D. = 0.24) เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 74.23 ($\bar{x}$ = 3.02, S.D. = 0.55) และไม่ใกล้ชิดหรือสัมผัสผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 71.82 ($\bar{x}$ = 2.97, S.D. = 0.74) และพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย คือ หยุดเรียนหรือหยุดทำงานเมื่อป่วยหรือมีอาการหวัด คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 54.80 ($\bar{x}$ = 2.21, S.D. = 0.52) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

พฤติกรรมการป้องกัน	คะแนนเฉลี่ย(ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล(ระดับ)
สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง				
เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ	96.01	4.15	0.54	มาก
ล้างมือด้วยสบู่หรือเจล				
แอลกอฮอล์หลังหยิบสิ่งของ	88.52	3.67	0.63	มาก
ไม่อยู่ในพื้นที่แออัด	82.11	3.28	0.57	มาก
เว้นระยะห่างจากผู้อื่น $\leq 1-2$ เมตร	74.23	3.02	0.55	ปานกลาง
ไอจามปิดปากปิดจมูกด้วย				
กระดาษทิชชู/ผ้าเช็ดหน้าทุกครั้ง	75.74	3.10	0.24	ปานกลาง
ลดระยะเวลา/หลีกเลี่ยงในพื้นที่เสี่ยง	76.12	3.11	0.71	ปานกลาง
หยุดเรียนหรือหยุดทำงานเมื่อป่วย				
หรือมีอาการหวัด	54.80	2.21	0.52	น้อย
ไม่ใกล้ชิดหรือสัมผัสผู้ป่วย	71.82	2.97	0.74	ปานกลาง
รวม	77.42	3.19	0.56	ปานกลาง

4. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพแยกรายทักษะ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อแยกเป็นรายทักษะ พบว่า ทักษะการเข้าถึง ($r = 0.647$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะการสร้างความเข้าใจ ($r = 0.658$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจ ($r = 0.695$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะการนำไปใช้ ($r = 0.702$, $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพแยกรายทักษะ กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ของกลุ่มตัวอย่าง(n=300)

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019			
	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)	S.D.	r	ระดับความสัมพันธ์
ทักษะการเข้าถึง	81.01	0.42	0.647***	ทางบวก
ทักษะการสร้างความเข้าใจ	86.60	0.78	0.658 ***	ทางบวก
ทักษะการไต่ถาม	79.30	0.46	0.174	ไม่มีความสัมพันธ์
ทักษะการตัดสินใจ	94.62	0.37	0.695***	ทางบวก
ทักษะการนำไปใช้	97.31	0.52	0.702***	ทางบวก
ภาพรวม	87.77	0.51	0.811***	ทางบวก

***p-value < 0.001

วิจารณ์

พนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.8 สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมบัติ พรหมณี⁽¹²⁾ เรื่องความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมตามแนวปฏิบัติ ด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานส่งอาหารในจังหวัด นครนายก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.2 และพนักงานส่งสินค้าและอาหาร อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-44 ปี ร้อยละ 68.4 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชเนศ ลักษณะพันธ์ภักดี⁽¹³⁾ เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสั่งอาหารแบบเดลิเวอรี่ผ่านสื่อ อิเล็กทรอนิกส์ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 88.4 อาจเป็นเพราะช่วงอายุดังกล่าวจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งมีความต้องการความมั่นคงทางการเงินให้กับ ตนเองและครอบครัวให้เพียงพอกับรายจ่าย โดยเฉพาะในสถานการณ์การการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ที่ทำให้เศรษฐกิจหยุดชะงักลง และอาชีพนี้น่าจะเหมาะกับเป็นเพศชายมากกว่าเพราะเป็น อาชีพที่ต้องใช้ทักษะในการขับขี่ยานพาหนะให้ทันตามกำหนดเวลาของลูกค้าซึ่งมีผลต่อการประเมินความ พึงพอใจและโบนัสที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง

