

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566



- 1.สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์
อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เสาวนีย์ ตีมูล และคณะ
- 2.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน
ของประชาชนอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย
ปติยาพร รูปทอง และคณะ
- 3.สถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค การคลอด และทารกแรกเกิด
เขตสุขภาพที่ 2 ปี 2564 เมธิกา ใหม่หลวงกาศ
- 4.ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทักษะที่จำเป็นของ
ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
นงนุช โอบะ และคณะ
- 5.การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในครอบครัว
เดียวกันอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พิพัฒน์ เคลือบวังและคณะ
- 6.ประสิทธิผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาล
ลับแล อำนาจ บุญเครือชูและคณะ
- 7.ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากร
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่
สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์
- 8.การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอ
สวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เดือนกันยายน 2565
กรรณิกา สงครามและคณะ
- 9.รูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัด
ฉะเชิงเทรา สมบัติ ทังทอง



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก ที่อยู่ : 306 หมู่ 5 ถนนพิษณุโลก-วัดโบสถ์
ตำบลหัวรอ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 โทรศัพท์ 0-5521-4615-7

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค นคร.2 พิษณุโลก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานควบคุมโรค
2. เพื่อเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อกลางการจัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งด้านสาธารณสุขทั่วไป
3. เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข

เจ้าของวารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกThe Office of Disease Prevention and Control Region 2

ที่ปรึกษา

น.พ.ศราวุธ อุตตมาภคพงศ์ อำนวยการฯ

ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น รองผู้อำนวยการฯ

บรรณาธิการ

ดร.ไพรัตน์ อ้นอินทร์

กองบรรณาธิการ

น.พ.พีริยะ วตะกุลสิน นายแพทย์ชำนาญการ

นางสาวทิพย์สุดา กองเนียม

กำหนดออกเผยแพร่ ปี ละ 3 ฉบับ (ส่งบทความล่วงหน้าก่อนตีพิมพ์ 3 เดือน)

ฉบับ ที่ 1 ม.ค.-เม.ย. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน ธ.ค.

ฉบับ ที่ 2 พ.ค.-ส.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน เม.ย

ฉบับ ที่ 3 ก.ย.-ธ.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือนส.ค.

เผยแพร่ทางช่องทางอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs>

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ดร.สุทิน อ่อนอุบล	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี
ผศ.ดร.ไพฑูรย์ สอนทน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
รศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อนุกุล มะโนทน	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.สมคิด จูหว่า	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.สุทธิชัย ศิรินวล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ดร.บุญเรือง คำศรี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร. นงนุช โอปะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จักรพันธ์ เพชรภูมิ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อภิชาติ วิทย์ตะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.สุทธิรัตน์ สิริศักดิ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. เสน่ห์ แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จิรโรจน์ ต่อสะสุกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. ภัทรพล มากมี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.เริงวิทย์ บุญโถม	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ. ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.กวินธร เสถียร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ชนันท์ กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
ดร.พนารัตน์ เจนจบ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธรักษา
ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธรักษา
นพ.วิทยา สวัสดิวิวัฒน์	นักวิชาการอิสระ
ดร.พงศ์พิชญ์ บุญดา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก
ผศ.ดร.ศิรินภา อายุฮิน	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
ดร.กุลรัตน์ บริรักษ์วัฒน์	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
ทพญ.ดร.สุภาพร แสงอ่วม	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.พิสิษฐ์ พูลประเสริฐ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ดร.สุทิน อ่อนอุบล	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี
ผศ.ดร.ไพฑูรย์ สอนทน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
รศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อนุกุล มะโนทน	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.สมคิด จูหว่า	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.สุทธิชัย ศิรินวล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร.สุพรรณันท์ สิริศักดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
ผศ.ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน
กองบรรณาธิการวิชาการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 1 ของปีที่ 10 มกราคม- เมษายน 2566 บทความทางวิชาการต่าง ๆ ที่มีคุณค่าของหลายๆท่านที่ได้รับการทบทวน ตีพิมพ์ และเผยแพร่ ถือเป็นส่วนสำคัญของวารสาร กองบรรณาธิการยินดีรับผลงานวิชาการของท่านเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

โดยบทความที่ได้รับการเผยแพร่ผ่านการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอ่านให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสม ก่อนลงตีพิมพ์ ซึ่งข้อความต่างๆ ที่ผู้เขียนบทความนำเสนอ ถือเป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยที่ปรากฏในวารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน ในการเสริมสร้างความรู้ และ ความเข้าใจ ตลอดจนได้ข้อค้นพบทางวิชาการใหม่ ๆ อำนวยประโยชน์ต่อท่านในการต่อยอดองค์ความรู้ โดยการดำเนินงานวิจัยสืบเนื่องของท่าน ต่อไป

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

ชื่อบทความ	ชื่อผู้แต่ง	หน้า
คำแนะนำสำหรับผู้เขียน		ข
1. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ = Situations of Zika virus infection in pregnant women, Laplae District, Uttaradit Province	เสาวนีย์ คีมูล ศศิมาภรณ์ ศิริมงคล พริมรดาพร สาคติ	1
2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชนอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย = Factors Affecting Household Infectious Waste Management Behaviors of People in Sawankhalok District, Sukhothai Province	ปิตยาพร รูปทอง ธีระวุธ ธรรมกุล พรสวัสดิ์ ศรีสวัสดิ์	11
3. สถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความรุนแรงของโรค การคลอด และทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 2 ปี 2564 = Situation of coronavirus disease 2019 in pregnant women and factors associated with disease severity, delivery and neonatal outcome in Health Region 2, 2021	เมทิกา ใหม่หลวงกาศ	26
4. ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว = The Health Services Needs of Dependent Older Adults and The Essential Skill of Older Adults Caregiver in Long-Term Care System	นนุช โอปะ สุวิทย์พร สีหอแก้ว อารียา นาคศิริ	41
5. การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในครอบครัวเดียวกันอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก = Outbreak Investigation of Coronavirus Disease 2019 Cases (COVID-19) from Contact in the same family, Mae Sot District, Tak Province.	พิพัฒน์ เคลือบวัง พนานต์พงศ์ ผัดอ่อนอ้าย	56

สารบัญ

ชื่อบทความ	ชื่อผู้แต่ง	หน้า
6. ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลับแล = The Effectiveness of the New Health Promoting Model for Diabetes Mellitus Patients, Laplae Hospital	อำนาจ บุญเครือชู	73
7. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่	สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์	92
8. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดสุโขทัย เดือนกันยายน 2565	กรรณิกา สงคราม, ภัททิมา แฉวหิว, สมจิตร บุญชัยยะ, บุญลอม หอมหวาน, นฤเกล้า จิตตะสังกะ, ณัฐกษิษฐ์ ยิ้มพ้วย	106
9. รูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา = Model for Control of Alcohol Drinking Prevention in Chachoengsao Province	สมบัติ ทั้งทอง	120

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานควบคุมโรค
2. เพื่อเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อกลางการจัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งด้านสาธารณสุขทั่วไป
3. เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข

เจ้าของวารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก The Office of Disease Prevention and Control Region 2

ที่ปรึกษา

น.พ.ศราวุธ อุดตมางคพงศ์ ผู้อำนวยการฯ

ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น รองผู้อำนวยการฯ

บรรณาธิการ

ดร.ไพรัตน์ อันอินทร์

กองบรรณาธิการ

น.พ.พีริยะ วตะกุลสิน นายแพทย์ชำนาญการ

นางสาวทิพย์สุดา กองเนียม

กำหนดออกเผยแพร่ ปี ละ 3 ฉบับ (ส่งบทความล่วงหน้าก่อนตีพิมพ์ 3 เดือน)

ฉบับ ที่ 1 ม.ค.-เม.ย. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน ธ.ค.

ฉบับ ที่ 2 พ.ค.-ส.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน เม.ย

ฉบับ ที่ 3 ก.ย.-ธ.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือนส.ค.

เผยแพร่ทางช่องทางอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs>

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ดร.สุทิน อ่อนอุบล	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี
ผศ.ดร.ไพฑูรย์ สอนทน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ผศ.ดร.อนุกุล มะโนทน	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.สมกิต จุหว่า	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ดร.บุญเรือง คำศรี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร. นงนุช โอปะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จักรพันธ์ เพชรภูมิ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อภิชาติ วิทย์ตะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์
ดร.พนารัตน์ เจนจบ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธรักษา
ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธรักษา
นพ.วิทยา สวัสดิ์วิมลพงศ์	นักวิชาการอิสระ
ดร.พงศ์พิษณุ บุญดา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดพิษณุโลก
ผศ.ดร.ศิริภา อายุเย็น	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
ดร. เสน่ห์ แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จิรโรจน์ ต่อสะสุกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. ภัทรพล มากมี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.เริงวิทย์ บุญโสม	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
ทพญ.ดร.สุภาพร แสงอ่วม	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.พิสิษฐ์ พูลประเสริฐ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
รศ. ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.กวินธร เสถียร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.สุทธรรศน์ สิทธิศักดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
รศ.ดร.สุทธิรัตน์ สิทธิศักดิ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการวิชาการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 ยินดีรับบทความวิจัย / สอบสวนโรค ที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค โรคติดต่อ โรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 จะต้องไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการรับพิจารณาเรื่องต้นฉบับตามลำดับก่อนหลังในระบบ ThaiJo

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร

1. เจ้าของบทความ ต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องตีพิมพ์ และต้องส่งเอกสารมายังกองบรรณาธิการ 1 ฉบับ ทางระบบ ThaiJo (<https://www.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs>) กองบรรณาธิการจะไม่รับพิมพ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง

2. กองบรรณาธิการพิจารณาเบื้องต้นว่าบทความอยู่ในขอบเขตของวารสารหรือไม่

3. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้องของบทความและตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมด้วยโปรแกรมอักษราวิสุทธิ แล้วจึงจัดส่งยังผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ (Peer Review) ในสาขาที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 2 ท่าน พิจารณาให้ความเห็นว่าควรรับลงตีพิมพ์หรือไม่ รวมทั้งอาจให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไข และจัดส่งผลการประเมินยังผู้เขียนบทความ โดยทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าของผลงานจะไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน (Double-blind peer review)

4. หลังจากเจ้าของบทความได้ปรับปรุงแก้ไข ส่งกลับมายังกองบรรณาธิการพร้อมคำชี้แจงการปรับปรุงแก้ไขแล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาในขั้นสุดท้าย ว่ามีการปรับปรุงแก้ไขครบถ้วนตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิหรือไม่ กรณีไม่ครบถ้วนจะมีการแจ้งกลับยังผู้เขียนเพื่อปรับปรุงเพิ่มเติมอีกครั้งหรืออาจปฏิเสธการตีพิมพ์

5. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และพิสูจน์อักษร ก่อนจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสาร

6. กองบรรณาธิการจัดส่งวารสาร ดำเนินการเผยแพร่

7. การขอใบรับรองการตีพิมพ์จะต้อง ผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ ในขั้นตอนที่ 1-4 จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ว่าปี ละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. ตีพิมพ์ สมบูรณ์ เดือน พ.ค., ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พ.ค.-ส.ค. ตีพิมพ์ สมบูรณ์ เดือน ก.ย. ,ฉบับที่ 3 ประจำเดือน ก.ย.-ธ.ค. ตีพิมพ์ สมบูรณ์ เดือน ม.ค. ***โดยผู้ที่ได้รับตีพิมพ์คือผู้ที่แก้ไขบทความเสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนด

การเตรียมต้นฉบับ เอกสารดังQR code แนบ shorturl.asia/ObXKD



คลิปสอนการส่งบทความ

<https://youtu.be/q5JCLrfueIY>



2.บทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 2 ประเภท

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นบทความรายงานผลการวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทย และอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปผลและวิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 14 หน้าพิมพ์ผลการตรวจสอบ plagiarism คัดลอกไม่เกิน 24 เปอร์เซ็นต์ **มีวัตถุประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรค และอ้างอิงเนื้อหาในวารสาร สคร.2 อย่างน้อย 1 เรื่อง**

การสอบสวนโรค (Outbreak investigation) เป็นรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา บทคัดย่อภาษาไทย นำเสนอข้อคิดเห็นแก่ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นองค์ความรู้และแนวทางในการสอบสวนโรค ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค กิจกรรมการควบคุมป้องกันโรค ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค วิจารณ์ สรุปเอกสารอ้างอิง **อ้างอิงเนื้อหาในวารสาร สคร.2 อย่างน้อย 1 เรื่อง**

3. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ เอกสารดังQR code แบน shorturl.asia/ObXKD

การเตรียมบทความ ให้เจ้าของผลงานพิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16 ใน Microsoft Word 97-2003 ขึ้นไป ใส่กระดาษหน้าเดียวลงบนกระดาษขนาด A4 ตั้งขอบกระดาษทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร จำนวนหน้าโดยรวมทั้งหมด ไม่เกิน 14 หน้าตามคำแนะนำเพิ่มเติมดังนี้

ชื่อเรื่อง อ่านเข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 18

ชื่อผู้นิพนธ์และที่อยู่ผู้นิพนธ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เขียนชื่อ นามสกุล ตัวอยู่โดด การศึกษาสูงสุด พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16

บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถ อ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) Abstract **วิธีการเขียนไวยากรณ์**
<https://bit.ly/2IT7Hx1>

บทความนี้ใช้ภาษาอังกฤษ ถูกต้องตามไวยากรณ์ ผู้ส่งบทความสามารถเริ่มต้นการเขียนบทความโดยให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บทนำ/ความสำคัญและความเป็นมา Background information ใช้ present simple tense/present perfect tense) วัตถุประสงค์ วัสดุ กลุ่มตัวอย่าง Objectives ใช้ present simple tense/past simple tense วิธีการศึกษา Methodology ใช้ past simple tense ผลการศึกษา Results past simple tense/present simple tense และบทสรุปหรือข้อเสนอแนะ Conclusions (อย่างย่อ) present simple tense/tentative verbs/modal ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทความ ห้ามใส่รูปหรือตารางในส่วนของบริษัทชื่อนี้บทความนี้

คำสำคัญ ควรเป็นคำที่สื่อถึงงานวิจัย เพื่อให้ผู้ที่สนใจในบทความสามารถสืบค้น ผลงานวิจัย 3-5 คำ ค้นด้วยจุลภาค (,) เช่น รูปแบบบทความ, ขนาดตัวอักษร, รูปแบบตัวอักษร

3. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

1. บทนำ การย่อหน้าข้อความทั่วไป เว้นจากเส้นขอบหน้า 1.50 เซนติเมตร อธิบายความสำคัญของปัญหา ผลการวิจัยจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปมาบ้างแล้ว วัตถุประสงค์ สมมติฐาน(ถ้ามี) และขอบเขตการวิจัย จำนวนไม่เกิน 14 หน้า **ต้องมีการอ้างอิงบทความในวารสาร สคร.2อย่างน้อย 1 เรื่อง**

2. วิธีการ ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ **มีวัตถุประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรค**

3. ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล อธิบายข้อค้นพบ แปลผลจากการวิเคราะห์ มุ่งเน้นตามวัตถุประสงค์ อาจมีตาราง ภาพประกอบตามความจำเป็น ไม่เกิน 4-6 ตารางหรือภาพ รูปภาพทั้งหมดควรมองเห็นชัดเจนเมื่อบทความถูกพิมพ์ด้วยเครื่องพิมพ์ขาวดำ

1.1 ภาษาให้ใช้ภาษาไทย อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้เฉพาะที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรม ฯ โดยใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นเป็นชื่อเฉพาะที่ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

1.2 ตัวเลข กรณีการเขียนค่าสถิติร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1-2 ตำแหน่ง

1.3 การพิมพ์หัวข้อ

พิมพ์หัวข้อใหญ่ที่นี่

พิมพ์หัวข้อย่อยที่นี่ โดยมีเลขกำกับหัวข้อหรือไม่ก็ได้

หัวข้อย่อย ในกรณีที่หัวข้อรองมีเลขกำกับหัวข้อ หัวข้อย่อยให้เริ่มหัวข้อหรือเลขกำกับหัวข้อที่อักษรตัวแรกของหัวข้อรอง ดังนี้ (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

1. ✓✓

1.1 ✓✓

1.1.1 ✓✓

1.4 ตารางและรูปภาพ ให้พิมพ์รวมในเนื้อหาบทความ และให้มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ซ้ำซ้อนหรือมากเกินไปจนทำให้เนื้อหาสาระคลุมเครือ ระบุหมายเลขกำกับ มีชื่อตารางและชื่อรูปภาพ โดยสามารถเชื่อมโยงกับเนื้อหาให้ตรวจสอบได้สะดวก

1.4.1 รูปภาพ

จะต้องวางไว้ตำแหน่งกลางคอลัมน์ หรือในกรณีจำเป็นจริงๆ เพื่อรักษารายละเอียดในภาพอาจยอมให้มีความกว้างได้เต็มหน้ากระดาษ ตัวอักษรทั้งหมดในรูปภาพ จะต้องมีความสูง 16 จุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถอ่านได้สะดวก โดยรูปภาพทุกรูปจะต้องมีหมายเลขแสดงลำดับและคำบรรยายได้ภาพ หมายเลขและคำบรรยายรวมกันแล้วควรจะมีขนาดไม่เกิน 2 บรรทัด ควรจะเว้นบรรทัด 1 บรรทัด เหนือขอบของรูปภาพและใต้คำอธิบายภาพ ตัวอย่างการจัดวางรูปดังแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 นักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นเข้าร่วมการ

ประชุมวิชาการ

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

กรณีชื่อภาพมีความยาวมากกว่า 1 บรรทัด อักษรตัวแรกในบรรทัดต่อไป ให้วางตรงกับอักษรตัวแรกของชื่อภาพ ส่วนของการแสดงภาพให้เว้นบรรทัด 1.5 จากข้อความส่วนบนและส่วนล่าง

1.4.2 การเขียนสมการ

สมการทุกสมการต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ในวงเล็บ และเรียงลำดับที่ถูกต้อง ตำแหน่งของหมายเลขสมการต้องอยู่ชิดขอบด้านขวาของคอลัมน์ ดังตัวอย่างนี้

$$a + b = c \quad (1)$$

MERGEFORMAT เริ่มเขียนคำอธิบายตั้งแต่บรรทัดนี้

3.3 การจัดทำตาราง

ตารางควรมีจำนวนไม่เกิน 4-5 ตาราง ทุกตารางจะต้องมีหมายเลข และคำบรรยายกำกับเหนือตาราง และคำอธิบายเพิ่มเติมให้เขียนเป็น footnote ใต้ตาราง เช่น

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

โดยปกติให้ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 pt โดยพิมพ์ตัวหนาสำหรับหัวข้อและหมายเลขของตาราง และตัวพิมพ์ธรรมดาสำหรับคำอธิบายตาราง ถ้ามีข้อมูลฟุตโน้ตด้านล่างของตารางให้ใช้ตัวหนังสือเป็นแบบเดียวกันหากแต่ขนาดตัวอักษรเป็น 16 pt

ในกรณีที่จำนวนข้อมูลในตารางมีปริมาณน้อย ตารางควรมีขนาดความกว้างไม่เกิน 7 ซม. ตารางขนาดใหญ่อาจยอมให้มีความกว้างได้ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ

หากเกิน 1 หน้ากระดาษ ให้ พิมพ์ตารางที่ 1(ต่อ)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

ใส่ตารางทั้งหมดไว้หลังหัวข้อรูปภาพ โดยทุกตารางที่ใส่ไว้ท้ายบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างในเนื้อหาบทความทุกตาราง

4.วิจารณ์

เขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานหรือไม่ สอดคล้องกับทฤษฎี หรืองานวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ผสมผสานกับข้อเสนอแนะทางวิชาการ

5.สรุป

เขียนสรุปเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาการวิจัย สรุปผลให้ตรงประเด็นตามคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

6.กิตติกรรมประกาศ

เขียนขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัย ด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

7.บทสรุป

ผู้เขียนบทความกรุณาตรวจบทความอย่างรอบคอบ ก่อนส่งให้กรรมการพิจารณา จะทำให้บทความของท่านมีคุณภาพสูงและผ่านการพิจารณาได้ง่ายขึ้น

8.กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้ความร่วมมือรักษาระเบียบการเขียนบทความอย่างเคร่งครัด

*** การพิสูจน์อักษร เจ้าของผลงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้อง

9. รูปแบบการเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

9.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

เอกสารอ้างอิงต้องมีภาษาอังกฤษ(reference)ประกอบ ใช้ระบบThe Vancouver style 2008 ขึ้นไป โปรดอ้างอิงวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลกฉบับก่อนๆในเนื้อหาที่ท่านทำวิจัยอยู่ จักขอบคุณยิ่งเพราะช่วยให้วารสารเป็นที่รู้จักเป็นประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขไทย และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก⁽¹⁾ หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของบทความที่อ้างถึง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ สอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบทความและควรเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น

9.2 เอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษให้เรียงตามลำดับโดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย, หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า“et al.” (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

1.การอ้างอิงจากวารสาร

หมายเลข.✓ชื่อผู้แต่ง (Author).✓ชื่อบทความ (Title of the article).✓ชื่อวารสาร (Title of the Journal)ปีพิมพ์ (Year);✓เล่มที่ของวารสาร (Volume):✓หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

1.1 บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.วิทยา สวัสดิภูมิพงษ์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-26.