ความรู้ด้านสุขภาพของพนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์อยู่ใน ระดับพอเพียง คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 87.77 อาจเนื่องจากเป็นอาชีพที่ยังไม่มีหน่วยงานใดมาสร้างความ รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคนี้เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่องค์ ความรู้ยังไม่แพร่หลาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ บงกช โมระสกุล⁽¹⁴⁾ เรื่องความรู้และพฤติกรรมการ ป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรค ใหม่ไม่เคยได้รับความรู้มาก่อน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขต อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 77.42 สอดคล้องกับงานวิจัย ของ วิชัย เทียนถาวร, ณรงค์ ใจเที่ยง⁽¹⁵⁾ เรื่องความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียน มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปาน กลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับพอเพียง จึงส่งผลให้การปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคโควิด 19 ในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง จาก เหตุผลดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า ความรู้ด้าน สุขภาพเป็นความสามารถที่จะเข้าใจสุขภาพของตนเอง หากมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอแล้ว เมื่อ ได้รับข้อมูลข่าวสารก็สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลต่อ พฤติกรรมปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันโรค

ความรู้ด้านสุขภาพของพนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชลี จันทรินทร์การ⁽¹⁷⁾ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาล ตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยมก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากการใช้ข้อมูล ข่าวสาร การรู้เท่าทันสื่อ สามารถนำมาวิเคราะห์ ประเมินการตัดสินใจที่ถูกต้อง มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพน้อยกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำกว่า และสอดคล้องกับงานวิจัยของ รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ⁽¹⁸⁾ เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับความรู้และความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรองประเมินข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติต่อพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนตามบริบทของตนเอง

เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายทักษะพบว่า ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความรู้เข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ของพนักงานส่งสินค้าและอาหาร อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชัย เทียนถาวร, ณรงค์ ใจเที่ยง ที่ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการบอกต่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นการยกระดับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับพนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ให้เป็นไปตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข และมีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากพนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์เริ่มมีจำนวนมากขึ้น และประชาชนในจังหวัดนิยมใช้บริการ แต่ยังไม่มี การจัดแนวทางความปลอดภัยในการให้บริการส่งสินค้าและอาหารตามมาตรการทางสาธารณสุข จัดทำทะเบียนพนักงานและให้บริการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพถึงสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานส่งสินค้าและอาหารในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ของข้อมูลเพิ่มมากขึ้น และควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้มาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาโปรแกรมปฏิบัติงานของพนักงานส่งสินค้าและอาหารในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อพัฒนาศักยภาพของพนักงานให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>

2. กองโรคติดต่อทั่วไป. รวมแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/115092021061003_3910.pdf
3. สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: รัฐบาลไทย; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaigov.go.th>
4. กรมอนามัย. กรมอนามัยแนะคุมเข้ม ‘พนักงานรับส่งพัสดุ-สินค้า-อาหาร’ สร้างความเชื่อมั่นผู้ใช้บริการ[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/152782/>
5. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคขอความร่วมมือประชาชนเคร่งครัดมาตรการ D-M-H-T-T-อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 23 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news>
6. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT). รายงานเสนอผู้บริหารสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประจำสัปดาห์ที่ 38 (วันที่ 20-26 ก.ย. 2564). เมืองนครสวรรค์: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์; 2564.
7. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, จำเนียร ชุณหโสภาค. การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข. วารสารร่วมพฤษ. 2564; 32(2):193-220.
8. Krejcie RV, Morgan DW Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970: 607-10.
9. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951: 297-334.
10. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/upload/pu>
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น ; 2545.
12. สมบัติ พรหมณี. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมตามแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานส่งอาหาร (Food Delivery) ในจังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. 2565; 2(3):15-29.
13. เมธัส ศรีคำสุข, เทิดศักดิ์ ร่องวิริยะพานิช. ปัจจัยที่มีผลต่อสภาพการทำงานของพนักงานส่งอาหารกรณีศึกษาเขตบางซื่อ. ใน การประชุมวิชาการวิศวกรรมโยธาแห่งชาติ ครั้งที่ 28; วันที่ 24-26 พฤษภาคม 2566; โรงแรมภูเก็ตแกรนด์ รีสอร์ท แอนด์ สปา. จังหวัดภูเก็ต: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ จังหวัดกรุงเทพฯ; 2566. หน้า/TRL55-1-8.
14. บงกช โมระสกุล, พรศิริ พันธสี. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564; 15(37):179-95.

15. วิชัย เทียนถาวร, ณรงค์ ใจเที่ยง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564 ;4(2):126-37.
16. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000 ; 15 :259-67.
17. ประเวศ ชุ่มเกสรกุลกิจ, นรินทร์า ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, จักรกฤษณ์ พลราชม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564; 15(3):25-36.
18. รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอมะนัง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564; 8(1) :250-62.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วย เบาหวานที่คุมไม่ได้โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

Self-management and family participation in reducing blood sugar levels of uncontrolled diabetic patients at Sai Ngam Hospital Kamphaeng Phet Province

วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์

Weerasak Damrongpong

โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

Sai Ngam Hospital, Kamphaeng Phet Province

Received: June 7, 2023 | Revised: June 19, 2023 | Accepted: August 15, 2023

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 70 คน สุ่มอย่างอิสระกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม และโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา *Independent t-test* และ *Paired t-test* ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความรู้ในระดับสูง ทักษะคิด และพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง โดยด้านการจัดการกับความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง หลังได้รับ Intervention กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว สูงกว่า แต่ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ข้อเสนอแนะควรพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมบ้านในการจัดบริการและพัฒนาระบบบริการแบบมีส่วนร่วมในชุมชน และการติดตามผลการดำเนินงานการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม

ติดต่อผู้นิพนธ์: วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์

อีเมล: stgsaingam@gmail.com

Abstract

The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of self-management with family involvement in modifying self-care behaviors of diabetes patients who have poor glycemic control (measured by HbA1c levels). The study focuses on a sample group of diabetes patients with poor glycemic control at Sri-ngam Hospital in Kamphaeng Phet Province, totaling 70 individuals. They were randomly

divided into an experimental group and a control group, each consisting of 35 participants. The experimental group received a self-management promotion program with family involvement, while the control group received regular care. Research tools included questionnaires and programs aimed at promoting self-management and family involvement. Data analysis was performed using descriptive statistics, independent t-tests, and paired t-tests. The study found that the majority of participants in both the experimental and control groups were female, had high levels of knowledge, moderate attitudes, and self-care behaviors. Among these, stress management had the lowest average score, and family support was at a high level. After the intervention, the experimental group showed significant improvements in self-care behaviors and family support, as well as a statistically significant reduction in HbA1c levels ($p < 0.05$). No statistically significant differences were observed in the control group. Recommendations from the study suggest enhancing the capacity of home visiting teams for service provision, developing community-based participatory service systems, and establishing continuous monitoring of self-management progress and family involvement for diabetes patients with poor glycemic control. This support aims to enable patients to effectively manage their blood sugar levels.

Correspondence: Weerasak Damrongpong

E-mail: stgsaingam@gmail.com

คำสำคัญ	Keywords
การจัดการตนเอง	self-management
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	family participation
การลดระดับน้ำตาล	reduce sugar levels

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่รักษาไม่หายและต้องใช้เวลารักษาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะในร่างกายในระยะยาว เกิดการเสียหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด การรักษาเบาหวานมีจุดมุ่งหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประเทศไทยมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน โดยเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ FBS 70–110 mg/dl หรือ HbA1c < 6.5%, FBS 80–130 mg/dl หรือ HbA1c < 7% และ FBS 140–170 mg/dl หรือ HbA1c 7.0–8.0% สำหรับกลุ่มที่ต้องการควบคุมเข้มงวดมาก เข้มงวดและไม่เข้มงวด ตามลำดับ การปฏิบัติในการติดตามผลการรักษา ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและ/หรือหลังอาหารทุกครั้งที่พบแพทย์ตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การประเมินและตรวจหาโรคแทรกซ้อนเป็นระยะ ๆ เช่น การทำงานของไต ระดับ

ไขมัน และตรวจตาปีละ 1 ครั้ง⁽¹⁾ การติดตามผู้ป่วยระยะยาวเพื่อประเมินถึงภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาคือ ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c<7% ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50)

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานนอกจากการบริการดูแลรักษาโดยทีมบุคลากรทางการแพทย์แล้วยังมีองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้การรักษาบรรลุตามวัตถุประสงค์ก็คือความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การช้ยา การดูแลเท้าและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม Wagner และคณะ⁽²⁾ ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้การจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วม (ร่วมคิด ตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย และวางแผนร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์) ทั้งนี้ได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้พฤติกรรมควบคุมโรคที่ดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ มีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการรับประทานยา จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้⁽³⁾ โดย พบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁾ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ต่ำกว่าก่อนทดลอง และยังพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁾ และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซีลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ตามลำดับ⁽⁵⁾

ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 31,130, 32,411, 33,482, 35,254 คน (ร้อยละ 5.51, 5.95, 6.36, 6.78) เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 3.07, 3.38, 3.67, 3.97⁽⁶⁾ มีแนวโน้มสูงขึ้นและส่งผลให้ผู้สูงอายุสูงมากขึ้นเช่นกัน สถานการณ์โรคเบาหวาน โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร พบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 697 คน ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c $\geq$ 7%) จำนวน 408 คน (ร้อยละ 58.54) และในกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 307 คน (ร้อยละ 75.24)⁽⁷⁾ ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัย สนใจที่จะทำการศึกษา เพื่อที่จะหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมดูแลตนเองเป็นไปตามเป้าหมายจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งลดความพิการและการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในที่สุด

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pre-Posttest design) กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการดูแลตามปกติ มีระยะเวลาในการใส่ Intervention จำนวน 12 สัปดาห์

ประชากร การวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 408 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้ทั้งเพศชายและหญิง ที่

สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ 2) เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างเดียว และมีผลระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c>7%) 3) เป็นบุคคลที่สามารถสื่อสาร อ่านเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีความบกพร่องทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด 4) ผู้ป่วยและครอบครัว สัมผัสใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of Test) = 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และขนาดอิทธิพล Effect Size = 0.70⁽⁸⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 35 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้ 1) สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการจับสลากวันที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร 2) คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก สุ่มเลือกออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 35 คน โดยกำหนดให้มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคตับ อัมพาตของแขนขา ถูกตัดแขนหรือขาหรือการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ตอนดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และโรคประจำตัวอื่น ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ 0 คะแนน แปลผลระดับความรู้จากร้อยละของคะแนนเต็ม⁽⁹⁾ ดังนี้ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มีความรู้สูง, ร้อยละ 60–79 ความรู้ปานกลาง, และน้อยกว่าร้อยละ 60 ความรู้ต่ำ ตอนที่ 3 ทักษะการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ การแปลผลระดับทักษะการรับรู้ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกับส่วนที่ 2 การแบ่งเกณฑ์ที่ใช้ในการอธิบายระดับของตัวแปรจำแนกรายข้อใช้เกณฑ์การแบ่งระดับโดยวิธีอิงกลุ่ม (Norm reference)⁽⁹⁾ ตอนที่ 4 พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ระดับคือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย การแปลผลระดับพฤติกรรมใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์⁽¹⁰⁾ และ ตอนที่ 5 การสนับสนุนจากครอบครัวต่อผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ จำนวน 6 ด้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, และน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลการแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์⁽¹⁰⁾

การทดสอบเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีค่า Item of Objective Congruent: IOC เฉลี่ย 0.80 – 1.00 ความเชื่อมั่น (Reliability) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ในเขตอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 คน โดยค่าความ