2.Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, Children household contacts of adult with AIDS, JAMA 1987; 257: 640-644

1.2 บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author) ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

1. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the WHO Western Pacific Region. *Commun Dis Intell* 2002; 26:541-5.
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัย และ แนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ ทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. *แพทยสภาสาร* 2538; 24: 190-204.

1.3 บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

4. Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. *N Engl J Med* 2009; 360: 2302-9.

2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

2.1 การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

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

2.1.1 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

1. รังสรรค์ ปัญญาญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

2.1.2 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.1.3 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

3. Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington: The Institute; 1992.

2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้พิมพ์. ✓ ชื่อเรื่องใน. ✓ ใน: ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อหนังสือ. ✓ ครั้งที่พิมพ์. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ สำนักพิมพ์; ✓ ปีที่พิมพ์. ✓ หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, บรรณาธิการ. *กุมารเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2550. หน้า 424-7.

2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology-logy, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. pp. 465-78.

3. รายงานการประชุม/สัมมนา

หมายเลข.✓ ชื่อบรรณาธิการ,✓ บรรณาธิการ.✓ ชื่อเรื่อง.✓ ชื่อการประชุม;✓ วัน เดือน ปีประชุม;✓ สถานที่จัดประชุม.✓ เมืองที่พิมพ์;✓ สำนักพิมพ์;✓ ปีที่พิมพ์.

1. อนุพันธ์ สุขขุติกุล, งามจิตต์ จันทราชาติ, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2551; ณ โรงแรมโป๊ปเป็ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2551.
2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.1 บทความในการประชุมสัมมนา (Conference paper)

หมายเลข.✓ ชื่อผู้รายงาน.✓ ชื่อบทความ.✓ ใน: ชื่อบรรณาธิการ,✓ บรรณาธิการ.✓ ชื่อการประชุม;ครั้งที่ประชุม.✓ วันเดือนปี หรือปีเดือนวัน พร้อมรายละเอียดอื่นๆ (ถ้ามี); สถานที่ประชุม;✓ ผู้รับผิดชอบในการพิมพ์; ปีที่พิมพ์.✓ หน้า.

1. พิทักษ์ พุทธวรชัย, กิตติ บุญเลิศนิรันดร์, ทนงศักดิ์ มณีวรรณ, พงาม เดชคำรณ, นภา ชันสุภา.การใช้เอทีฟอน กระตุ้นการสุกของพริก. ใน: เอกสารการประชุมสัมมนาทางวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 15 สถาบันวิจัยและพัฒนา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล; 2541. หน้า 142-9.
2. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for enetic Programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. Pp.182-91.

4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

หมายเลข.✓ชื่อผู้สนับสนุน.✓ชื่อเรื่อง.✓เมืองที่พิมพ์: ✓หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน;✓ปีที่พิมพ์.✓เลขที่
รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัยการพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ ในระบบ
สาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.
2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays.
Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and
Inspections; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

5.วิทยานิพนธ์

หมายเลข.✓ชื่อผู้สนับสนุน.✓ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา).✓ภาควิชา คณะ.✓เมือง: มหาวิทยาลัย;✓ปีที่ได้
ปริญญา.

1. ชมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลใน
เขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต).
ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.
2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care:
the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washing- ton Univ.; 1995.

6. สิ่งพิมพ์อื่นๆ

6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

หมายเลข.✓ชื่อผู้เขียน.✓ชื่อเรื่อง.✓ชื่อหนังสือพิมพ์ วัน เดือนปีที่พิมพ์;✓ส่วนที่:✓เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ ๓๐ สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).
2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The
Washington Post 1996 Jun 21; Sect.A:3 (col.5).

6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเรื่องสำอว 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษา
เล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).
2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์ ; 2538. หน้า 555.
2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

7. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ Web based / online Databases

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อบทความ (Title of the article) ✓ [ประเภทของสื่อ]. ✓ ปี พิมพ์ ✓ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. ✓ เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

1. Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: [http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick-Interpretation/dp/3540777717](http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick-Interpretation/dp/3540777717#reader_3540777717)
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงใน เอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>
- 7.1. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง
 1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: URL: <http://rarediseases.org/>

7.2 บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อบทความ (Title of the article). ✓ ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ✓ [ประเภทของสื่อ]. ✓ ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ✓ ปีที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ✓ เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

1. 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>
2. วันดี สันติวุฒิเมธี. การแพทย์พาณิชย์ อาชญากรที่มองไม่เห็น. สารคดี [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2556]; 188-9 เข้าถึงได้จาก: <http://www.sarakadee.com/feature/2000/10/doctor.htm>

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

เสาวนีย์ ติมูล ประ.ด. (ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)¹, ศศิมาภรณ์ ศิริมงคล วท.บ. (สาธารณสุข)¹

พริมรดาพร สาดสี ศ.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)²

1.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

วันที่รับบทความ (received) 27 ธันวาคม 2565,

วันแก้ไขบทความ (revised) 18 ธันวาคม 2565,

วันตอบรับบทความ (accepted) 26 ธันวาคม 2565

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสซิกา มีโอกาสพิการทางสมองและระบบประสาท และความผิดปกติทางด้านพัฒนาการ อำเภอลับแล เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาตั้งแต่เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อจำนวน 24 ราย มากที่สุดในจังหวัดอุตรดิตถ์ จึงสำรวจและเก็บตัวอย่างเลือด ปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ตามเกณฑ์การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค ตรวจด้วยวิธี RT-PCR ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 121 ราย มารับการตรวจ ร้อยละ 85.95 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีสารพันธุกรรมไวรัสซิกาจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.21 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 21-30 ปี ร้อยละ 50.00 อายุครรภ์ขณะติดเชื้อพบมากที่สุดคือ 28 สัปดาห์ ร้อยละ 25.00 ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ ร้อยละ 83.33 มีผื่นร้อยละ 16.67 และมีไข้ ร้อยละ 8.34 ผลการศึกษานี้สนับสนุนความสำคัญของการตรวจทางห้องปฏิบัติการในหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ ไม่มารับการรักษา เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบกับทารกในครรภ์ ซึ่งทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสซิกา ต้องอยู่ในความดูแลของกุมารแพทย์ต่อไป

คำสำคัญ สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสซิกา หญิงตั้งครรภ์

Situations of Zika virus infection in pregnant women, Laplae District, Uttaradit Province

Saowanee Deemoon Ph.D.¹ Sasimapon Sirimongkol B.Sc.¹ Primrataporn Sadsee M.P.H (Public Health)²

1.Office of Disease Prevention and Control 2, Phitsanulok Province.

2.Uttaradit Provincial Public Health Office.

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to study situations of Zika virus (ZIKV) infection in pregnant women, Laplae District, Uttaradit Province. ZIKV infection in pregnant women has a major concern because of its linkage to congenital abnormalities including microcephaly, spontaneous abortion, and intrauterine growth restriction. Laplae District has outbreak of ZIKV since June-July 2022, with 24 confirmed cases, the highest in Uttaradit province. Collecting blood and urine samples from pregnant women and testing of specimens by ZIKAV reverse-transcription polymerase chain reaction (RT-PCR), according to the criteria for surveillance and investigation of ZIKA infection. The results showed that, 121 pregnancy women who tested for ZIKV with 85.95% (121 of 104 were tested) and 12 were PCR positive for ZIKV (11.21%). The most age range was 21-30 years (50.00%) and gestational age at ZIKV infection was 28 weeks (25%). Among the pregnant women with confirmed ZIKV infection in these studies were asymptomatic (83.33%), rash (16.67%) and fever (8.34%) respectively. These results supported to surveillance for pregnant women in an epidemic area of ZIKV infection. Due to most ZIKV infected pregnant women are often no symptoms or mild, a laboratory confirmation of the infection is required for treatment. Because of ZIKV infection during pregnancy can cause serious birth defects and need for special care under the pediatrician.

Keywords: Situations, Zika virus, pregnant women

บทนำ

ปัจจุบันการติดเชื้อไวรัสซิกาได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก มีการตรวจพบเชื้อไวรัสซิกาในประเทศต่างๆทั่วโลก โดยครั้งแรกตรวจพบเชื้อไวรัสซิกาในลิง และพบเชื้อในคนรายแรกในยูกันดาเมื่อปี 2495 ต่อมา ปี 2511 ได้รับรายงานการติดเชื้อจากไนจีเรีย ปี 2494-2524 มีรายงานอุบัติการณ์ของไวรัสซิกาจากประเทศต่างๆ ในเอเชียและแอฟริกา ปี 2550 มีรายงานการระบาดครั้งแรกในหมู่เกาะแยเป ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสหพันธรัฐไมโครนีเซีย ปี 2555-2557 มีรายงานผู้ป่วยจากประเทศไทย ปี 2556 ไวรัสซิกาแพร่กระจายไปยังเฟรนช์โปลินีเซียโดยมีผู้ป่วยประมาณ 28,000 ราย และเกิดการระบาดอย่างรวดเร็วไปยังหมู่เกาะคุกและเกาะอีสเตอร์ ปี 2558 ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในบราซิล และพบว่ามีภาวะเกี่ยวข้องกับภาวะ Microcephaly ในทารกของมารดาที่สงสัยว่าติดเชื้อไวรัสซิกา เดือนมกราคม 2559 มีรายงานผู้ป่วยรายแรกของ Microcephaly เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสซิกา ในฮาวาย สหรัฐอเมริกานำไปสู่การระบุว่าไวรัสซิกาเป็นสาเหตุให้เกิดความผิดปกติกับทารกในครรภ์ ดังเช่นการติดเชื้อที่มีมาแต่กำเนิดอื่นๆ (เช่น หัดเยอรมันหรือไซโตเมกาโลไวรัส) องค์การอนามัยแพน-อเมริกัน (The Pan-American Health Organization) ประกาศเตือนการระบาดในเดือนพฤษภาคม 2558 และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศในเดือนกุมภาพันธ์ 2559^{1,2} สำหรับประเทศไทยพบการระบาดครั้งแรกเมื่อปี 2559 ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน จนกลายเป็นโรคประจำถิ่นเช่นเดียวกับไข้เลือดออกและไข้ปวดข้อยุงลาย^{3,4} สาเหตุการติดเชื้อเกิดจากเชื้อไวรัสซิกา โดยมีพาหะนำโรคที่สำคัญคือ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เมื่อยุงลายที่มีเชื้อไวรัสซิกากัด จะมีระยะฟักตัวประมาณ 4-7 วัน อาการที่พบคือ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ตาแดง บางรายอาจมีผื่นนูนแดงขึ้นตามร่างกาย อาการไม่รุนแรง และพบว่าร้อยละ 80 ไม่แสดงอาการ สาเหตุการติดเชื้อเกิดจากการถูกยุงลายที่มีเชื้อไวรัสซิกากัด และสามารถส่งเชื้อผ่านทางมารดาไปยังทารกได้ซึ่งทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสซิกา อาจพบภาวะศีรษะเล็กแต่กำเนิด (Microcephaly) หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือความพิการทางสมองและระบบประสาท และความผิดปกติทางด้านพัฒนาการในภายหลัง^{6,7} ดังนั้นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญคือ หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อช่วงที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ คือ อายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือน

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา จังหวัดอุดรธานี ปี 2561-2563 ไม่มีรายงานผู้ติดเชื้อ ปี 2564 พบผู้ติดเชื้อจำนวน 10 ราย เป็นอำเภอโนนสะอาดทั้ง 10 ราย และปี 2565 (มกราคม – ตุลาคม) พบติดเชื้อ จำนวน 39 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 8.52 ต่อประชากรแสนคน จำแนกเป็น อำเภอลับแล จำนวน 24 ราย รองลงมาคือ อำเภอเมือง 11 ราย อำเภอน้ำปาด 3 ราย และอำเภอพิชัย 1 ราย ตามลำดับ ไม่พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งนี้ อำเภอลับแล มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนมากที่สุด เท่ากับ 42.83 รองลงมาคือ อำเภอน้ำปาด 10.22 ต่อประชากรแสนคน อำเภอเมือง 7.16 ต่อประชากรแสนคน และอำเภอพิชัย 1.30 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ คณะผู้วิจัยตระหนักว่าการศึกษาสถานการณ์ของไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ มีความสำคัญอย่างมาก จึงได้ทำการสำรวจหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา เพื่อทำการตรวจหาเชื้อไวรัส

ซิกาดัวยวิธี Polymerase Chain Reaction หรือ RT-PCR เป็นเทคนิคที่ใช้ในการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสที่ต้องการศึกษาอย่างจำเพาะ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการตรวจคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากการติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ดังนั้นการยืนยันการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ได้รวดเร็ว ทำให้เข้าสู่กระบวนการรักษา การควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว และเป็นการติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกา เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดความผิดปกติของทารกต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการศึกษา

1. พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในอำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนมิถุนายน-ตุลาคม 2565 จำนวน 8 ตำบลคือตำบลแม่พูล ตำบลนาคกก ตำบลฝายหลวงตำบลศรีพนมมาศ ตำบลชัยชุมพล ตำบลทุ่งยั้ง ตำบลไผ่ล้อม และตำบลด่านแม่คำมัน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ศึกษากับประชากรที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2565 จำนวน 8 ตำบล คือตำบลแม่พูล ตำบลนาคกก ตำบลฝายหลวง ตำบลศรีพนมมาศ ตำบลชัยชุมพล ตำบลทุ่งยั้ง ตำบลไผ่ล้อม และตำบลด่านแม่คำมัน อำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 121 ราย โดยมีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจหาเชื้อไวรัสซิกาจำนวน 104 ราย

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสซิกา

การเก็บตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ ในอำเภอที่ผู้ป่วยยืนยัน ตามแนวทางการสอบสวนโรคไวรัสซิกา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้

3.1. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกับที่มีผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ที่ติดเชื้อไม่แสดงอาการ เก็บตัวอย่างปัสสาวะ ในวันแรกที่พบ และในวันที่ 14 รวมถึงอาจพิจารณาเก็บตัวอย่างเลือด (Plasma) เพื่อส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส Zika โดยวิธี RT-PCR

3.2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในตำบลเดียวกับผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ที่ติดเชื้อไม่แสดงอาการ เก็บตัวอย่างปัสสาวะ ในวันแรกที่พบ และในวันที่ 14 รวมถึงอาจพิจารณาเก็บตัวอย่างเลือด (Plasma) เพื่อส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส Zika โดยวิธี RT-PCR

3.3. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเดียวกับผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ที่ติดเชื้อไม่แสดงอาการ เก็บตัวอย่างปัสสาวะเพื่อส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส Zika โดยวิธี RT-PCR สำหรับกลุ่มนี้เก็บเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มาโรงพยาบาลตามกำหนดฝากครรภ์ในระยะควบคุมโรคของพื้นที่นั้นๆ

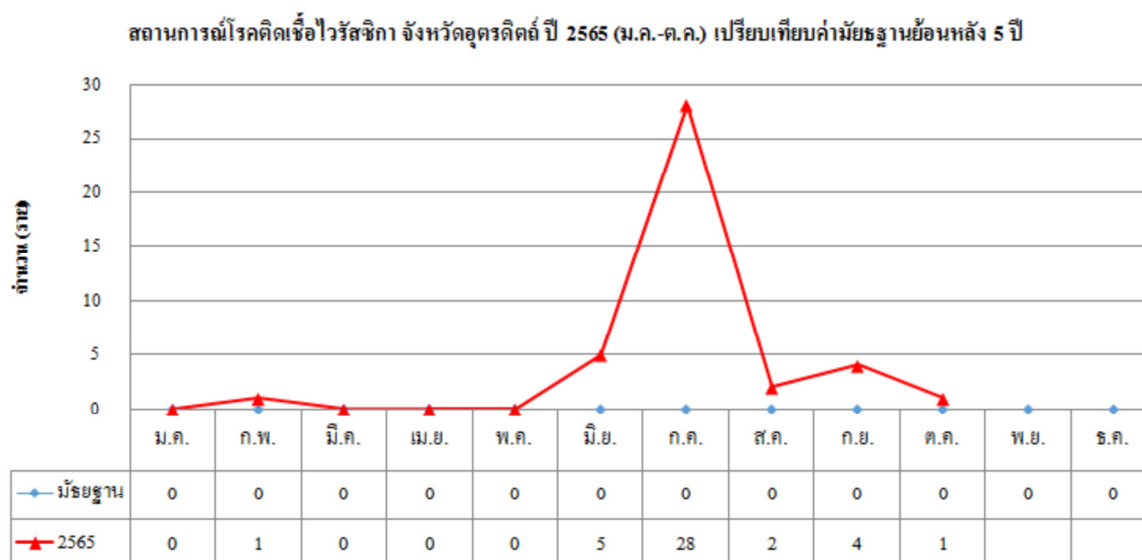
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2565