เชื่อมั่นของแบบวัดความรู้วิธีของ KR-20 และ แบบวัดทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ วิธี Cronbach Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น α เท่ากับ 0.89, 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค⁽¹¹⁾ ใช้ระยะเวลา Intervention จำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินและการวางแผน 2) การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง 3) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และ 4) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติหลังสิ้นสุดการส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร หมายเลขโครงการ 66 02 01 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเสนอตามวัตถุประสงค์ เพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมดูแลตนเองเป็นไปตามเป้าหมายจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งลดความพิการและการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในที่สุด ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 63.9 ปี และ 63.2 ปี ตามลำดับ ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.5 kgs/m^2 ; 26.1 kgs/m^2) สถานภาพคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเก็บ ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.6 ปีและ 8.0 ปี ตามลำดับ น้ำตาลสะสม (HbA1c) กลุ่มทดลองเฉลี่ย 11.0% และกลุ่มเปรียบเทียบ 11.1% ตามลำดับ โรคร่วมอื่นพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานภาพรวม กลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง กลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้อยู่ในระดับสูงและปานกลางเท่ากัน ทั้งสองกลุ่มมีความรู้ที่น้อยที่สุดคือด้านการรับประทานอาหาร มีทัศนคติภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง เช่นเดียวกับในกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 48.6) และพบว่าทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียดต่ำที่สุด ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวพบว่าทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยได้รับการสนับสนุนสูงสุดของกลุ่มทดลอง คือด้านการรับประทานยา ($\bar{x} = 4.09$, $SD. = 0.818$) และกลุ่มเปรียบเทียบด้านการตรวจตามนัด ($\bar{x} = 4.26$, $SD. = 0.852$) ส่วนด้านที่ได้รับการสนับสนุนต่ำที่สุดทั้งสองกลุ่มคือด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.698$ และ $\bar{x} = 3.23$, $SD. = 1.003$) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	11.4	5	14.3
หญิง	31	88.6	30	85.7
อายุ (ปี)				
<60 ปี	12	34.3	14	40.0
60–69 ปี	14	40.0	12	34.3
70 ปี ขึ้นไป	9	25.7	9	25.7
		อายุเฉลี่ย 63.89 ปี SD.= 11.8	อายุเฉลี่ย 63.2 ปี SD.= 13.1	
ดัชนีมวลกาย				
<18.5 k–22.99 kgs/m ²	7	20.0	9	25.7
23.00–24.99 kgs/m ²	5	14.3	12	34.3
25.00–29.99 kgs/m ²	18	51.4	7	20.0
>30.00 kgs/m ²	5	14.3	7	20.0
		ดัชนีมวลการเฉลี่ย 26.5 kgs/m ² SD.= 4.066	ดัชนีมวลการเฉลี่ย 26.1 kgs/m ² SD.= 5.638	
สถานภาพ				
โสด	2	5.7	5	14.3
คู่	20	57.2	24	68.6
หม้าย	13	37.1	6	17.1
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	8.6	5	14.3
ประถมศึกษา	28	80.0	27	77.1
มัธยม	4	11.4	3	8.6
อาชีพหลัก				
เกษตรกร	16	45.7	21	60.0
ค้าขาย	4	11.4	2	5.8
	6	17.1	6	17.1
รับจ้าง	9	25.8	6	17.1
อื่น ๆ				
รายได้เฉลี่ย/เดือน				
<5000 บาท	23	65.7	26	74.3
≥5000 บาท	12	34.3	9	25.7
		รายได้เฉลี่ย 3,542.9 บาท, SD.= 2564.2	รายได้เฉลี่ย 4,471.4 บาท, SD.= 8429.1	
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	12	34.3	12	34.3
เพียงพอแต่ไม่มีเก็บ	20	57.1	21	60.0
มีเก็บทุกเดือน	3	8.6	2	5.7

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน				
≤10 ปี	29	82.9	19	54.3
>10 ปี	6	17.1	16	45.7
	ระยะเวลาเฉลี่ย 7.6 ปี, SD. 4.6		ระยะเวลาเฉลี่ย 8.0 ปี, SD. 6.3	
น้ำตาลสะสม (HbA1c)	11.0 %		11.1 %	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	7	20.0	8	22.9
มี	28	80.0	27	77.1
ระดับความรู้				
ต่ำ (< 9 คะแนน)	6	17.1	9	25.8
ปานกลาง (9 – 12 คะแนน)	12	34.3	13	37.1
สูง (13 – 15 คะแนน)	17	48.6	13	37.1
	ความรู้เฉลี่ย 10.7 คะแนน SD.=3.7		ความรู้เฉลี่ย 10.1 คะแนน SD.=3.1	
ระดับทัศนคติ				
ต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)	14	40.0	7	20.0
ปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน)	20	57.1	25	71.4
สูง (3.67– 5.00 คะแนน)	1	2.9	3	8.6
	ทัศนคติเฉลี่ย 31.1 คะแนน, SD.= 5.0		ทัศนคติเฉลี่ย 33.0 คะแนน, SD.= 4.3	
ระดับพฤติกรรม				
ต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)	3	8.6	3	8.6
ปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน)	16	45.7	15	42.8
สูง (3.67– 5.00 คะแนน)	16	45.7	17	48.6
	พฤติกรรมเฉลี่ย 121.3 คะแนน SD.=13.6		พฤติกรรมเฉลี่ย 122.6 คะแนน SD.=16.4	
ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว				
ต่ำ(1.00–2.33 คะแนน)	2	5.7	3	8.6
ปานกลาง(2.34–3.66 คะแนน)	16	45.7	15	42.8
สูง (3.67– 5.00 คะแนน)	17	48.6	17	48.6
	การสนับสนุนเฉลี่ย 23.1 คะแนน SD. 3.7		การสนับสนุนเฉลี่ย 22.9 คะแนน SD. 4.3	

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ เปรียบเทียบกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ก่อนดำเนินการ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น และ HbA1c มีน้ำตาลสะสมลดลง มีความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสม ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (n= 35)

ช่วงเวลา	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	df	t	95% CI	
						Lower	Upper
พฤติกรรม							
ก่อนดำเนินการ							
กลุ่มทดลอง	35	121.3	13.6	68	-0.372	-8.535	5.855
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	122.6	16.4				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสม ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (n= 35) (ต่อ)