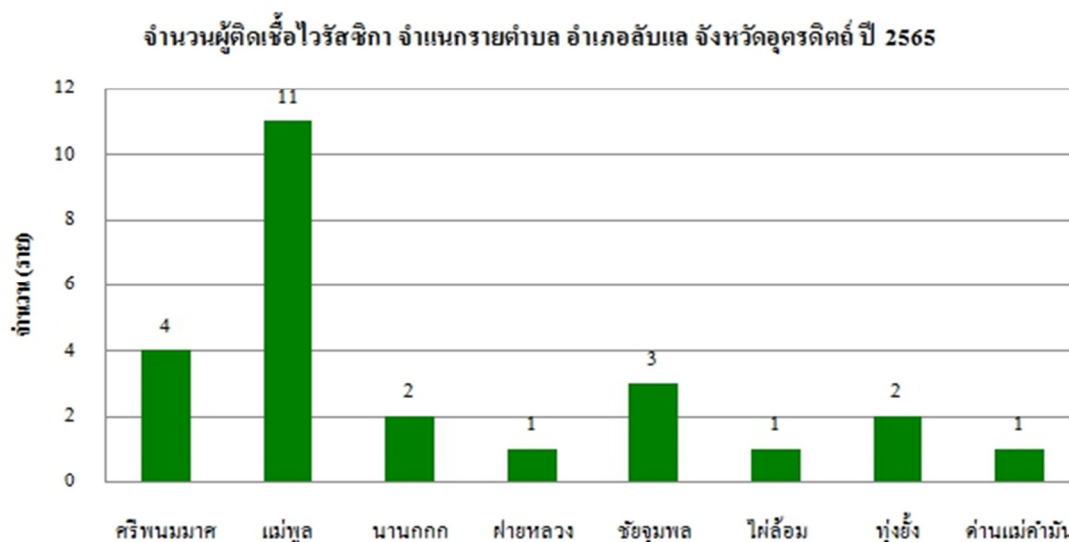
สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2565 พบผู้ติดเชื้อจำนวน 41 ราย โดยเริ่มพบในเดือนมิถุนายน พบสูงสุดในเดือนกรกฎาคม และมีแนวโน้มลดลง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา จังหวัดอุดรดิตถ์ เปรียบเทียบปี 2565

2. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอลับแล จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2565

จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา จำแนกรายตำบล ในอำเภอลับแล จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ตำบลแม่พูล มีจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุด จำนวน 11 ราย รองลงมาคือ ตำบลศรีพนมมาศ ตำบลชัยชุมพล ตำบลนานกกก ตำบลทุ่งยั้ง ตำบลฝายหลวง ตำบลไผ่ล้อม และตำบลด่านแม่คำมัน อัตราป่วยเท่ากับ 4, 3, 2, 2, 1, 1, และ 1 ราย ตามลำดับ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสซิการายตำบล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี2565

3. การตรวจหาเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

การตรวจหาเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พบผู้ป่วยรายแรกเดือนมิถุนายน 2565 จึงได้ดำเนินการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ในตำบลที่พบผู้ติดเชื้อ โดยการเก็บตัวอย่างเลือด และปัสสาวะ เพื่อส่งตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสซิกา จากการสำรวจหญิงตั้งครรภ์ใน 8 ตำบล มีจำนวน 121 ราย มารับการตรวจวินิจฉัยโรค จำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.95 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจหาเชื้อไวรัสซิกา อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ตำบล	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่สำรวจ (ราย)	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจ (ร้อยละ)
แม่พูล	31	30 (96.77)
นานกกก	9	9 (100.00)
ฝ่ายหลวง	22	17 (77.27)
ศรีพนมมาศ	1	1 (100.00)
ชัยชุมพล	23	20 (86.96)
ไผ่ล้อม	7	7 (100.00)
หุ่นช้าง	15	11 (73.33)
ด่านแม่คำมัน	13	9 (69.23)
รวม	121	104 (85.95)

4. ผลตรวจสารพันธุกรรมไวรัสซิกา

ผลการตรวจสารพันธุกรรมไวรัสซิกาด้วยวิธี RT - PCR จำนวน 104 ราย เก็บตัวอย่างเลือด และ ปัสสาวะจากหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตามเกณฑ์การสอบสวนโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ใน 8 ตำบล พบผลบวก 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.54 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของผลตรวจสารพันธุกรรมไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ โดยวิธี RT-PCR

ตำบล	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจ (ราย)	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลบวก (ร้อยละ)
แม่พูล	30	6 (20.00)
น่านกกก	9	1 (11.11)
ฝายหลวง	17	0(0)
ศรีพนมมาศ	1	1 (100.00)
ชัยชุมพล	20	3 (15.00)
ไผ่ล้อม	7	0(0)
ทุ่งยั้ง	11	0(0)
ด่านแม่คำมัน	9	1 (11.11)
รวม	104	12 (11.54)

5. ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกา

หญิงตั้งครรภ์ตรวจพบสารพันธุกรรมไวรัสซิกา จำนวน 12 ราย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.42 ปี ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.19 อายุน้อยที่สุด 19 ปี มากที่สุด 41 ปี ส่วนอายุครรภ์ขณะติดเชื้อพบมากที่สุดคือ 28 สัปดาห์ ร้อยละ 25 รองลงมาคือ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 16.68 และ 18, 20, 24 สัปดาห์ ร้อยละ 8.33 เท่ากัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของผลการตรวจหึงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกา

ข้อมูล	จำนวน (N=12)	ร้อยละ
อายุหึงตั้งครรภ์	19	8.33
(ปี)	24	16.67
	25	16.67
	26	16.67
	31	16.67
	32	8.33
	37	8.33
	41	8.33
อายุครรภ์ขณะติดเชื้อ	12	16.68
(สัปดาห์)	18	8.33
	20	8.33
	24	8.33
	28	25.00
	ไม่ทราบ	33.33

6. อาการแสดงของหึงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกา

ผลการศึกษาหึงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ มีผื่น ร้อยละ 25.00 และตาแดง ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ เท่ากัน ร้อยละ 8.33 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละอาการแสดงของหึงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกา

อาการ	ร้อยละ
ไม่มีอาการ	66.67
ผื่น	25.00
ไข้	8.33
ตาแดง	0.00
ปวดข้อ	8.33
ปวดกล้ามเนื้อ	8.33

สรุปและอภิปรายผล

จากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอถ้ำแล จังหวัดอุดรธานี ไม่มีรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสซิกามาก่อน การระบาดครั้งแรกเกิดในเดือนมิถุนายน 2565 ซึ่งการไม่พบผู้ติดเชื้อเป็นเวลานานอาจส่งผลให้การตรวจจับการระบาดการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคล่าช้าสอดคล้องกับการศึกษาของศุภฤกษ์และคณะ⁶ ที่พบว่าโรคติดเชื้อไวรัสซิกาไม่เคยพบในพื้นที่อำเภอวังเหนือ ส่งผลให้การตรวจจับการระบาด การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของทีมควบคุมโรคล่าช้า โดยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดการระบาดของโรคคือ การพบผู้ป่วยรายแรกและการควบคุมป้องกันโรคล่าช้า ไม่สามารถตรวจจับการระบาดในระยะแรกได้ จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในประเทศบราซิลและโคลัมเบีย เมื่อปี 2558 พบความสัมพันธ์ของการติดเชื้อไวรัสซิกากับอัตราทารกแรกเกิดศีรษะเล็กผิดปกติ ดังนั้นการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากอาจพบความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์และทารกที่คลอดจากการติดเชื้อไวรัสซิกา⁹ การเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอถ้ำแล โดยการเก็บตัวอย่างซีรัม และปัสสาวะ เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสซิกา พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ ร้อยละ 66.67 สอดคล้องกับการศึกษาของ Margaret AHonein ,et al.⁴ ที่ทำการเก็บตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ในสหรัฐอเมริกา ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2559 พบว่าติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 442 ราย ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ ร้อยละ 61 แสดงอาการ ร้อยละ 38 และไม่ทราบข้อมูล ร้อยละ 1 และหญิงตั้งครรภ์ที่ครบกำหนดคลอด พบว่าทารกติดเชื้อไวรัสซิกา ร้อยละ 6 และมารดาที่ติดเชื้อในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ มีโอกาสพบความผิดปกติทางสมองและภาวะ Microcephaly ในทารก ร้อยละ 11³ ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนความสำคัญของการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่เกิดการระบาดของโรค โดยการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ ไม่เข้าสู่ระบบรักษา ทำให้การควบคุมโรคล่าช้า และที่สำคัญคือการดูแลติดตามพัฒนาการทารกที่คลอดจากการติดเชื้อไวรัสซิกา ต้องอยู่ในความดูแลของกุมารแพทย์อย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะ

เมื่อพบการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรทำการสำรวจหญิงตั้งครรภ์ และจัดทำทะเบียน เพื่อติดตามการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสซิกา และติดตามพัฒนาการทารกหลังคลอดจนถึงอายุ 2 ปี ซึ่งสามารถทำการศึกษาวิจัยต่อไปในด้านผลกระทบต่อทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสซิกา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่พูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผามูบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผามูบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนากกก โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลฝายหลวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยชุมพล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ล้อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านแม่คำมัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลับแล โรงพยาบาลลับแล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ให้ความร่วมมือในการติดตามหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสซิกา พร้อมกับการควบคุม และสอบสวนโรค และขอขอบคุณห้องปฏิบัติการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก และกองโรคติดต่อภายในโดยแมลงที่กรุณาให้การสนับสนุนด้านการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสซิกา ท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวที่ให้ความสนใจในการทำงานตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

- 1.Hajra A., Bandyopadhyay D., Heise LR., Bhadra R., Ball S.,Hajra SK.. Zika and pregnancy: A comprehensive review. American Journal of Reproductive Immunology. 2017; 77(2) : 1-7.
2. AdesAE., Thorne C., Soriano-Arandes A., Peckham CS., Brown DW., Lang D., et al. Researching Zika in pregnancy: lessons for global preparedness. Lancet Infect Disease. 2020; 20: e61–68.
- 3.กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อภายในโดยแมลง สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปี 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์. กรุงเทพมหานคร. ปี 2564
4. Honein MA., Dawson AL., Petersen EE., Jones AM., Lee EH., Yazdy MM., Ahmad N., Macdonald J., Evert N., et al. Birth Defects Among Fetuses and Infants of US Women With Evidence of Possible Zika Virus Infection During Pregnancy. The Journal of the American Medical Association. 2017; 317 (1): 59-68.
5. กรมควบคุมโรค. คู่มือการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2559.
- 6.ศุภฤกษ์ ทัศนิตอนวยทิพศรีราชและอภิสรตามวงศ์. การสอบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ปี 2561. วารสารสาธารณสุขล้านนา.2563; 16 (1): 57-69.
7. Marrs C.,Olson G.,Saade G.Hankins G., Wen T.,Patel J., et al. Zika Virus and Pregnancy: A Review of the Literature and Clinical Considerations. American Journal of Perinatology. 2016; 33(07): 625-639.
8. พจมาน ศิริอารยาภรณ์,โรม บัวทอง, และอรัญ สุวรรณไชยรบ. แนวทางการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา.สำนักกระบวนวิชา. 2559
- 9.สุมาลี ชะนะมา, ภัทร วงษ์เจริญ, ศิริรัตน์ แนนขุนทด, ถัดดาวัลย์ มีแผ่นดิน,อริสรา ไปยณเจริญ, พงศ์ศิริ ตาลทอง, และคณะ.ระบาดวิทยาโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2559-2563. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2564; 63 (3): 607-617

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน ของประชาชนอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

ปิติยาพร รูปทอง, วท.บ.¹

ธีระวุธ ธรรมกุล, ศ.ค.²

พรสวัสดิ์ ศรีสวัสดิ์, ศ.ค.²

1. นักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จ.นนทบุรี 2. สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จ.นนทบุรี

วันที่รับบทความ (received) 15 ธันวาคม 2565, วันที่แก้ไขบทความ (revised) 3 มกราคม 2566,

วันที่ตอบรับบทความ (accepted) 11 มกราคม 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน (2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชนอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 728 คน ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบตารางขนาดประชากร ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษา (1) ด้านปัจจัยนำพบว่า ความรู้ในระดับสูง ทักษะอยู่ในระดับดี การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ ด้านปัจจัยเอื้อพบว่า ระบบสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน อยู่ในระดับต่ำ การเข้าถึงระบบจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับต่ำ ด้านปัจจัยเสริมพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับต่ำ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนอยู่ในระดับพอใช้ และ (2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางการเงิน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด – 19 และโรคติดเชื้ออื่นๆ ทักษะ ระบบสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน ได้ร้อยละ 20.0

คำสำคัญ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม การจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน

Factors Affecting Household Infectious Waste Management Behaviors of People in Sawankhalok District, Sukhothai Province

Roopthong Pitiyaporn, B.S.¹

Thammakun Theerawut, Ph.D.²

Srisawat Ponsawat, Ph.D.²

1. Student School of Health Science Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, 2.
School of Health Science Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province

Abstract

This research aimed to explore (1) predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and household infectious waste management behaviors, and (2) factors by affecting household infectious waste management behaviors of the people in Sawankhalok District, Sukhothai Province. This cross-sectional survey study was conducted in a sample of 728 people selected by using two-stage sampling. Data were collected in September 2022, and then were analyzed with descriptive statistics and multiple linear regression.

The results showed that, among the study participants: (1) concerning household infectious waste management, the levels of knowledge, attitudes, perceived benefits and perceived barriers were high, good, high and low, respectively; the levels of enabling factors (support system and access to the system of local administrative organizations) were low; the levels of reinforcing factors (perceived information and social support) were low; and the level of behaviors was fair, and (2) the factors by affecting the people's household infectious waste management behaviors were age, education level, financial status, history of illnesses with COVID-19 and other infectious diseases, and attitudes, management support system as well as social support for such management; all of which could 20.0% predict household infectious waste management behaviors.

Keywords: Predisposing factors, Enabling factors, Reinforcing factors, Household infectious waste management

1. บทนำ

ขยะติดเชื้อ หรือ มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง ขยะที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่หรือมีปริมาณความเข้มข้น ซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับขยะนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ รวมถึงขยะที่เกิดขึ้นหรือใช้ในการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรค⁽¹⁾ ซึ่งแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด – 19 ได้แก่ ขยะที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย หรือสารคัดหลั่ง เช่น หน้ากากอนามัย กระดาษทิชชู ภาชนะใส่อาหารพร้อมบริโภค (แบบใช้ครั้งเดียว) และชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) เป็นต้น ถือเป็นขยะที่มีความเสี่ยงสูงจึงต้องแยกจัดการจากขยะทั่วไป โดยมีการจัดการดังนี้ (1) กรณีในพื้นที่หรือชุมชนมีระบบการเก็บขนขยะติดเชื้อ ให้เก็บรวบรวมขยะติดเชื้อเป็นประจำทุกวันนำไปไว้ยังจุดพักขยะที่จัดไว้เฉพาะ ประสานหน่วยงาน อปท. หรือ รพ.สต. ในพื้นที่เพื่อเก็บ ขน และนำขยะติดเชื้อไปกำจัดอย่างถูกต้อง (2) กรณีในพื้นที่หรือชุมชนไม่มีระบบการเก็บขนขยะติดเชื้อ ให้ทำการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อเป็นประจำทุกวัน ใส่ถุงขยะทั่วไป 2 ชั้น โดยถุงชั้นแรกที่บรรจุขยะติดเชื้อ ให้ราดด้วยสารฆ่าเชื้อ ลงในถุงเพื่อทำลายเชื้อ ขยะที่ผ่านการทำลายเชื้อแล้ว ให้ประสานและนำส่ง อปท. ในพื้นที่ เพื่อนำไปกำจัดเป็นขยะทั่วไป⁽²⁾

จากสถานการณ์ขยะติดเชื้อในประเทศไทยพบว่าขยะติดเชื้อโดยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในสถานบริการทั้งของรัฐและเอกชน และจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 เป็นต้นมา ทำให้ประชาชนต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้พบปัญหาขยะติดเชื้อเพิ่มขึ้นจาก โรงพยาบาลสนาม สถานกักกันที่ราชการกำหนด รวมไปถึงการแยกกักตัวที่บ้านหรือการรักษาตัวที่บ้าน จากข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษ⁽³⁾ พบว่าในปี 2563 ประเทศไทยมีปริมาณขยะติดเชื้อ 47,962 ตัน และเพิ่มขึ้นเป็น 90,010 ตัน ในปี 2564 ซึ่งขยะติดเชื้อมีอันตรายในแง่ของการเป็นพาหะในการแพร่กระจายเชื้อโรค จึงจำเป็นต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกวิธี

อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 14 ตำบล 117 หมู่บ้าน มีครัวเรือนทั้งหมด 19,506 ครัวเรือน มีประชากรตามทะเบียนราษฎร 86,472 คน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 13 แห่งประกอบไปด้วย เทศบาลเมือง 1 แห่ง เทศบาลตำบล 4 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 8 แห่ง⁽⁴⁾ พบผู้ป่วยโรคโควิด – 19 หลังมีการระบาดในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 – 1 เมษายน 2565 จำนวน 2,146 ราย⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยสูงเป็นอันดับสองรองจากอำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 ทำให้เกิดปัญหาขยะติดเชื้อในครัวเรือนเพิ่มขึ้นจากมาตรการการรักษาพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้านและการป้องกันโรค ประกอบกับแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อสำหรับมูลฝอยที่ผ่านการทำลายเชื้อแล้ว ให้ประสานและนำส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ นำไปกำจัดเป็นมูลฝอยทั่วไป⁽²⁾ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีหน้าที่ในการเก็บขนขยะต้องรับความเสี่ยงหากมีผู้ป่วยโรคโควิด 19 หรือ ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเดินหายใจ ทั้งขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากในครัวเรือนไม่ถูกวิธี

ที่ผ่านมายังไม่มีหลักฐานที่มากพอที่นำแบบจำลอง PRECEDE Model⁽⁶⁾ มาใช้ศึกษาโดยเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน งานวิจัยนี้จึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย โดยนำแบบจำลอง PRECEDE Model มาประยุกต์ใช้ เพราะมีความครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ที่นำมาซึ่งพฤติกรรมของมนุษย์ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางวางแผนดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในครัวเรือน รวมไปถึงวางแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ที่จำเป็นสำหรับการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในครัวเรือนให้มีการกำจัดขยะติดเชื้อที่ถูกหลักสุขาภิบาล ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่สิ่งแวดล้อมในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชนในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชนอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย

ประชากรที่ศึกษาเป็นประชาชน ในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 86,472 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนใน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 754 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากประชากรที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้สูตรประมาณการค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดประชากรของ Wayne⁽⁷⁾ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน เริ่มจากแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. เทศบาลเมือง 2. เทศบาลตำบล และ 3. องค์การบริหารส่วนตำบล แล้วใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการจับฉลาก ตัวแทนกลุ่มละ 1 แห่ง จากนั้นจับฉลากจากรายชื่อตามสัดส่วนประชากรแต่ละกลุ่ม

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ฐานะทางการเงิน โรคประจำตัว และประวัติการป่วยด้วยโรค โควิด - 19 และโรคติดเชื้ออื่นๆ ของตนเองและคนในครอบครัว จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน แบ่งเป็น ด้านปัจจัยนำ จำนวน 31 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อในครัวเรือน 2) ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน 3) การรับรู้ประโยชน์ในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน 4) การรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน ด้านปัจจัยเอื้อ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 1) ระบบสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน 2) การเข้าถึงระบบจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น ด้านปัจจัยเสริม จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน 2) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน จำนวน 13 ข้อ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อในครัวเรือน โดยใช้วิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน มีค่าเท่ากับ 0.837

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.838

การรับรู้ประโยชน์ในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.962

การรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.717

พฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.813

2.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.1 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่จากสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก เพื่อเก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.2.2 ผู้วิจัยทำการ จัดประชุม อสม.ในพื้นที่ทั้ง 3 ตำบล จำนวน 7 คน ที่จะเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อชี้แจงขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ และเก็บข้อมูลแบบสอบถามกับประชาชน อำเภอสวรรคโลก จำนวน 754 คน

2.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามความเรียบร้อยของแบบสอบถาม จากนั้นจึงเก็บรวบรวมเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3. ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล

3.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 728 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.90 มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 68.4 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42.4 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 24.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.7 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.7 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1 - 3 คน ร้อยละ 59.2 ฐานะทางการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 48.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.4 และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด - 19 และ โรคติดเชื้ออื่นๆ ร้อยละ 68.40

3.2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ

3.2.1 ความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อในครัวเรือน

ระดับความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อในครัวเรือน แบ่งเป็นระดับสูง (10 – 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (7 – 9 คะแนน) และระดับต่ำ (0 – 6 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อในครัวเรือนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 87.4 โดยมีค่าเฉลี่ย 10.46 คะแนน (S.D. = 0.98)

3.2.2 ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน

ระดับทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนแบ่งเป็นระดับดี (40 – 50 คะแนน) ระดับพอใช้ (30 – 39 คะแนน) ระดับควรปรับปรุง (1 – 29 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.3 โดยมีค่าเฉลี่ย 40.87 คะแนน (S.D. = 3.01)

3.2.3 การรับรู้ประโยชน์ในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน

ระดับการรับรู้ประโยชน์ในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนแบ่งเป็นระดับสูง (20 – 25 คะแนน) ระดับปานกลาง (15 – 19 คะแนน) ระดับต่ำ (1 – 14 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.0 โดยมีค่าเฉลี่ย 21.49 คะแนน (S.D. = 2.02)

3.2.4 การรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน

ระดับการรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนแบ่งเป็นระดับสูง (16 – 20 คะแนน) ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน) ระดับต่ำ (1 – 11 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.7 โดยมีค่าเฉลี่ย 11.22 คะแนน (S.D. = 4.48)

3.3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ

3.3.1 ระบบสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน

ระดับการได้รับระบบสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนแบ่งเป็นระดับสูง (7 – 8 คะแนน) ระดับปานกลาง (5 – 6 คะแนน) ระดับต่ำ (0 – 4 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีระดับการได้รับสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 84.1 โดยมีค่าเฉลี่ย 3.07 คะแนน (S.D. = 1.74)

3.3.2 การเข้าถึงระบบจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระดับการเข้าถึงระบบจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบ่งเป็นระดับสูง (4 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 คะแนน) ระดับต่ำ (0 – 2 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงระบบจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 92.6 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.07 คะแนน (S.D. = 0.53)

3.4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม

3.4.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน

ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนแบ่งเป็นระดับสูง (32 - 40 คะแนน) ระดับปานกลาง (24 - 31 คะแนน) ระดับต่ำ (1 - 23 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 99.3 โดยมีค่าเฉลี่ย 11.4 คะแนน (S.D. = 3.00)

3.4.2 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นระดับสูง (36 - 45 คะแนน) ระดับปานกลาง (27 - 35 คะแนน) ระดับต่ำ (1 - 26 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.2 โดยมีค่าเฉลี่ย 20.36 คะแนน (S.D. = 6.13)

3.5 ด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน

พฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 82.5 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 32.3 โดยมีค่าเฉลี่ย 46.18 คะแนน (S.D. = 7.59)

3.6 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย

ด้านปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อยู่ 1.90 คะแนน (Mean Diff. = 1.90, 95%CI : 0.56,3.23) ประชาชนที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาอยู่ 2.89 คะแนน (Mean Diff. = -2.89, 95%CI : -5.76,-0.02) ประชาชนที่มีฐานะทางการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บมีพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อดีกว่าประชาชนที่มีฐานะทางการเงินไม่พอใช้อยู่ 4.11 คะแนน (Mean Diff. = -4.11, 95%CI : -6.36,-1.86) ประชาชนที่มีฐานะทางการเงินพอใช้เหลือเก็บมีพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อดีกว่าประชาชนที่มีฐานะทางการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บอยู่ 1.52 คะแนน (Mean Diff. = 1.52, 95%CI : 0.44,2.60) ประชาชนที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด - 19 และโรคติดเชื้ออื่นๆ มีพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด - 19 และโรคติดเชื้ออื่นๆอยู่ 1.17 คะแนน (Mean Diff. = 1.17, 95%CI : 0.06,2.27)

ด้านปัจจัยนำ พบว่า ประชาชนที่มีทัศนคติดีมีพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่มีทัศนคติพอใช้อยู่ 3.44 คะแนน (Mean Diff. = 3.44, 95%CI : 2.13,4.76) ประชาชนที่มีทัศนคติพอใช้มีพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่มีทัศนคติควรปรับปรุงอยู่ 14.49 คะแนน (Mean Diff. = -14.49, 95%CI : -20.71,-8.26)

ด้านปัจจัยอื่น พบว่า ประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนสูงมีพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อต่ำอยู่ 4.73 คะแนน (Mean Diff. = 4.73, 95%CI : 7.41,2.05)

ด้านปัจจัยเสริม พบว่า ประชาชนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางมีพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำอยู่ 2.82 คะแนน (Mean Diff. = -2.82, 95%CI : -4.24,-1.40) โดยตัวแปรเหล่านี้ มีความสามารถอธิบายของสมการถดถอยได้ร้อยละ 20.0 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน อำเภอ
สวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย (n = 728)

ตัวแปร	พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน							
	n	Mean	S.D.	Mean Difference			VIF	P-Value
				Un	Adjusted*	95%CI		
อายุ								0.006
- น้อยกว่า 60 ปี	498	45.79	7.51	0				
- 60 ปี ขึ้นไป	230	47.02	7.73	1.23	1.90	0.56,3.23	1.54	
ระดับการศึกษา								0.049
- ประถมศึกษา	307	46.59	7.46	0				
- ต่ำกว่า	27	41.44	9.37	-5.14	-2.89	-5.76,-0.02	1.17	
ประถมศึกษา								
- มัธยมศึกษา	70	47.11	8.37	0.53	1.47	-0.49,3.43	1.32	
ตอนต้น								
- มัธยมศึกษาตอน	175	45.42	7.81	-1.16	-0.05	-1.53,1.43	1.59	
ปลาย/ปวช.								
- อนุปริญญา/ปวส.	57	45.65	7.07	-.094	0.04	-2.08,2.15	1.28	
- ปริญญาตรี	90	47.28	6.13	0.692	1.15	-0.61,2.90	1.32	
ฐานะทางการเงิน								0.006
- พอใช้ไม่เหลือเก็บ	352	47.07	6.90	0				
- พอใช้เหลือเก็บ	327	46.14	7.51	-0.92	1.52	0.44,2.60	1.16	
- ไม่พอใช้	49	40.04	9.91	-7.03	-4.11	-6.36,-1.86	1.26	

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน
อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย (n = 728)

ตัวแปร	พฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน							
	n	Mean	S.D.	Mean Difference			VIF	P-Value
				Un Adjusted	Adjusted*	95%CI		
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด – 19 และโรคติดเชื้ออื่นๆ								
- เคยป่วย	230	45.03	7.63	0				0.039
- ไม่เคยป่วย	498	46.71	7.52	1.69	1.17	0.06,2.27	1.05	
ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน								
- ระดับทัศนคติพอใช้	160	43.40	8.41	0				<0.001
- ระดับทัศนคติดี	563	47.12	6.99	3.72	3.44	2.13,4.76	1.05	
- ระดับทัศนคติควรปรับปรุง	5	29.00	2.92	-14.40	-14.49	-20.71,-8.26	1.20	
ระบบสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน								
- ระดับการได้รับสนับสนุนต่ำ	612	41.97	7.69	0				0.001
- ระดับการได้รับสนับสนุนปานกลาง	84	43.97	6.53	2.00	1.45	-0.20,3.09	1.10	
- ระดับการได้รับสนับสนุนสูง	32	46.13	6.66	4.16	4.73	7.41,2.05	1.20	

**ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน
อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย (n = 728)**

ตัวแปร	พฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน							
	n	Mean	S.D.	Mean Difference			VIF	P-Value
				Un	Adjusted*	95%CI		
				Adjusted				
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม								
- ระดับการได้รับแรงสนับสนุนปานกลาง	123	48.51	6.43	0				<0.001
- ระดับการได้รับแรงสนับสนุนสูง	14	47.36	7.94	-1.16	-1.03	-4.99,2.94	1.17	
- ระดับการได้รับแรงสนับสนุนต่ำ	591	45.66	7.73	-2.85	-2.82	-4.24,-1.40	1.22	

หมายเหตุ: *Adjusted ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม ได้แก่ อายุ, ระดับการศึกษา, ฐานะทางการเงิน, ประวัติการป่วยโรคโควิด – 19 และ โรคติดเชื้อ
อื่นๆ, ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน, การรับรู้อุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน, ระบบสนับสนุนในการจัดการ
ขยะติดเชื้อในครัวเรือน, การเข้าถึงระบบจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิเคราะห์ได้
ค่า R = 0.44 และ R² = 0.20

4. อภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้ ทำการศึกษาผลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีต่อพฤติกรรม
การจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย โดยประยุกต์ใช้
แบบจำลอง PRECEDE Model ซึ่งเป็นแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึง
ประสงค์ ประกอบไปด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการ
ขยะติดเชื้อในครัวเรือน คือ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทาง
การเงิน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด – 19 และ โรคติดเชื้ออื่นๆ ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับการ
จัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน ปัจจัย
เสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า

4.1 ด้านปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล

อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน อำเภอสุวรรณ
ภูมิ จังหวัดสุโขทัย เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยพบว่า ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มี
พฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อยู่ 1.90 คะแนน (Mean

Diff. = 1.90, 95%CI : 0.56,3.23) ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี อุปราสิทธิ์และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มีพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนได้ดีกว่ากลุ่มอายุอื่นด้วยอายุที่มากกว่ามีประสบการณ์มากกว่าทำให้มีพฤติกรรมจัดการขยะครัวเรือนได้ดีกว่า

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาอยู่ 2.89 คะแนน (Mean Diff. = -2.89, 95%CI : -5.76,-0.02) ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสาท รุจิรัตน์⁽⁹⁾ พบว่าตัวแปรระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งระดับการศึกษาปริญญาตรี มีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

ฐานะทางการเงิน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่า ประชาชนที่มีฐานะทางการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บ มีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่มีฐานะทางการเงินไม่พอใช้อยู่ 4.11 คะแนน (Mean Diff. = -4.11, 95%CI : -6.36,-1.86) ประชาชนที่มีฐานะทางการเงินพอใช้เหลือเก็บ มีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่มีฐานะทางการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บอยู่ 1.52 คะแนน (Mean Diff. = 1.52, 95%CI : 0.44,2.60) ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสาท รุจิรัตน์⁽⁹⁾ พบว่า ตัวแปรรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันมีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 25,001 บาท – 50,000 บาท จะมีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนที่ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด – 19 และโรคติดเชื้ออื่นๆ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่า ประชาชนที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด – 19 และโรคติดเชื้ออื่นๆ มีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีกว่าประชาชนที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด – 19 และโรคติดเชื้ออื่นๆอยู่ 1.17 คะแนน (Mean Diff. = 1.17, 95%CI : 0.06,2.27) ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ รติรส ตะโกพร⁽⁹⁾ จากข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านที่มีผู้ป่วยติดเชื้ออาศัยอยู่ มีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับที่ไม่ถูกต้องร้อยละ 53.5 แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไม่ได้ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนดีขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่าการไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด – 19 และโรคติดเชื้ออื่นๆ แสดงให้เห็นถึงการมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อที่ดีกว่า

4.2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนของประชาชน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่า ครัวเรือนที่มีทัศนคติมีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อดีกว่าครัวเรือนที่มีทัศนคติพอใช้อยู่

3.44 คะแนน (Mean Diff. = 3.44, 95%CI : 2.13,4.76) ครั้วเรือนที่มีทัศนคติพอใช้มีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อดีกว่าครั้วเรือนที่มีทัศนคติควรปรับปรุงอยู่ 14.49 คะแนน (Mean Diff. = -14.49, 95%CI : -20.71, -8.26) ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีนทร์ทิพย์ บุญจันทร์⁽¹¹⁾ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะของแม่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพราะทัศนคติเป็นปัจจัยภายในซึ่งทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกมา ดังนั้นแม่บ้านที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะที่ดีจึงมีพฤติกรรมคัดแยกขยะที่ดีไปด้วย จากการพิจารณารายข้อพบว่าทัศนคติในการจัดการขยะติดเชื้อที่ควรปรับปรุงของประชาชนในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย คือ การจัดการขยะติดเชื้อเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น เห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 30.2 ซึ่งทำให้เห็นว่าประชาชนในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ยังมองว่าการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เท่านั้น ทำให้อาจจะเลยการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในครั้วเรือนของตนเอง ยิ่งในช่วงการระบาดของโรคโควิด – 19 ในปัจจุบันถือว่าเป็นโรคติดต่อที่ยังคงต้องเฝ้าระวังเพราะติดต่อกันได้ง่าย การส่งเสริมให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีพร้อมจะให้ความร่วมมือในการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลต่อการมีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครั้วเรือนที่ถูกต้องตามมา

4.3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ

ระบบสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อในครั้วเรือนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครั้วเรือนของประชาชน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่า ประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อสูงมีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครั้วเรือนดีกว่าประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนในการจัดการขยะติดเชื้อต่ำอยู่ 4.73 คะแนน (Mean Diff. = 4.73, 95%CI : 2.41,7.05) ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สกฤตรัตน์ โทณมี และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า ระบบสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครั้วเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.108$) การมีระบบสนับสนุนในการจัดการขยะที่ดีย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครั้วเรือนที่ดีไปด้วย และจากการพิจารณารายข้อจากการศึกษาวิจัยพบว่าด้านการสนับสนุนของเทศบาล/อบต. ในการสนับสนุนถุงขยะสำหรับใส่ขยะติดเชื้อ และการสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น ถุงมือ สารฆ่าเชื้อโรค สำหรับการจัดการขยะติดเชื้อเพียงร้อยละ 12.4 ซึ่งยังถือว่าน้อยมาก หากสามารถเพิ่มการสนับสนุนถุงขยะ และอุปกรณ์ที่จำเป็นอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนมีการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นอย่างเพียงพอก็จะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในครั้วเรือนที่ดีขึ้นได้

4.4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครั้วเรือนของประชาชน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่า ประชาชนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางมีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครั้วเรือนดีกว่าประชาชนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำอยู่ 2.82 คะแนน (Mean Diff. = -2.82, 95%CI : -

4.24,-1.40) ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พรสิทธิ์ ศรีสุข และอภิชาติ กองเงิน⁽¹³⁾ พบว่า กระบวนการสนทนากลุ่ม ทำให้ประชาชนมีการคัดแยกขยะเพิ่มในครัวเรือน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของศราวุฒิ ทับผดุง และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ⁽¹⁴⁾ พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยมากที่สุด โดยเฉพาะการได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครัวเรือน เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษา พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.2 โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การได้รับสนับสนุนทางสังคมประกอบไปด้วยการได้รับคำแนะนำวิธีการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในครัวเรือน การได้รับความช่วยเหลือในการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในครัวเรือนและการได้รับความชื่นชมหรือการยอมรับจากการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีหน้าที่ในการจัดการขยะมีน้อยมาก หากสามารถเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวมาแล้วนั้นจะสามารถทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนที่ดีขึ้นได้

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

5.1.1 ควรส่งเสริมปัจจัยนำ โดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องอันตรายและการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในครัวเรือนและชุมชนอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อปลูกฝังให้เกิดทัศนคติที่ดีและความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อลดโอกาสของการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่บุคคล สิ่งแวดล้อมและชุมชน โดยต้องอาศัยความร่วมมือของประชาชน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5.1.2 ควรส่งเสริมปัจจัยเอื้อ โดยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ร่วมกันกำหนดนโยบายในการสนับสนุนประชาชนให้มีสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เพียงพอ เพื่อเอื้อให้เกิดการจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในครัวเรือนได้อย่างถูกต้อง และควรติดตั้งถังขยะติดเชื้อชุมชนละอย่างน้อย 1 จุด เพื่อให้ประชาชนสามารถนำขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในครัวเรือนมาทิ้งได้สะดวก

5.1.3 ควรส่งเสริมปัจจัยเสริม โดยการปลูกฝังให้บุคคลในบ้านหรือคนในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลเรื่องการจัดการขยะมีการพูดคุยแนะนำเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนแก่บุคคลทั่วไปให้มากขึ้น ช่วยเหลือเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่มีผู้ป่วยติดเชื้อในบ้านให้จัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง และชื่นชมเมื่อพบว่าครัวเรือนที่มีผู้ติดเชื้อสามารถจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในครัวเรือนได้อย่างถูกต้อง