ช่วงเวลา	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	df	t	95% CI	
						Lower	Upper
หลังดำเนินการ							
กลุ่มทดลอง	35	133.1	7.3	49	4.016***	5.641	16.939
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	121.8	14.9				
น้ำตาลสะสม (HbA1c)							
ก่อนดำเนินการ							
กลุ่มทดลอง	35	11.0	0.9	68	-0.493	-0.505	0.305
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	11.1	0.8				
หลังดำเนินการ							
กลุ่มทดลอง	35	10.7	0.9	68	-2.898**	-1.031	-0.190
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	11.3	0.8				

** p< 0.01 *** p< 0.001

กลุ่มทดลองเปรียบเทียบก่อน และหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร, ด้านการรับประทานยา, ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด พบว่าทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าว คือ พบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้าน ดีวก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-value<0.001 และ p< 0.01 ตามลำดับ ในขณะที่ HbA1c กลุ่มทดลองเปรียบเทียบก่อน และหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ามีค่าลดลง HbA1c แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-value<0.01 รายละเอียดนำเสนอตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ ก่อน กับ หลังดำเนินการในกลุ่มทดลอง (n= 35)

ปัจจัย	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	95% CI	
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		Upper	Lower
พฤติกรรมโดยรวม	121.3	13.6	133.1	7.3	-9.438***	-17.046	-6.553
ด้านการรับประทาน	30.7	4.9	35.8	1.9	-5.741***	-6.890	-3.309
อาหาร							
ด้านการรับประทานยา	34.7	6.6	38.5	2.1	-3.246***	-6.164	-1.436
ด้านการออกกำลังกาย	29.2	4.1	31.9	3.5	-2.963**	-4.518	-0.882
ด้านการจัดการกับ	26.7	3.4	29.6	2.7	-3.952***	-4.364	-1.436
ความเครียด							
น้ำตาลสะสม (HbA1c)	11.0	0.9	10.7	0.9	1.742	-0.055	0.824

** p< 0.01 *** p< 0.001

วิจารณ์

ผลของการศึกษาครั้งนี้พบว่า ก่อนดำเนินการ กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับสูงและปานกลางเท่ากัน ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่าทั้งสองกลุ่มมีทัศนคติภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวพบว่าทั้งสองกลุ่มได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าทั้งสองกลุ่มจะมีความรู้ที่น้อยที่สุดด้านการรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำในด้านการจัดการกับความเครียดและการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านการออกกำลังกายน้อย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานยังมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องถึงแม้จะมีคำแนะนำการทดสอบอยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่มก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ รูปร่างอ้วนถึงอ้วนมาก

การศึกษาระดับประถมศึกษา ทำงานหนักแต่มีรายได้ต่ำ ถึงแม้จะเพียงพอต่อการดำรงชีพแต่ไม่มีเก็บ และป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงมานานเกือบ 10 ปี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย แต่พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดในช่วงเวลาใกล้กำหนดนัด เนื่องจากมีความเชื่อว่าจะทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงใกล้เคียงต่อเป้าหมายของการรักษาได้ทันเวลาตามที่หมอนัด หมอจะได้ไม่บ่นหรือโกรธ และไม่ต้องปรับเพิ่มยา เป็นต้น และยังพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้-ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม การสนับสนุนจากครอบครัว และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนดำเนินการกิจกรรม ไม่พบความแตกต่าง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับคะแนนความรู้โรคเบาหวานและด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาในทุกด้านใกล้เคียงกัน⁽¹²⁾ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนเข้าร่วมการวิจัย ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ กับกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง

ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะที่เหมือนกัน เมื่อเปรียบเทียบ 2 กลุ่มหลังดำเนินการ พบว่าคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$ และ $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ และพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีการติดตามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับงานวิจัยของวินัส สาระจรัส, และแอนนา สุมะโน⁽⁵⁾ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือการจัดการตนเองดีกว่าและค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่าการศึกษาของ ธมกร โพธิ์รุฑ, สุมิตรา พรานพาน และกวิสรา สงเคราะห์⁽⁴⁾ และอภิชาติ กตะศิลา, สุกัญญา สีทองดี และประเสริฐ ประสมรักษ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง การสร้างเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ในกลุ่มทดลองหลังดำเนินการทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือการจัดการตนเองดีกว่า และค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มทดลอง การเปรียบเทียบก่อน และหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและทุกด้าน มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยสำคัญของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว คือ การปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินผล (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) ที่เป็นกิจกรรมวันแรกที่กลุ่มทดลองได้รับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถบรรลุผลที่ได้ตั้งเป้าหมาย (Goal-setting) ไว้เพิ่มความมั่นใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถคิด ตัดสินใจ และวางแผนในการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ ตัวงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร⁽¹⁰⁾ ที่วิจัยโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าทักษะการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของทินกร ศรีตะวัน, กุลชญา ลอยหา, และสุภาพร ใจการุณ⁽¹⁵⁾ ที่วิจัยเรื่องรูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พฤติกรรมการไปพบแพทย์และป้องกันโรคแทรกซ้อน พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ยกเว้นพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์และความเครียด และพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลางการมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย พบว่าอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกันกับการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และสุนีย์ ละกัปัน⁽¹⁶⁾ เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีการติดตามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น นอกจากนั้นถ้ามีการกระตุ้นติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมาตามนัด การจัดการความเครียด รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัว โดยการใช้โทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้าน การให้บันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตั้งใจนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด⁽¹⁷⁾ และ

สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001⁽¹⁸⁾ มีค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบินเอวันซี ในการติดตามผลหลังดำเนินการใส่โปรแกรม 28 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนทดลอง⁽¹⁹⁾ แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้มีข้อเสนอแนะกับพยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม และควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน โดยจัดให้มีการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. 2560.
2. ชัยยา ท่าแดง, นิทรา กิจธีระวุฒิจิษ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563; 40(4):61–73.
3. ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และสุทธิพร มูลศาสตร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560; 9(1):105–16.
4. ธมกร โพธิ์รุฑ, สุมิตรา พรานพาน และกวิสรา สงเคราะห์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล เชียงกลาง จังหวัดน่าน. วารสารพยาบาล 2563; 69(2):11–20.
5. วินัส สาระจรัส, แอนนา สุ่มะโน. ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561; 1(3):13–26.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. HDC-Report กลุ่มรายงานมาตรฐานผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2561–2564. [อินเทอร์เน็ต] 2565. [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงจาก: https://kpt.hdc.moph.go.th/hde/reports/page.php?cat_id=cf7d9da207c0f9a7ee6c4fe3f09f67dd
7. โรงพยาบาลไทรงาม. ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานปีพ.ศ.2565. คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. 2565.
8. วชิรา สุทธิธรรม, ยุวดี วิทย์พันธ์, สุรินทร์ กลัมพากร. ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแล

ตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล
ลานสกา. วารสารสภาการพยาบาล 2559; 31(1):19–31.

9. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall.
1977.

10. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning.
New York : McGraw–Hill. 1971.

11. Kanfer FH, Gaelick L. Self–management methods. In Kanfer FH and Goldstein
AP.(Eds.)Helping people Change (283–238). New York : Pergamon Press. 1988.

12. กนกวรรณ ตัวกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการ
จัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;
36(1): 66–83.

13. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล, สุนีย์ ละกำป็น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี
นครราชสีมา. 2562; 25(2): 87–103.

14. อภิชาติ กตะศิลา, สุกัญญา ลีทองดี และประเสริฐ ประสมรักษ์. ผลของโปรแกรมการใช้สมุดบันทึก
ทางคลินิกร่วมกับแรงสนับสนุนจากเพื่อนเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วารสารวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2560; 19(1):233– 43.

15. ทินกร ศรีตะวัน, กุลชญา ลอยหา, สุภาพร ใจการณ. รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในจังหวัดอุบลราชธานี.
วารสารศรีวนาลัยวิจัย. 2564; 11(1): 41–56.

16. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล, สุนีย์ ละกำป็น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี
นครราชสีมา. 2562; 25(2):87–103.

17. จันทร์สุดา สุดใจ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขามเฒ่า จังหวัดอำนาจเจริญ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามเฒ่า จังหวัด
อำนาจเจริญ. 2562.

18. พัชรพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, พรทิพย์ รัตนทรงธรรม. ผลของโปรแกรมการจัดการ
รายกรณีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;
31(2):1–10.

19. สุชาติ พวงจำปา, กาญจนา พิบูลย์, วัลลภ ใจดี, เกษม ใช้คล่องกิจ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการ
จัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวนก้าวเดิน และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารแพทยนาวิ. 2563; 47(2):275–300.