5.1.4 ควรคืนข้อมูลผลการสำรวจในการประชุมของแต่ละหมู่บ้านเกี่ยวกับปัญหาขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในครัวเรือนและวิธีการจัดการขยะติดเชื้อที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่สิ่งแวดล้อม

5.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

5.2.1 ควรมีการศึกษาข้อจำกัดในการส่งเสริมให้ประชาชนมีการจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน จากหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน

5.2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยโดยนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือน โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

6. จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย และได้รับเอกสารรับรองเลขที่ IRB 36/2022 เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2565

7. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านวิชาการ ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาชนพื้นที่ อำเภอสวรรคโลก ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์

8. เอกสารอ้างอิง

1. กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 119, ตอนที่ 86 ก. (ลงวันที่ 5 กันยายน 2545).
2. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย.การจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดจากการแยกกากตัวที่บ้านและการแยกกากตัวในชุมชน.[อินเทอร์เน็ต].2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://env.anamai.moph.go.th/th/covid-19/download/?did=205993&id=78367&reload=>
3. กรมควบคุมมลพิษ.คพ. เผยปี 2564 ขยะมูลฝอยลดลง ขยะติดเชื้อและขยะอันตรายเพิ่มขึ้น เน้นจัดการอย่างถูกวิธี.[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.pcd.go.th/pcd_news/20802?fbclid=IwAR2K6Yhl0eLDzQK3aV-QttlKmaNjQXQpAj2doYxaXc5uW_FXLYixRVJjOBA
4. สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอสวรรคโลก. รายงานข้อมูลครัวเรือนความจำเป็นพื้นฐานระดับตำบล อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย 2564. สุโขทัย:สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอสวรรคโลก
5. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.สถานการณ์ COVID – 19 จังหวัดสุโขทัย.[อินเทอร์เน็ต].2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก http://www.sukhothai.go.th/covid2019/situationcovid2019/01042565.jpg?fbclid=IwAR2DcQLdnI-1CDAF_TLaCS_mvY-Rfc_uxrmXxXMfHmJmiubgXJXd1-r2HGg

6. Green, L. W., & Krueter, M. W. Health promotion planning: An educational and environmental approach. 1991.C.A.: Mayfield Publishing.
7. Wayne W., D. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6th ed.). John Wiley&Sons, Inc., 1995;177-178.
8. กัลยาณี อุปราสิทธิ์ และคณะ.พฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนในเขตเทศบาลตำบลสันโป่ง อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่.วารสารบัณฑิตวิจัย Journal of Graduate Research 2558;6 (ฉบับที่ 2).163
9. ประสาท รุจิรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลวังน้ำเขียว. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2560; 5(ฉบับที่ 2),35
10. รติรส ตะโกพร. พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี (รายงานการค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต). เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยศิลปากร;2558
11. ศรีนทร์ทิพย์ บุญจันทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของแม่บ้าน ในตำบลบึงพระ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559
12. สกลรัตน์ โทนมิ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ตำบลตะบะ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2563; 13 (ฉบับที่ 2): 32-44
13. พรสิทธิ์ ศรีสุข และ อภิชาติ กองเงิน. การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนแบบการมีส่วนร่วมของ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2564; 8 (ฉบับที่ 2): 18-33
14. สรวุฒิ ทับผดุง และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอย อำเภอเมือง จังหวัด พิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563

สถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความรุนแรงของโรค การคลอด และทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 2 ปี 2564

เมทิกา ใหม่หลวงกาฬ พย.บ.

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

วันที่รับบทความ (received) 31 ตุลาคม 2565, วันที่แก้ไขบทความ (revised) 15 พฤศจิกายน 2565,

วันตอบรับบทความ (accepted) 28 ธันวาคม 2565

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคระบาด ซึ่งการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหญิงตั้งครรภ์ และหาความสัมพันธ์หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความรุนแรง ของอาการ หญิงตั้งครรภ์ การคลอดและต่อทารกแรกเกิด งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ในเขตสุขภาพที่ 2 เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มีนาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2564 โดยใช้แบบรายงานหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทารกแรกเกิด ผลการศึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 444 ราย พบมีปอดอักเสบ/เสียชีวิตร้อยละ 9.68 พบช่วงอายุที่ติดเชื้อ ส่วนใหญ่อายุ 20-30 ปี มีปอดอักเสบ/เสียชีวิต ร้อยละ 4.73 อายุครรภ์พบติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ไตรมาส 3 ช่วงอายุครรภ์ 28-42 สัปดาห์ พบมีปอดอักเสบ/เสียชีวิต ร้อยละ 7.43 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบอายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) การไม่ได้รับวัคซีน พบมีปอดอักเสบ/เสียชีวิต ร้อยละ 9.46 อายุครรภ์ที่คลอดเฉลี่ย 37.85 สัปดาห์ พบคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 17.16 น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 19.80 พบมีปอดอักเสบ/เสียชีวิต ร้อยละ 3.30

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์,การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019,คลอดก่อนกำหนด

Situation of coronavirus disease 2019 in pregnant women and factors associated with disease severity, delivery and neonatal outcome in Health Region 2, 2021

Maythika mailoungkard Bachelor of Nurse Science

Health promotion center

Abstract

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is an epidemic which the infection of the coronavirus 2019 has a severe impact to infected person. The purpose of this study was to examine the situation of Coronavirus 2019 infection pregnant women and to determine the relationship of pregnant women infected with coronavirus 2019 to the severity of pregnancy symptoms, childbirth and newborn. This research is a descriptive study in the Health Center 2, collecting data from 1 March 2021 to 31 December 2021 by using the report form of pregnant women infected with COVID-19 within 6 weeks and newborns. According to the study, 9.68% of 444 pregnant women infected with the coronavirus 2019 are dead or pneumonia, mostly 20-30 years old (4.73% pneumonia/died). Most of infected people were in the third trimester (28-42 weeks gestational age) with 7.43% of death and pneumonia. This study found that the gestational age of pregnant women was significantly associated with disease severity ($p = .000$). 9.46% of lack of vaccinations are pneumonia/death. The mean gestational age of childbirth was 37.84, preterm childbirth was 17.16%. Birth weight less than 2,500 grams was 19.80% and pneumonia/death 3.30%.

Keywords: pregnant women , coronavirus 2019 infection, preterm Labor

ความเป็นมา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อครั้งแรก กลางเดือนมกราคม 2563⁽¹⁾ การระบาดของโรคโควิด-19 ประเทศไทยใช้มาตรการ ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) โดยการปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home) รักษาระยะห่างทางสังคม เช่น มาตรการอยู่บ้าน จดเว้นการเดินทาง และปิดสถานที่ต่างๆ⁽²⁾ การระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ เป็นการระบาดเชื้อสายพันธุ์ใหม่ ในเดือนธันวาคม 2563 คือสายพันธุ์ G614⁽¹⁾ ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่พบในสหภาพมา ตระกูลคนไทยติดเชื้อ รายแรกและแพร่เชื้อจากตลาดกลางกุ้ง ซึ่งเป็นตลาดใหญ่ขายอาหารทะเล จังหวัดสมุทรสาคร พบผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าว สัญชาติเมียนมา มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีอาการแสดง และพักอาศัยในสภาพ แออัด ทำให้เกิดการระบาดเป็นกลุ่มใหญ่ และกระจายไปหลายจังหวัด ในกลุ่มคนที่ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร เล่นพนัน และงานสังสรรค์⁽²⁾ สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 กระจายไป ในทุกภาคทั่วประเทศ สถานการณ์ในประเทศไทย ในช่วงเดือนมกราคม 2564 - 12 สิงหาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อสะสม 810,908 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 209,028 ราย และเสียชีวิต 6,848 ราย⁽²⁾ โรคโควิด-19 ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจตั้งแต่โรคหัดธรรมดาจนถึงปอดอักเสบ(pneumonia) ที่มีอาการรุนแรง ปี 2564 องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศยกระดับโรคโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ จากการแพร่ระบาดลุกลามไปทั่วโลก ทำให้อัตราการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก⁽³⁾

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง การปกครอง⁽⁴⁾ เช่น ธุรกิจร้านอาหารหรือร้านค้าปลีก ต้องปิดตัวลงจำนวนมาก การส่งออก การเข้าถึงและการกระจายสินค้า ลดลงธุรกิจการท่องเที่ยวหยุดชะงัก อัตราการตกงานและว่างงานสูงขึ้น ครอบครัวจำนวนมากขาดรายได้^(2,4) ผลกระทบด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัว เกิดภาวะเครียด เจ็บป่วย และเสียชีวิตจำนวนมาก อัตรา การครองเตียงของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประสิทธิภาพในการให้บริการและการใช้ ทรัพยากรด้านสาธารณสุขของประเทศเช่น แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาล ยาเวชภัณฑ์ต่างๆขาดแคลน⁽⁵⁾ จาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และการเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเมื่อเกิดการติดเชื้อจะมีอาการที่รุนแรงหรือ เสียชีวิตได้ และยังส่งผลให้ทารก มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด ส่งผลกระทบในระยะยาวต่อพัฒนาการและ การเจริญเติบโตของทารกที่เป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศในอนาคต รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการ รักษาที่สูงขึ้น สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด 19 ระลอก 3 ตั้งแต่ช่วงปลายปี 2563 จนถึงปี 2564 มี จำนวนประชากรติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลการติดเชื้อของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2563 – 7 สิงหาคม 2564 สถานการณ์ประเทศไทยพบมีหญิง ตั้งครรภ์ติดเชื้อ 1,801 ราย เสียชีวิต 31 ราย โดยพบว่า 29 รายเสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบรุนแรงจากเชื้อโค วิด 19 โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีความเสี่ยงที่โรคจะรุนแรงกว่าคนทั่วไป และมีโอกาสต้อง เข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น⁽⁴⁾

หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มเปราะบาง มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และกลไกในการตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อระบบหัวใจและทางเดินหายใจได้รับผลกระทบ จะกระตุ้นให้ระบบการหายใจล้มเหลวได้อย่างรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้^(10,11) ดังนั้นจึงมีความจำเป็น ที่จะต้องศึกษาสถานการณ์และความรุนแรงของอาการ ผลกระทบต่อการคลอด และผลกระทบต่อการรกแรกเกิด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 เพื่อจะได้วางแผนและพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 2 ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

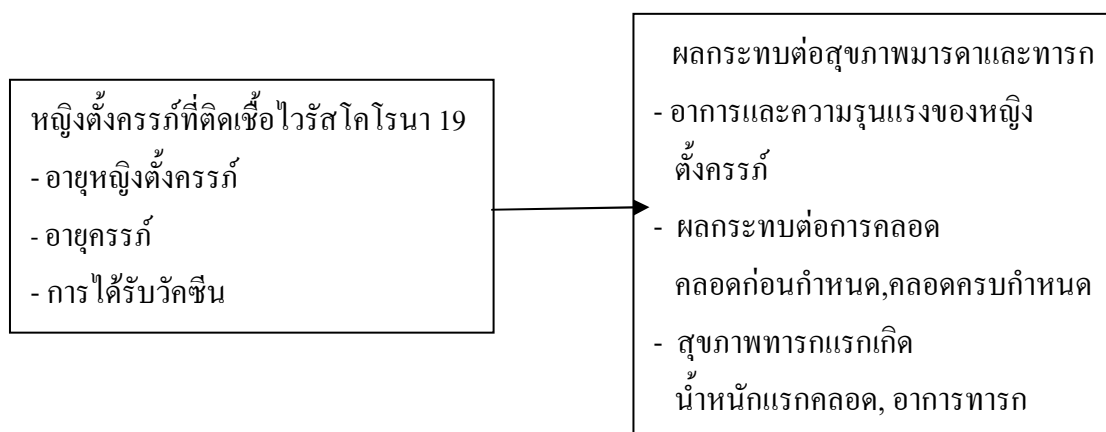
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความรุนแรงของโรค การคลอด และทารกแรกเกิด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตสุขภาพที่ 2

วิธีการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

กรอบแนวคิด



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด -19 ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด -19 ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 และมีข้อมูลครบถ้วนในระบบรายงานของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ข้อมูลไม่ครบถ้วนในระบบรายงานของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในระบบรายงานหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทารกแรกเกิด ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 18/2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทารกที่เกิดกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2564 มีหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดจำนวน 25,222 ราย พบติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการรายงานหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทารกแรกเกิด ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยจำนวน 444 ราย (ร้อยละ 1.76) โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้ามาวิเคราะห์ข้อมูล และไม่ได้คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษานี้(exclusion criteria) เนื่องจากได้ข้อมูลครบถ้วนทุกราย เป็นหญิงไทยจำนวน 239 ราย (ร้อยละ 53.83) หญิงต่างชาติจำนวน 205 ราย (ร้อยละ 46.17) จังหวัดตากพบติดเชื้อสูงสุดจำนวน 376 ราย (ร้อยละ 84.68) รองลงมาคือจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 5.63) อายุเฉลี่ย 26.77 ปี (SD 6.43) อายุครรภ์ที่ตรวจพบเชื้อส่วนใหญ่ อยู่ในไตรมาส 3 ช่วงอายุครรภ์ 28-42 สัปดาห์ จำนวน 357 ราย (ร้อยละ 80.40) อายุครรภ์เฉลี่ย 37.67 สัปดาห์ (SD= 2.65) ได้รับวัคซีนจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 5.86) ผ่าตัดคลอด จำนวน 161 ราย (ร้อยละ 53.14) (ตารางที่ 1)

สำหรับข้อมูลทารกแรกเกิด พบว่าทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลอดก่อนกำหนด 52 ราย (17.16) น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 19.80) น้ำหนักเฉลี่ย 2,900.74 กรัม (SD = 609.32) คลอดที่อายุครรภ์เฉลี่ย 37.85 สัปดาห์ (SD = 2.19) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=444)

ข้อมูลพื้นฐาน (n=444 ราย)	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ (ปี)(mean±SD)	26.77 ±6.43
เชื้อชาติ	
หญิงไทย	239 (53.83)
ต่างชาติ	205 (46.17)
จังหวัด	
ตาก	376 (84.69)
สุโขทัย	12 (2.70)
พิษณุโลก	14 (3.15)
เพชรบูรณ์	25 (5.63)
อุตรดิตถ์	17 (3.83)
อายุครรภ์ที่ตรวจพบเชื้อ (สัปดาห์)	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)(mean±SD)	37.67 ± 2.65
ไตรมาส 1 ช่วงอายุครรภ์ 1-13 สัปดาห์	27 (6.08)
ไตรมาส 2 ช่วงอายุครรภ์ 14-27 สัปดาห์	60 (13.51)
ไตรมาส 3 ช่วงอายุครรภ์ 28-42 สัปดาห์	357 (80.41)
การได้รับวัคซีน	
ได้รับวัคซีน	26 (5.86)
ไม่ได้รับวัคซีน	418 (94.14)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด (n=303)

ข้อมูลพื้นฐานทารกแรกเกิด	จำนวน (ร้อยละ)
วิธีการคลอด	
คลอดทางช่องคลอด	142 (46.86)
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	161 (53.14)
การคลอด (สัปดาห์)	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)(mean±SD)	37.85 ± 2.19
คลอดครบกำหนด (≥ 37 สัปดาห์)	251 (82.84)
คลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์)	52 (17.16)
น้ำหนักแรกเกิด	
น้ำหนักแรกเกิด(กรัม) (mean±SD)	2,900.74 ± 609.32
< 2,500	60 (19.80)
≥ 2,500	243 (80.20)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยกับความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 444 ราย พบมีปอดอักเสบ/เสียชีวิต จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 9.68) พบช่วงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อายุ 20-30 ปี มีปอดอักเสบ/เสียชีวิต จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 4.73) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบอายุของหญิงตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เชื้อชาติส่วนใหญ่เป็นคนต่างชาติ มีปอดอักเสบ/เสียชีวิต จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 5.18) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบเชื้อชาติสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .048$) อายุครรภ์ที่ตรวจพบการติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ไตรมาส 3 ช่วงอายุครรภ์ 28-42 สัปดาห์ พบมีปอดอักเสบ/เสียชีวิตมากที่สุด จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 7.43) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบอายุของหญิงตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) การไม่ได้รับวัคซีน พบมีปอดอักเสบ/เสียชีวิตมากที่สุด จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 9.46) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบการได้รับวัคซีนของหญิงตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .849$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานและความรุนแรงของโรค

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนทั้งหมด	ไม่มีอาการ/อาการเล็กน้อย	มีปอดอักเสบ/เสียชีวิต	p-value
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
รวมทั้งหมด	444	401 (90.32)	43 (9.68)	
อายุ(ปี)				.001
ต่ำกว่า 20 ปี	91 (20.49)	84 (18.91)	7 (1.58)	
20-30 ปี	225 (50.68)	204 (45.95)	21 (4.73)	
30-40 ปี	116 (26.13)	103 (23.20)	13 (2.93)	
มากกว่า 40 ปี	12 (2.70)	10 (2.25)	2 (0.45)	
เชื้อชาติ				.048
ไทย	239 (53.83)	219 (49.32)	20 (4.51)	
ต่างชาติ	205 (46.17)	182 (40.99)	23 (5.18)	
อายุครรภ์ที่ตรวจพบการติดเชื้อ (สัปดาห์)				.000
ไตรมาส 1 ช่วงอายุครรภ์ 1-13 สัปดาห์	27 (6.08)	24 (5.40)	3 (0.68)	
ไตรมาส 2 ช่วงอายุครรภ์ 14-27 สัปดาห์	60 (13.51)	53 (11.94)	7 (1.58)	
ไตรมาส 3 ช่วงอายุครรภ์ 28-42 สัปดาห์	357 (80.41)	324 (72.97)	33 (7.43)	
การได้รับวัคซีน				.849
ได้รับวัคซีน	26 (5.86)	25 (5.63)	1 (0.22)	
ไม่ได้รับวัคซีน	418 (94.14)	376 (84.69)	42 (9.46)	

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยกับความรุนแรงของทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พบว่า ทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 303 รายซึ่งไม่เท่ากับจำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่นำมาวิเคราะห์เนื่องจากในช่วงการรายงานข้อมูลเด็กยังไม่คลอด 131 ราย และมีปอดอักเสบ/เสียชีวิต จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 3.30) พบทารกคลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์) จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 17.16) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบอายุครรภ์ที่คลอดไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .293$) ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 60 ราย (ร้อยละ

19.80) มีปอดอักเสบ/เสียชีวิต จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 3.30) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่านักทากรกแรกเกิดไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .081$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานและความรุนแรงของโรค

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนทั้งหมด	ไม่มีอาการ/อาการเล็กน้อย	มีปอดอักเสบ/เสียชีวิต	p-value
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
รวมทั้งหมด	303	293 (96.70)	10 (3.30)	
อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)				.293
คลอดครบกำหนด (≥ 37 สัปดาห์)	251 (82.84)	248 (81.85)	3 (0.99)	
คลอดก่อน กำหนด (< 37 สัปดาห์)	52 (17.16)	45 (14.85)	7 (2.31)	
น้ำหนักแรกเกิด				.081
$< 2,500$	60 (19.80)	50 (16.50)	10 (3.30)	
$\geq 2,500$	243 (80.20)	243 (80.20)	0 (0)	

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2564 มีหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดจำนวน 25,222 ราย พบติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการรายงานหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทารกแรกเกิด ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยจำนวน 444 ราย (ร้อยละ 1.76) จากการทบทวนอาการและอาการแสดงของโรคจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ศึกษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 147 ราย มีผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงร้อยละ 8 และภาวะวิกฤตที่ระบบทางเดินหายใจที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 1⁽¹²⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ การติดเชื้อช่วงการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกอาจเพิ่มความเสี่ยงของความผิดปกติของทารกแรกเกิด และเกิดการแท้งบุตรระหว่างการสร้างอวัยวะในช่วงไตรมาสแรก เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะพบอาการและความรุนแรงและพบความผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจที่รุนแรงเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบภูมิคุ้มกันและระบบหัวใจและหลอดเลือดในระหว่างตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ ทั้งนี้เมื่อเกิดการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยง

เสี่ยงต่อผลการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ เลือดแข็งตัวผิดปกติ กระตุ้นโรคแทรกซ้อนทางสูติกรรม ให้มีความรุนแรงมากขึ้น คลอดก่อนกำหนดเป็นต้น⁽⁷⁾ จากผลการศึกษาพบหญิงตั้งครรภ์มีปอดอักเสบ/เสียชีวิต จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 9.68) พบความรุนแรงคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 17.16) เมื่อพิจารณาการได้รับวัคซีน พบว่า วัคซีนมีประโยชน์เพื่อลดการติดเชื้อ ลดการเกิดโรคที่รุนแรงและลดการเสียชีวิต⁽⁵⁾ จากข้อมูล พบหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับวัคซีนจำนวน 418 ราย (ร้อยละ 94.14) การไม่ได้รับวัคซีนพบมีปอดอักเสบ/เสียชีวิตมากที่สุด จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 9.46) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อที่ทำให้เกิดความรุนแรงได้ นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์และอายุครรภ์สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการและการคลอด สอดคล้องกับผลการศึกษากรมอนามัย ดังนั้นการทบทวนปัจจัยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความรุนแรงอาการ การคลอดและอาการทารกแรกเกิดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการศึกษากครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Zaigham และ Andresson⁽¹³⁾ พบว่าส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ มีไข้ร้อยละ 68 มีอาการไอร้อยละ 34 หายใจลำบากร้อยละ 12 ได้รับการผ่าคลอดร้อยละ 91 ไม่มีการเสียชีวิตของมารดา มีทารกเสียชีวิต 1 ราย

สำหรับทารกแรกเกิดที่เกิดจากแม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากผลการศึกษาพบทารกมีปอดอักเสบ/เสียชีวิต จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 3.30) ซึ่งเป็นรายที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับรุนแรงและมีภาวะปอดอักเสบและใส่ท่อช่วยหายใจ ที่ผ่านการคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดแบบเร่งด่วน และหลังจากนั้นก็เสียชีวิต จากการทบทวนการเสียชีวิตของทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า การเสียชีวิตของทารกส่วนใหญ่เกิดจากทารกเกิดในขณะที่มีอายุครรภ์น้อย มีภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด มีการติดเชื้อรุนแรงในปอด ส่งผลให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว⁽⁷⁾ การศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 17.16 และส่วนมากเป็นการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 53.314 สาเหตุอาจเนื่องมาจากความรุนแรงของมารดาที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้สูติแพทย์ต้องผ่าตัดคลอด และพบว่าทารกแรกเกิดทุกรายให้ผลการตรวจ neonatal SARS-CoV-2 Negative สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่พบว่ายังไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดที่พบว่ามีการตรวจพบ SARS-CoV-2 ในเลือดจากสายสะดือ รก และ/หรือน้ำคร่ำ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงไม่ใช่ข้อบ่งชี้สำหรับการผ่าตัดคลอด การประเมินวิธีการคลอดและระยะเวลาในการคลอดควรพิจารณาเป็นรายบุคคลโดยพิจารณาจากความรุนแรงของโรค และข้อบ่งชี้ทางสูติกรรมเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 นำข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหญิงตั้งครรภ์ จากการวิจัยเป็นพื้นฐานในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรการ และเพื่อเป็นแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 2

1.2 เพื่อเป็นการพัฒนาแผนกฟากครรภ์คุณภาพ แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในระยะคลอด และหลังคลอด ในเขตสุขภาพที่ 2

1.3 พัฒนาศูนย์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 2

2. ข้อเสนอแนะแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

2.1 การประชาสัมพันธ์เรื่องการรับวัคซีนเพื่อป้องกันความรุนแรง โรคโควิด-19 และการมาฝากครรภ์เร็ว เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ และชุมชนต้องเริ่มจากเจ้าหน้าที่ควรมีความรู้ก่อน และพร้อมแนะนำหญิงตั้งครรภ์

2.2 สร้างความรอบรู้ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ให้หญิงตั้งครรภ์ สามี และครอบครัว ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ

2.3 สร้างความเข้าใจในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ เช่น อสม. ผู้นำชุมชน โดยเน้นย้ำเรื่องการฝากครรภ์เร็ว และการรับวัคซีนเพื่อป้องกันความรุนแรง โรคโควิด-19

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ โดยได้รับความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ที่กรุณาให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลรายงานหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 2 ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงโชติรส พันธุ์พงษ์ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดร.ลินดา สิริภูบาล รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก และนางสาวปิยพรรณ ตระกูลทิพย์ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก ที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้มาโดยตลอด สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 2 ทั้ง 50 แห่ง ที่รายงานข้อมูลให้มีความครอบคลุมในรายงานหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทารกแรกเกิด จนเกิดข้อมูลเฝ้าระวังและแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 2 รวมทั้งผู้มีความเกี่ยวข้องในการทำวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่มีได้กล่าว นาม ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. มาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2564] เข้าถึงได้จาก:

<https://ncmc.moph.go.th/home/index.php/index/detail/29762>

2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 สิงหาคม 12 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2564] เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no587-120864.pdf>

3. WHO. (2021). Impact of COVID-19 on people's livelihoods, their health and our food systems. Retrieved July 3, 2021, From <https://www.who.int/news/item/impact-of-covid-19-on-people's-livelihoods-their-health-and-our-food-systems>.
- 4..กรมควบคุมโรค.แนวทางปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต].2564 เมษายน 17 [เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2564] เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-non572-280764.pdf>
5. สำนักนายกรัฐมนตรี. แดงการณ้สำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนที่ 24 ก.25 มีนาคม 2563.
6. กรมอนามัย.การขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร [อินเทอร์เน็ต].2564 กรกฎาคม 22 [เข้าถึงเมื่อ 22 กรกฎาคม 2564] เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/pagegroup-mch/205741/>
7. กรมอนามัย.การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดและทารกแรกเกิดภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 [อินเทอร์เน็ต].2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]เข้าถึงได้จาก : <https://covid19.anamai.moph.go.th>
- 8.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคโควิด-19. ฉบับปรับปรุง Version 7 [อินเทอร์เน็ต].2564 ธันวาคม 17 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก : <http://www.rtcog.or.th/home/wpcontent/uploads/2022/05/OB-63-022version7.pdf>
9. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การรณรงค์ให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์. ฉบับปรับปรุง Version 16 [อินเทอร์เน็ต].2564 สิงหาคม 20 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2564] เข้าถึงได้จาก: <http://www.rtcog.or.th/home7/5252/5252/>
10. Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2020; 222(6): 521-531. doi: 10.1016/j.ajog.2020.03.021.
11. Hammad, WAB, Beloushi, MA, Ahmed, B, & Konje, JC.(2021). Severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus-2 infection (COVID-19) in pregnancy - An overview. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 263, 106–116. doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.06.001
- 12.WHO. (2021). Coronavirus disease (COVID-19): Vaccines. Retrieved July 7, 2021, from <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-vaccines>.

13. Zaigham M, Andersson O, Maternal and perinatal outcomes with COVID 19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020;10.1111/aogs.13867
14. Zhenmin, L. (2020). Message on COVID-19 from USG. United Nations. Retrieved April 22, 2020, from <http://www.un.org/development/desa/statement/mr-liu/2020/03/message-on-covid-19/>
15. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) – China [Internet]. ReliefWeb. [cited 2021 Dec 9]. Available from: <https://reliefweb.int/report/china/report-who-china-joint-mission-coronavirus-disease-2019-covid-19>

แบบรายงานหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทารกแรกเกิด

1. ชื่อสถานพยาบาล.....จังหวัด.....
 2. รหัสอาสาศึกษาที่ติดเชื้อ COVID-19.....อายุ.....
 3. สัญชาติ ☐ มีบัตรประชาชน 13 หลัก ☐ ไม่มีบัตรประชาชน 13 หลัก
 4. วันที่มาโรงพยาบาล.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
 5. ประวัติการได้รับวัคซีน ☐ ไม่ได้รับวัคซีน ☐ ได้รับวัคซีน
 วัคซีนเข็มที่ 1 ☐ Sinovac ☐ AstraZeneca ☐ Sinopharm
☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Johnson&Johnson
 วัคซีนเข็มที่ 2 ☐ Sinovac ☐ AstraZeneca ☐ Sinopharm
☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Johnson&Johnson
 6. ความรุนแรงของอาการ ☐ ไม่มีอาการ ☐ อาการเล็กน้อย ☐ ปอดอักเสบแต่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ
☐ ปอดอักเสบและใส่ท่อช่วยหายใจ
 7. วันที่ตรวจพบเชื้อโดย RT-PCR (ว/ด/ป)..... มีอายุครรภ์..... สัปดาห์ หรือ หลังคลอด.....วัน
 วันที่ตรวจพบเชื้อโดย RT-PCR (ครั้งที่ 2) (ว/ด/ป).....
 8. ข้อมูลการคลอด
☐ ยังไม่คลอด
☐ คลอดทางช่องคลอด ☐ ผ่าตัดคลอด อายุครรภ์ขณะคลอด.....สัปดาห์
- กรณีคลอดแล้ว ตอบข้อ 9 - 16**
9. วันที่คลอด (ว/ด/ป).....
 10. น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม Apgar Score 1 นาที = 5 นาที =
 11. วันที่ตรวจพบเชื้อโดย RT-PCR ครั้งที่ 1 ตรวจวันที่ อายุ.....ชั่วโมง
 วันที่ตรวจพบเชื้อโดย RT-PCR ครั้งที่ 2 ตรวจวันที่ อายุ.....ชั่วโมง
 วันที่ตรวจพบเชื้อโดย RT-PCR ครั้งที่ 3 ตรวจวันที่ อายุ.....
 12. ความรุนแรงของอาการเด็ก ☐ ไม่มีอาการ ☐ อาการเล็กน้อย ☐ ปอดอักเสบแต่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ
☐ ปอดอักเสบและใส่ท่อช่วยหายใจ
 13. ความผิดปกติของทารก
 14. การแยกแม่ลูก
☐ แม่ – ลูกอยู่ห้องเดียวกัน ☐ แม่ลูกอยู่ห้องเดียวกันแต่มีการเว้นระยะห่าง 2 เมตร
☐ แยกห้องกันแต่อยู่ด้วยกันบางเวลา ☐ แยกกันอยู่คนละห้อง : ผู้เลี้ยงดู ☐ พ่อเด็ก ☐ ญาติ ☐ คนอื่น
 15. การให้นมลูก
☐ ให้ลูกกินนมจากเต้า ☐ ป้อนนมแม่โดยให้ผู้อื่นช่วยป้อน ☐ กินนมผสม ☐ กินนมแม่และนมผสม
 16. วันที่จำหน่ายเด็ก (ว/ด/ป)..... ☐ กลับพร้อมแม่ ☐ แยกกันกลับ



QR CODE ดาวน์โหลดแบบฟอร์มรายงานฯ
 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ผู้รายงาน.....
 วันที่รายงาน.....

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่: ที่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100

รหัสโครงการวิจัย :	18/2565.....
ชื่อโครงการวิจัย :	ศึกษาสถานการณ์และความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความรุนแรงของอาการ การคลอดและต่อทารกแรกเกิด ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 2.....
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย :	นางเมธิกา ใหม่หลวงภาค.....
ชื่อผู้ร่วมวิจัย :	นางสาววันทนา จันทวงษ์, นางสาวดวงหทัย จันทร์เชื้อ.....
หน่วยงาน :	ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก.....

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง	
1. โครงร่างวิจัย	ฉบับที่ 1 วันที่ 30 พฤษภาคม 2565
2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร	ฉบับที่ 1 วันที่ 30 พฤษภาคม 2565
3. ใบยินยอม	ฉบับที่ 1 วันที่ 30 พฤษภาคม 2565
4. เครื่องมือ/แบบสอบถาม	ฉบับที่ 1 วันที่ 30 พฤษภาคม 2565

กระบวนการพิจารณาโครงการวิจัย :	☒ การประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ 7 วันที่ 27 เดือน เม.ย. พ.ศ.2565 ☐ การทบทวนพิจารณาแบบเร่งด่วน เดือน...พ.ศ....
--------------------------------	--

เสนอรายงานความก้าวหน้า : ทุกๆ	☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☒ 1 ปี ☐ อื่นๆ.....
วันที่เริ่มอนุมัติ	30 พฤษภาคม 2565 วันหมดอายุ 30 พฤษภาคม 2566


 ลงนาม.....
 (พญ.โชติรส พันธุ์พงษ์)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
 ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
 Health Promotion Center Regional Office 1 Chiang Mai
 Department of Health

เงื่อนไข

1. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุหรือต้องการขยายเวลาดำเนินการวิจัย ให้ขอความเห็นชอบก่อนหนังสือรับรองหมดอายุ 2 เดือน พร้อมทั้งส่งรายงานความก้าวหน้า
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการอย่างเคร่งครัด
3. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการ หากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงต้องรายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบโดยเร็วและให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ว่าเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร หากเกี่ยวข้องกับระดับใด รวมทั้งการดูแลรักษาและป้องกันอาสาสมัครด้วย
4. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงตามที่ระบุในข้อ 2 โครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมทั้งเหตุผลที่เปลี่ยนแปลงเพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ก่อน ดำเนินการวิจัยต่อไป
5. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ ผู้วิจัยต้องสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยด้วย
6. โครงการวิจัยที่แล้วเสร็จตามกำหนดระยะเวลาของแผนการวิจัย ให้จัดส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย และบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน

ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทักษะที่จำเป็นของ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

นนุช โอบะ, พย.ม., กศ.ด.¹

สุวิทย์พร สีหอแก้ว, พย.ม.²

อารียา นาคศิริ, สบ.²

1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพริก อ.เมือง พิชญ์โลก

วันที่รับบทความ (received) 11 พฤศจิกายน 2565, วันที่แก้ไขบทความ (revised) 23 ธันวาคม 2565,

วันที่ตอบรับบทความ (accepted) 28 ธันวาคม 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว ดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 : วิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยศึกษาจากฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ขั้นตอนที่ 2 : ศึกษาทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องจำนวน 11 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แบบบันทึกความต้องการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และแนวทางสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า โรคที่พบบ่อย 3 โรคของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.15) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 24.53) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 15.10) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การใช้ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ หัตถการทางการแพทย์ และการดูแลระยะสุดท้าย ผลการสนทนากลุ่ม พบว่า การแนะนำการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยฟื้นฟูสภาพ ทักษะการทำแผนการดูแล การประเมินสุขภาพจิต และทักษะการจัดกิจกรรมนันทนาการขณะเยี่ยมบ้าน เป็นทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์นี้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ : ความต้องการบริการสุขภาพ ทักษะที่จำเป็น ระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว

The Health Services Needs of Dependent Older Adults and The Essential Skill of Older Adults Caregiver in Long-Term Care System

Nongnut Oba¹, M.N.S., Ph.D.

Suweeporn Sihokaeo², M.N.S.

Areeya Naksiri², B.P.H.

1.Faculty of Nursing, Naresuan University

2.Wadprik Sub-district Health Promotion Hospital, Mueang district, Phitsanulok Province

This qualitative research aimed to analyze health services needs of dependent older adults and the essential skills of older adult caregivers in long-term care systems. Two steps of research design consisted of: firstly, analyzing health service needs of dependent older adults by using the database of long-term care systems in a sub-district health promotion hospital. Secondly, examining of essential skills among older adult caregivers in the long-term care system by using focus group discussion of eleven key informants. Research instruments were content validated by three experts included data collecting information form of dependent older adult registered; older adult health service needs form, and group discussion guideline.

The quantitative data was analyzed by number and percentage and qualitative data was analyzed by content analysis. The results showed that Three common diseases of the dependent older adults were: hypertension (31.15%), stroke (24.53%) and diabetes (15.10 %). Health services needs of dependent older adults were helping with daily activities, medication using, medical equipment support, nursing procedure, and palliative care. Focus group discussion found that care givers essential skills were included medication using, rehabilitation tools using, care plans writing skill, mental health assessments and home visit skill to organized recreational activities. These results indicated that health care providers should apply the data as a valuable approach for shaping further care of dependent older adults in long-term care systems.

Keywords: Health service need, Essential skill, Long-term care system

บทนำ

ประเทศไทยได้นำระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนมาตั้งแต่ปี 2545 โดยได้ระบุไว้ใน แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564) และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care; LTC) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลอย่างเป็นทางการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่าง ๆ สู่ชุมชน จากความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)⁽¹⁾

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่มด้วยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยกลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) มีคะแนน ADL เท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนน กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน และ กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนน ADL 0-4 คะแนน^(2,3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้สูงอายุ 2 กลุ่มคือกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่มีคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-11 คะแนน ซึ่งจะได้อธิบายเป็นระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว¹ เนื่องจากผู้สูงอายุในภาวะนี้มีข้อจำกัดหลายประการ การดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ คือการทำงานร่วมกันของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) ที่เรียกย่อว่า CM และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่เรียกย่อว่า CG ซึ่งต้องผ่านการฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงาน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาท ได้แก่ 1) ให้การดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบาย 2) ให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ 3) ให้การประคับประคอง เช่น การประคับประคองทางด้านร่างกายและจิตใจ 4) ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และ 5) เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างบุตรและญาติมิตรกับผู้สูงอายุ สามารถประเมินอาการ ดูแลและทำการปรึกษาส่งต่อไปยังผู้ประกอบวิชาชีพต่อไป บุคคลกลุ่มนี้ต้องผ่านหลักสูตรอบรมซึ่งมี 2 แบบ คือ หลักสูตร 420 ชั่วโมงจัดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และหลักสูตร 70 ชั่วโมง ซึ่งจัดโดยหน่วยงานทั่วไป^(1,4)

จากผลการประเมินการดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวของหน่วยงานหนึ่ง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าปัญหาอุปสรรคสำคัญประการหนึ่ง คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดตามดูแลที่บ้านไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นไปตามแผนการดูแล (Care plan) เนื่องจากสถานการณ์โรคโควิด-19ระบาด⁽⁵⁾ และงานวิจัยหนึ่งดำเนินการค้นหาแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้เป็นไปตามแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจากการสนทนา

กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ให้ข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ในการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเหมาะสมด้วย⁽⁶⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ได้เข้าร่วมเป็นตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ในปีงบประมาณ 2565 มีประชาชนในความดูแลจำนวน 1,969 ครอบครัว เป็นชาย 4,528 คน หญิงจำนวน 4,951 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 2,243 คน จากการสำรวจโดยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 43 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพริก มีระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงแบบการดูแลระยะยาว (Long-term care: LTC) โดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร 420 ชั่วโมงหรือหลักสูตร 70 ชั่วโมงแล้ว และมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นผู้จัดการดูแล (Care manager) จำนวน 2 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข⁽⁸⁾ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพริกมีเป้าหมายในการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามเป้าหมายของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีการวิเคราะห์ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงรวมทั้งทักษะทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ให้บริการที่บ้าน ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่ต้องดำเนินการก่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จากแนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวและเป้าหมายการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพริก ผู้วิจัยจึงศึกษาความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพริก เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว
2. ศึกษาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว

วิธีการ

งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 : เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิจัยเอกสาร (Documentary research) ผู้วิจัยวิเคราะห์ การบริการสุขภาพที่ ต้องการได้รับของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัด พิษณุโลก โดยศึกษาจากข้อมูลส่วนบุคคล โรคประจำตัว ยาที่ได้รับ และความสามารถในการทำกิจกรรม ประจำวันของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 : เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในการศึกษาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุของ ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ขั้นตอนนี้นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการสนทนากลุ่ม ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) ได้แก่

1. ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 เป็นฐานข้อมูลทะเบียนของผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพริก ปีงบประมาณ 2565

2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกแบบเจาะจงโดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ (1) เป็นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (2) ขึ้นทะเบียนในระบบการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ (1) เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุของรพ. สต.วัดพริก (2) ขึ้นทะเบียนในระบบการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือน และมีเกณฑ์ คัดออก(Exclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ (1) ย้ายที่ทำงานไปอยู่ในตำบลอื่น กลุ่มที่ 2 ได้แก่ (1) ย้าย ทะเบียนเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในตำบลอื่น งานวิจัยนี้มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 1) ผู้จัดการ ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข คือ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำนวน 1 คน และนักวิชาการ สาธารณสุขจำนวน 1 คน และ 2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน รวมผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสิ้น 11 คน

เครื่องมือวิจัย ได้แก่

1. แบบรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนผู้สูงอายุในระบบดูแลสุขภาพระยะยาว ประกอบด้วย รหัสผู้ป่วย สิทธิการรักษา ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วันที่เข้าระบบ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โรค ประจำตัว และยาที่ใช้

2. แบบบันทึกความต้องการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมบริการด้านสุขภาพจำนวน 5 กิจกรรม ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การใช้ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ หัตถการทางการแพทย์ และการดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งคัดเลือกจากประเด็นสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง^(9,10)

3. แนวสนทนากลุ่มผู้จัดการระบบการดูแลและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นข้อคำถาม ปลายเปิด มีคำถามเกี่ยวกับทักษะที่ใช้อยู่และทักษะที่ต้องการฝึกฝนเพิ่มเติมของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดำเนินการโดยนำเครื่องมือวิจัยไปผ่านความคิดเห็นจาก ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้าน

การดูแลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพ และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุง สำหรับแนวสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนำไปใช้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในการตอบ และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพริก อำเภอเมือง พิชณุโลก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุจากฐานข้อมูล รายชื่อผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในระบบ และขออนุญาตดำเนินการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2565 และรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจำนวน 11 คน โดยดำเนินงานดังนี้ 1) เลือกทีมงานที่จะดำเนินการสนทนากลุ่ม 2) วางแผนวันเวลาและสถานที่ในการสนทนากลุ่ม 3) คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด 4) เชิญกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเข้าร่วมสนทนาและขอเซ็นคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร 5) ดำเนินการสนทนากลุ่ม และ 6) บันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No. 409/2020 วันที่ 30 กรกฎาคม 2563 ผู้วิจัยเชิญกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมสนทนากลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยขออนุญาตใช้เทปบันทึกและถ่ายภาพ เมื่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลยินยอม ขอให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร การสนทนากลุ่มดำเนินการโดยคำนึงถึงการเป็นส่วนตัว และเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานจะนำเสนอในภาพรวมที่ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โรคที่เป็น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และยาที่ได้รับของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยจำนวนและร้อยละ

2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดของ USAID ⁽¹¹⁾ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ถอดเทปออกมาพิมพ์ไว้เป็นคำพูดของแต่ละคน 2) ผู้วิจัยอ่านข้อความทั้งหมดหนึ่งครั้ง พร้อมจดบันทึกแนวโน้มนัย แบบแผนและความคิดเห็นของส่วนรวม 3) อ่านแต่ละตอนที่ถอดความโดยทำการในส่วนที่สำคัญตามแนวคำถามสนทนากลุ่มและทำเครื่องหมายในส่วนที่จะนำไปเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์ 4) วิเคราะห์แต่ละคำถาม วิเคราะห์ปฏิกิริยาตอบสนองต่อคำถามแต่ละข้อ และ 5) เขียนข้อสรุป

ผลการวิจัย

1. ขั้นตอนที่ 1: วิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ปีงบประมาณ 2565 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวมีจำนวน 43 คน เป็นเพศชาย 18 คน (ร้อยละ 41.86) เพศหญิง 25 คน (ร้อยละ 58.14) มีอายุระหว่าง 51-60 ปีจำนวน 7 คน (ร้อยละ 16.28) อายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 37.21) อายุระหว่าง 71-80 ปีจำนวน 6 คน (ร้อยละ 13.95) และอายุ ≤ 81 ปีจำนวน 14 คน (ร้อยละ 32.56) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 – 11 คะแนน) จำนวน 25 คน (ร้อยละ 58.14) และกลุ่มติดเตียง (คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 0 -4 คะแนน) จำนวน 18 คน (ร้อยละ 41.86)

1.2 ผลการวิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ 1 คนเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค โดยพบเป็นโรคเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูงจำนวน 33 คน (ร้อยละ 31.15) หลอดเลือดสมองจำนวน 26 คน (ร้อยละ 24.53) เบาหวานจำนวน 16 คน (ร้อยละ 15.10) ไขมันในเลือดสูงจำนวน 14 คน (ร้อยละ 13.21) ไตเรื้อรังจำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.89) พาร์กินสัน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.89) โรคหัวใจจำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.89) และรูมาตอยด์ โรคจิตเภท ลมชัก ท่อปัสสาวะตีบตัน กระดูกสันหลังเสื่อม มะเร็งไขกระดูกมัยอิโลมา มาเลเรีย ตาบอด อุบัติเหตุ และไม่มีโรค ประเภทละ 1 คน (ร้อยละ 0.94) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสุขภาพ ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การใช้ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ หัตถการทางการแพทย์ และการดูแลระยะสุดท้าย (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนโรค ภาวะพึ่งพิง และความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามรายโรค

ลำดับ	โรค	จำนวน	การพึ่งพิง		ความต้องการบริการด้านสุขภาพ				
			ติดบ้าน	ติดเตียง	การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน	การใช้ยา	อุปกรณ์ทางการแพทย์	หัตถการทางการแพทย์	การดูแลระยะสุดท้าย
1	HT	33	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Stroke	26	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	DM	16	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	DLP	14	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	CRF & CKD	2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Parkinson	2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Heart disease	2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Rheumatoid	1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Senile	1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ตาราง 1 จำนวนโรค ภาวะพึ่งพิง และความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามรายโรค (ต่อ)

ลำดับ	โรค	จำนวน	การพึ่งพิง		ความต้องการบริการด้านสุขภาพ				
			ติดบ้าน	ติดเตียง	การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน	การใช้ยา	อุปกรณ์ทางการแพทย์	หัตถการทางการแพทย์	การดูแลระยะสุดท้าย
10	Schizophrenia	1			☐	☐			
11	Blindness	1	☐		☐	☐	☐		
12	Epilepsy	1			☐	☐			
13	Urethral strict	1			☐	☐		☐	
14	Spondylosis	1			☐	☐	☐		
15	Myeloma	1			☐	☐			
16	Accident	1			☐	☐	☐	☐	
17	Malaria	1			☐	☐			

หมายเหตุ HT = Hypertension, DM=Diabetes mellitus, DLP= Dyslipidemia, CRF & CKD=Congestive heart failure & Chronic heart disease

2. ขั้นตอนที่ 2: ศึกษาทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งลำดับถัดไปจะใช้คำว่า ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ทักษะที่จำเป็นที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่

2.1 ทักษะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า การแนะนำใช้ยา การออกกำลังกายบนเตียง และอาการผิดปกติที่ควรแนะนำให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นทักษะด้านร่างกายที่ใช้บ่อย และการแนะนำการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยฟื้นฟูสภาพและทักษะการทำแผนการดูแล เป็นทักษะที่ต้องการฝึกฝนเพิ่มเติม ดังบทสนทนาดังนี้

“การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักที่บ้านเป็นคนทำ เราไปเยี่ยมบ้านก็ไปดูว่าสะอาดไหม? ถ้าไม่สะอาดก็ช่วยทำให้ ที่เราช่วยดูแลทุกครั้งจะเป็นเรื่องการรับประทานยา ต้องไปนับเม็ดทุกครั้งว่าเหลือเท่าไร” (CG3 อายุ 51 ปี) “ผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคและใช้ยาหลายประเภท เมื่อไปเยี่ยมบ้านญาติจะถามว่าช่วยพ่นยาขยายหลอดลมให้หน่อย จะได้จำไว้ทำได้ถูกต้อง” (CG5 อายุ 50 ปี) “ญาติปรึกษาวางช่วยดยาเบาหวานของนี้หน่อย กินยาแล้วกินข้าวตามไปเลยได้ไหม กลัวลืมกินยา” (CG7 อายุ 34 ปี) “ญาติถามว่าฉันเตรียมเกะยาใส่ช่องไว้แต่ละมือ เช้า กลางวัน เย็น จัดให้ก่อนไปทำงาน ผู้สูงอายุมาหยิบยาไปเองแต่ละมือ ฉันทำถูกไหม?” (CG9 อายุ 42 ปี)

“อยากรู้ว่ายาไปช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำตาล ลดไขมันได้อย่างไร จะได้อธิบายให้ผู้สูงอายุและญาติได้ถูก” (CG1 อายุ 55 ปี)

“ผู้ดูแลที่บ้าน ไม่กล้าออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุเพราะกลัวเจ็บและไม่รู้วิธี ฉันช่วยออกกำลังกายบนเตียงให้เพื่อไม่ให้ข้อติดทุกครั้งที่เราไปเยี่ยม” (CG8 อายุ 44 ปี) “ผู้สูงอายุที่ดูแลมีไข้สูง ไข้ทางหน้าท้อง ฉันอยากรู้ว่าทำอะไร จะได้ช่วยญาติที่ดูแลที่บ้านได้” (ID5 อายุ 50 ปี) “ผู้ป่วยสับสนที่ดูแลมีข้อนี้เริ่มติดแล้ว ฉันช่วยออกกำลังให้ทุกครั้ง อยากทำอุปกรณ์ป้องกันไม่ให้ข้อมือติด หมอ (หมายถึง ผู้จัดการระบบ) ช่วยหารูปภาพมาให้ว่าควรมีขนาดเท่าใด ฉันจะลองเย็บแล้วนำไปให้ลองใช้ดู” (CG6 อายุ 35 ปี)

“กลัวแม่จะมีอาการแปลกๆตอนกลางคืนแล้วก็ไม่รู้จะทำอย่างไร บอกข้างนะว่าอาการที่ต้องไปโรงพยาบาล” (CG7 อายุ 34 ปี) “ญาติบอกว่าวันก่อนแม่ที่ดูแลอาเจียนมาก 2-3 ครั้ง กลัวจะเป็นลม ไม่รู้สึกตัวแล้วก็ไปเลย อาเจียนมากแค่ไหนญาติก็บอกไม่ได้” (CG3 อายุ 51 ปี) “วันอาทิตย์ที่แล้วลุง (หมายถึงผู้สูงอายุ) ซึมมาก นอนทั้งวัน ไม่พูดคุยกับใครเลย ฉันรีบโทรถามหมอ (หมายถึง CM) หมอแนะนำให้รีบไปรพ.อย่างด่วน” (CG5 อายุ 50 ปี)

“ได้เคสที่ประเมินเอคิแอล (กิจวัตรประจำวัน) ได้ 2 คะแนน ช่วยดูแลเรื่องทั่วไปแล้วกลัวว่าจะไม่ครบ” (CG4 อายุ 37 ปี) “ต้องทำแคร์แพลน (care plan) ส่งหมอ (หมายถึงผู้จัดการดูแล) แต่กลัวว่าจะไม่ดี ไม่กล้าส่ง” (CG9 อายุ 42 ปี) “ถ้าได้ดูแลเคสแล้วนำมาคอนเฟอร์เรนซ์ (conference) และวางแผนการดูแลร่วมกัน ก็จะช่วยให้แคร์แพลนของเราสมบูรณ์มากขึ้น เรามานัดคอนเฟอร์เรนซ์กัน วันไหนดีคะ” (CM1 อายุ 43 ปี)

2.2 ทักษะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านจิตใจที่ซับซ้อน และการประเมินสุขภาพจิตเป็นทักษะที่ต้องการฝึกฝนเพิ่มเติม ดังบทสนทนาดังนี้

“ไปเยี่ยมผู้สูงอายุบางวันก็มาพูดคุยกับเราดี บางวันหันหลังให้เงียบ ไม่หันมามองหน้าด้วย งงเหมือนกัน” (CG7 อายุ 34 ปี) “ฉันชวนผู้สูงอายุพูดคุย บางทีก็ให้เขาคุยเรื่องเก่า ๆ ให้ฟัง เปิดคลิป เปิดเพลงในโทรศัพท์ให้ดูบ้าง ผู้สูงอายุจะชอบและคุยตลอด” (CG4 อายุ 37 ปี) “อยากจะได้แบบวัดทางด้านจิตใจ ไปลองวัดดู ว่าสุขภาพจิตของเคสมีระดับเท่าไร จะได้รู้ว่าจะต้องปรึกษาหมอเมื่อไหร่” (CG3 อายุ 51 ปี)

2.3 ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสังคม ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า การจัดสิ่งแวดล้อมของบ้านให้ปลอดภัยเป็นทักษะการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคมที่ซับซ้อน และการจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นทักษะที่ต้องการฝึกฝนเพิ่มเติม ดังบทสนทนาดังนี้

“ผู้สูงอายุที่พอนั่งรถเข็นได้ จะเข้าห้องน้ำเอง แต่ส้วมเป็นแบบนั่งยอง ๆ ฉันแนะนำให้หาเก้าอี้นั่งถ่ายมาวางบนโถถ่าย ผู้สูงอายุจะได้สะดวกและปลอดภัยด้วย” (CG2 อายุ 56 ปี) “ครอบครัวไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุตลอดเวลา บางบ้านของใช้มีมาก ต้องช่วยจัดให้ไม่วางของเกะกะทางเดิน” (CG7 อายุ 34 ปี)

“อยากจะได้ความรู้เรื่องกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้ยิ้ม หัวเราะ สบายใจ จะได้นำไปลองทำดู เห็นผู้สูงอายุมีความสุข เราก็นั่งไปด้วย” (CG5 อายุ 50 ปี) “ผู้สูงอายุถ้าอยู่เฉยๆ ก็จะเฉาและซึมเศร้าไป หากิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้ทำจะได้มีความสุขมากขึ้น” (CG1 อายุ 55 ปี) บางทีญาติไปทำงานกันหมดตอนกลางวัน ผู้สูงอายุดูทีวี (TV) อย่างเดียวก็เบื่อ เราชวนพูดคุยก็ทำให้หายเหงาได้บ้าง” (CG5 อายุ 50 ปี) “มีนักกิจกรรมบำบัดที่โรงพยาบาลใหญ่ในตัวเมืองเก่งมาก เชิญมาให้ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมบำบัดไหม?” (CM2 อายุ 28 ปี)

2.4 ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านจิตวิญญาณ ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นทักษะด้านจิตวิญญาณที่ซับซ้อน ดังบทสนทนา ดังนี้

“เราไปถึงบ้านพูดคุยด้วยดี ๆ ผู้สูงอายุจะดีใจมาก อย่าไปขัดใจนะ ไม่งั้นมีงอนและไม่พูดคุยด้วย” (CG2 อายุ 56 ปี) ต้องเคารพเขา (หมายถึงผู้สูงอายุ) เหมือนญาติผู้ใหญ่ จะทำให้สัมพันธ์ภาพดีขึ้น” (CG6 อายุ 35 ปี) “ชวนพูดเรื่องเก่าๆ ธรรมดาๆ ชอบมาก” (CG8 อายุ 44 ปี)

สรุปผลการวิจัย พบว่า การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การใช้ยา การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ หัตถการทางการแพทย์ และการดูแลระยะสุดท้ายเป็นความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่วิเคราะห์ได้จากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การใช้ยารักษาโรคเรื้อรัง การออกกำลังกายบนเตียง การประเมินอาการและความผิดปกติที่ควรพิจารณาส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การจัดกิจกรรมนันทนาการ และการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นทักษะที่ผู้ช่วยเหลือดูแลใช้บ่อย และการแนะนำการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยฟื้นฟูสภาพ ทักษะการทำแผนการดูแล การประเมินสุขภาพจิต และทักษะการจัดกิจกรรมนันทนาการขณะเยี่ยมบ้าน เป็นทักษะที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุต้องการฝึกฝนเพิ่มเติม (ตาราง 2)

ตาราง 2 ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ	
	ทักษะที่ใช้บ่อย	ทักษะที่ต้องการฝึกเพิ่มเติม
-การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน -การใช้ยา -การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ -หัตถการทางการแพทย์ -การดูแลระยะสุดท้าย	-การแนะนำใช้ยา -การออกกำลังกายบนเตียง -อาการผิดปกติที่ควรแนะนำให้รับการรักษาที่โรงพยาบาล -ทักษะการทำ care plan -การส่งเสริมสุขภาพจิต -การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย -การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	-การแนะนำการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ -การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยฟื้นฟูสภาพ -ทักษะการทำแผนการดูแล -การประเมินสุขภาพจิต -ทักษะการจัดกิจกรรมนันทนาการขณะเยี่ยมบ้าน

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการดูแลสุขภาพได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การให้ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ หัตถการทางการแพทย์ และการดูแลระยะสุดท้าย และพบว่าทุกคนมีโรคประจำตัวโดยโรคที่พบบ่อย 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน และมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในช่วง 0 -4 คะแนนและ 5-11 คะแนนเท่ากับร้อยละ 41.86 และร้อยละ 58.14 ตามลำดับ แสดงว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ทุกคนมีความต้องการการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การแต่งตัว ฯลฯ และการช่วยเหลือในการจัดให้ยาให้ครบถ้วนตามจำนวนและเวลาตามแผนการรักษา ซึ่งผู้ดูแลหลักที่บ้านและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุควรมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้รับประทานยาถูกต้องด้วย^(9,10) มีบางรายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอยู่ในระหว่างการฟื้นฟูสภาพต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน เครื่องพ่นยาขยายหลอดลม การล้างไตทางหน้าท้อง ซึ่งผู้สูงอายุและผู้ดูแลควรมีความรู้ในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ อย่างถูกต้องเหมาะสม⁽¹²⁾ นอกจากนั้นพบว่าร้อยละ 41.86 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มติดเตียงที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายยางให้อาหาร และมีแผลกดทับที่ก้นกบ จึงมีความต้องการด้านหัตถการทางการแพทย์ซึ่งต้องดำเนินการโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อด้วย^(10,12) และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่ต้องการบริการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ ในระยะสุดท้ายของชีวิต⁽¹³⁾

ผลการสนทนากลุ่มพบ 5 ทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การแนะนำการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ เป็นทักษะที่จำเป็นประการแรกของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ใช้บริการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและโรคประจำตัวหลายโรค จึงทำให้ผู้สูงอายุบางคนมีข้อจำกัดในการจัดการยาด้วยตนเอง ต้องมีญาติผู้ดูแลที่บ้านเป็นผู้จัดยาให้ หรือเมื่อญาติผู้ดูแลที่บ้านติดภาระกิจอื่นหรือในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีญาติดูแล ผู้ช่วยเหลือดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้เป็นบางมือหรือเป็นบางวัน ดังนั้น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุควรมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เพื่อให้คำแนะนำในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและจำนวนโรคมีความสัมพันธ์กับการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁽¹⁴⁾ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพที่บ้านจึงเป็นบริการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ช่วยลดหรือยืดระยะเวลาการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้⁽¹⁵⁾ ซึ่งผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวควรจัดการประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ซับซ้อนให้กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้แนะนำผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่บ้านต่อไป

2. การใช้อุปกรณ์ที่ช่วยฟื้นฟูสภาพ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้และการฝึกใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ เช่น การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง และการพ่นยาเป็นทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยเหลือน้อยกว่า 1 - 7 ชนิด โดยอุปกรณ์ที่พบมากที่สุดคือ ไม้เท้า คอกช่วยเดิน การใช้รถเข็นนั่ง รวมถึงต้องการบริการด้านการพยาบาลและหัตถการต่าง ๆ เช่น การใส่สายยางให้อาหารเหลว การดูดเสมหะแบบเคลื่อนที่ การดูแลท่อช่วยหายใจ การใส่สายยางเพื่อให้ให้อาหาร การสวนปัสสาวะ และการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง เป็นต้น⁽¹⁴⁾ และงานวิจัยที่ศึกษาการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ให้ข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวควรสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ในการทำงานให้กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพด้วย⁽⁶⁾

3. ทักษะการทำการดูแล ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการทำการดูแลเป็นทักษะที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุต้องใช้ประจำและต้องการความรู้ในการจัดทำแผนการดูแลที่ดี ซึ่งตามระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกำหนดว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุต้องจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือนยื่นต่อผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวและเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอหน่วยงานต้นสังกัดด้วย⁽⁴⁾ การให้บริการตามแผนการดูแลทำให้การดูแลผู้สูงวัยที่บ้านได้รับการพัฒนาให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น เป็นการวางแผนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการ⁽³⁾ ควรมีการกำกับติดตามการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้เป็นไปตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ ซึ่งผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวควรจัดให้มีการนำกรณีศึกษามาประชุมปรึกษา และวางแผนให้การดูแลในที่ประชุมผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

4. การประเมินและการส่งเสริมสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า การประเมินและการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงและการสูญเสีย กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้ ต้องปรับทัศนคติต่อการเผชิญความเจ็บป่วยด้วยการฝึกบริหารจัดการ การฝึกสติ ฝึกสมาธิ การฝึกวิธีการหายใจ และการฝึกเกร็งเหยียดกล้ามเนื้อ⁽¹⁶⁾ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องประเมินสุขภาพจิตเป็นระยะ ๆ ซึ่งแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีใช้กันมีหลายชนิด เช่น แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool :T-GMHA-15)⁽¹⁷⁾ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)⁽¹⁸⁾ ซึ่งผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวควรเลือกแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุและนำมาให้ผู้ช่วยเหลือดูแลได้ฝึกประเมินก่อนนำไปใช้จริง

5. ทักษะการจัดกิจกรรมนันทนาการขณะเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการจัดกิจกรรมนันทนาการขณะเยี่ยมบ้านเป็นทักษะที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุต้องการฝึกเพิ่มเติมเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต

ที่ดีของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁽¹⁹⁾ กิจกรรมนันทนาการที่ใช้ในการเข้าร่วมเป็นเวลา 2 ปีสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงได้ ได้แก่ การเข้าชมรม (OR = 0.85, 95% CI = 0.77–0.94) งานอดิเรก (OR = 0.81, 95% CI = 0.71–0.92) การทำอาหาร (OR = 0.85, 95% CI = 0.75–0.95) แต่การเขียน การอ่าน การเย็บผ้าและการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาไม่มีความสัมพันธ์และไม่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ⁽²⁰⁾ ดังนั้น ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวควรเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมนันทนาการหรือกิจกรรมบำบัดมาฝึกอบรมให้แนวทางการจัดกิจกรรมแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้ขาดการวิเคราะห์ความต้องการบริการด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อให้การดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวควรวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค้นหาทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และจัดการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะการดูแลที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุต้องการเพิ่มขึ้น

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมควรวิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระยะ เนื่องจากโรคของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้มีความทันสมัย และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความต้องการบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สนับสนุนงบประมาณการดำเนินการวิจัยจากเงินรายได้ ปีงบประมาณ 2563

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559.
กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
2. ชาลี เอี่ยมมา, รัชนิวัลย์ ปาณรูป. การศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 1. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13: 128-135.
3. ชย วัชรคุปต์ วรรณภา คุณากรวงศ์ พลธิษฐ์ พัจนา สาวินี สุริยรัตน์. ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12: 608-624.
4. อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ วิมล บ้านพวน วีระพงษ์ เจริญเกตุ เสกสรร กันยาสาย อาทิตย์ วสุรัตน์ ศศิธร ไชยสิทธิพร เพียรพร สันทัด เขียวภา สันติกุล. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ในระบบหลักประกันสุขภาพปี พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559; 22: 63-80.
5. รัชดาภรณ์ ทองใจสด. การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2565; 9:24-36.
6. วันเพ็ญ แก้วดวงดี. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ Care Giver อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2565; 9: 36-49.
7. กิรติ กิจธิระวุฒิวงษ์ นิทรา กิจธิระวุฒิวงษ์. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36: 15-24.
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพริก. รายงานประจำปี 2564. พิษณุโลก: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพริก; 2564.
9. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (บรรณาธิการ). *ประเด็นสำคัญในทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. กรุงเทพฯ : สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย; 2564.
10. สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์. การจัดการทรัพยากรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5: 111-125.
11. USAID Center for Development Information and Evaluation. Performance monitoring and evaluation tips: Conducting focus group interviews. 1996 Cited August 12, 2021, Available from [https://www.ndi.org/files/USAID %20Guide_Conducting%20Focus%20Groups.pdf](https://www.ndi.org/files/USAID%20Guide_Conducting%20Focus%20Groups.pdf)

12. วณิษา พึ่งชมภู. การพยาบาลผู้สูงอายุ: การสร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
13. ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง (บรรณาธิการ). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
14. ณัฐวรรณ ชัยมิเชียว และ สุภาพพัทธ์ หาญกล้า. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการยาด้วยตนเองของ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานี วิชาการ ครั้งที่ 2 “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” 2017 July, 26-27.
15. นัศดา คำนิยม วรณภา ศรีชัยรัตน์. ความต้องการชุดบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 34: 125-131.
16. สุดา วงศ์สวัสดิ์ รัตนดีกาล วาเพชร ขจิตรัตน์ ชุนประเสริฐ. คู่มือ “ความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ” (ฉบับปรับปรุง) พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
17. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool :T-GMHA-15). 2021 [cited 2022 August 13].
Available from: http://www.sorpsor.com/happy2017/t_gmha15_index.php
18. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช, 2537; 46: 1-9.
19. ชีรวัฒน์ ผิวขม. ผลของการใช้โปรแกรมนันทนาการที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุชมรม ผู้สูงอายุ ตำบลด่านแม่คำมัน จังหวัดอุดรธานี. ปรินิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561.
20. Bonea JK, Bua F, Fluharty ME, Paula E, Sonkeb JK, Fancourta D. Engagement in leisure activities and depression in older adults in the United States: Longitudinal evidence from the Health and Retirement Study. Social Science & Medicine 2022; 294: 114703.

**การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)
ในครอบครัวเดียวกันอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก**

พิพัฒ์ เคลือบวัง, พ.บ.

พนานต์พงษ์ ผัดอ่อนอาย, ส.ม.

โรงพยาบาลแม่สอด

วันที่รับบทความ (received) 17 ตุลาคม 2565, วันแก้ไขบทความ (revised) 26 ธันวาคม 2565,

วันตอบรับบทความ (accepted) 28 ธันวาคม 2565

บทคัดย่อ

งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อและสาธารณสุขชายแดน โรงพยาบาลแม่สอด ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 ราย จึงดำเนินการสอบสวนโรคโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค การกระจาย ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และมาตรการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรค รูปแบบการศึกษาเป็นระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ค้นหาผู้สัมผัสทั้งหมด ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ 1 เมษายน – พฤษภาคม 2564 ผลการสอบสวนพบผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 20 ปี สัญชาติไทย มีประวัติเดินทางจากจังหวัดเชียงใหม่ก่อนเทศกาลสงกรานต์ มีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ ถ่ายเหลวมีผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทั้งหมด 4 ราย ได้แก่ บิดา มารดา พี่สาว และแฟนพี่สาว จากการเฝ้าระวังโรค 14 วันพบมีการติดเชื้อจากผู้ป่วยแบบไม่แสดงอาการคือแฟนพี่สาว อาการไม่รุนแรงไม่มีปอดอักเสบ คือพี่สาวและมารดา มีปอดอักเสบและมีภาวะพร่องออกซิเจนคือบิดา ไม่มีผู้เสียชีวิต และไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 มาก่อน รักษาตัวในโรงพยาบาลปัจจัยเสี่ยงการแพร่โรคผู้ป่วยรับเชื้อมาจากสถานบันเทิงแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างมีไปสถานที่แห่งนั้นไปไม่สวมหน้ากากอนามัย สถานที่แออัด ระบบอากาศปิด และไม่มีระบบระบายอากาศ ควรกำกัับดูแลให้ผู้ที่เดินทางกลับมาจากต่างจังหวัด กักตัว รายงานต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและติดตามอาการของตนเองจนครบ 14 วัน

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การระบาดในครัวเรือน, จังหวัดตาก

**Outbreak Investigation of Coronavirus Disease 2019 Cases (COVID-19)
from Contact in the same family, Mae Sot District, Tak Province,**

Pipat Kluabwang M.D.

Phananpong Padaornary M.P.H

Mae Sot General Hospital

ABSTRACT

Department of prevention and control of communicable diseases and border public health, Mae Sot Hospital was notified by riveted Hospital. That there was found a COVID – 19 case An outbreak investigation aims to confirm the diagnosis, to distribution, finding risk factors including determining measures to control and prevent disease outbreaks. Descriptive study was conducted using novel corona 2 questionnaires to interviewing patients. Data was collected during April – May 2021 .The results of the investigation revealed that the patient was 20 years old Thai female, with a history of traveling from Chiang Mai before the Songkran festival, was infected with asymptomatic patient. There were 4 high-risk exposures, namely father, mother, older sister, and sister's boyfriend. It was found that case of her boyfriend's sister was Confirmed case: asymptomatic COVID-19. Case of older sister and Mather was Symptoms fever cough sputum and diarrhea. COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease. Case of her father was Symptomatic COVID-19 with mild pneumonia and Hypoxia. There were no deaths in this outbreak. The risk factor for transmission of the disease came from an entertainment area in Chiang Mai province. During that time, with a large number of people visiting that place. Not wearing masks. No distance measure It is a crowded place, the air system is closed and there is no ventilation system. Recommended to persons who returned from outbreak areas that isolation and report to public health officials and screening for infection after quarantine.

Keywords: Coronavirus Disease 2019, Household Outbreak, Tak Province

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) คือ โรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาค้นพบล่าสุดไวรัส และเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดไปทั่วโลก เป็นเชื้อไวรัสโคโรนา เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single stranded RNA virus) ใน Family Coronaviridae เป็นไวรัสตระกูลใหญ่ที่เป็นสาเหตุของโรคทั้งในสัตว์และคน เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือ SARS-CoV-2 เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจ สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ โดยเชื้อไวรัสนี้พบครั้งแรกในการระบาดในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี 2019⁽¹⁾

สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก ณ ถึงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 พบมีรายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก จำนวน 246,951,274 ราย (คิดเป็น 3,163 รายต่อแสนประชากร หรือ ร้อยละ 3 ของประชากรทั่วโลก) เสียชีวิต 5,004,855 ราย (คิดเป็น 64 รายต่อแสนประชากร) อัตราป่วยตายอยู่ที่ 2.03% มีประเทศที่พบผู้ติดเชื้อแล้ว 188 ประเทศ จาก 193 ประเทศทั่วโลก (97%) โดยประเทศที่ยังไม่มีการรายงานผู้ติดเชื้อรายแรกอย่างเป็นทางการ ได้แก่ เกาหลีเหนือ เดิรัคเมนีสถาน ตองกา ตูวาลูและนาอูรู เป็นต้น ส่วนในประเทศไทยมีผู้ป่วยยืนยัน 1,920,189 ราย (คิดเป็น 2,750.99 ต่อแสนประชากร) มีผู้เสียชีวิต 19,260 ราย (คิดเป็น 27.59 ต่อแสนประชากร) ประเทศยังพบผู้ป่วยมากเป็นลำดับที่ 3 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศอินเดีย และอินโดนีเซีย ส่วนจังหวัดตากมีผู้ป่วย 194 ราย (คิดเป็น 29.36 ต่อแสนประชากร)⁽²⁾

วันที่ 12 เมษายน 2564 เวลา 20.00 น.งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อและสาธารณสุขชายแดน โรงพยาบาลแม่สอด ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลนครแม่สอด อินเทอร์เน็ตชั้นแนล จังหวัดตาก (รพ.เอกชน) พบผู้ป่วยยืนยันพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) จากตัวอย่างในลำคอ จำนวน 1 ราย จากการสอบสวนเบื้องต้น พบผู้ติดเชื้อเป็นเพศหญิง อายุ 20 ปี สัญชาติไทย เป็นนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจ ปี 3 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ป่วยมีประวัติเดินทางจากกลับจากจังหวัดเชียงใหม่ช่วงเทศกาลสงกรานต์ เพื่อกลับบ้านที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อและสาธารณสุขชายแดน ได้ดำเนินการสอบสวนโรค ระหว่างวันที่ 12 เมษายน – 20 พฤษภาคม 2564

ความสำคัญของการสอบสวนการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการกระจายเป็นกลุ่มก้อนในสถานบันเทิงและหัวเมืองใหญ่ในประเทศไทยแล้วกระจายสู่พื้นที่ต่างจังหวัดเพราะในช่วงเวลาเทศกาลมักจะมีผู้คนกลับบ้านเพื่อไปอยู่กับครอบครัวแล้วผู้คนส่วนใหญ่ในครอบครัวจะมีพฤติกรรมเสี่ยงในการแพร่เชื้อและมีกิจกรรมร่วมกันเป็นเวลานานผู้ศึกษาจึงศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างมาตรการการ

กักตัวกรณีมาจากพื้นที่เสี่ยงเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ มีการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในครอบครัวให้เป็นประโยชน์ต่อบุคคลากรด้านสาธารณสุขแก่พื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาการกระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางระบาดวิทยา
3. เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค แหล่งรังโรค และช่องทางการแพร่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
4. เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา(Descriptive study) มีวิธีการสอบสวนโรคดังนี้

1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย และสัมภาษณ์ผู้ป่วย ตามแบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽³⁾ระหว่างวันที่ 12 – 13 เมษายน 2564

2. ค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด ทั้งในครัวเรือน และเพื่อนร่วมงาน โดยดูจาก Timeline การดำเนินกิจกรรมในแต่ละวันของผู้ป่วย ตามแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽³⁾ระหว่างวันที่ 13 – 26 เมษายน 2565

3. ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดโดยการสอบถามอาการ และเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab ส่งตรวจหาเชื้อโรคโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT-PCR ตามแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกำหนดนิยามผู้ป่วยและผู้สัมผัส⁽³⁾ ระหว่างวันที่ 21 – 30 เมษายน 2565 ดังนี้

นิยามผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patients under investigation: PUI) ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR)จากห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศอย่างน้อย 1 แห่ง หรือด้วยวิธี Sequencing หรือเพาะเชื้อ ส่วนผู้ป่วยยืนยันที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic confirmed case) คือ ผู้ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR)จากห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศอย่างน้อย 1 แห่ง หรือด้วยวิธี Sequencing หรือเพาะเชื้อ แต่ไม่มีอาการหรืออาการแสดง⁽³⁾

ส่วนการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้น ทางสถานบริการสาธารณสุขได้ดำเนินงานตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 (COVID-19) โดยแนวทางดังกล่าวได้กำหนดการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1. ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ไม่มีอาการ (Confirmed case: asymptomatic COVID-19) 2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ ภาพ่ายรังสีปอดปกติ (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease) 3. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงแต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่มีปอดบวม (Pneumonia) เล็กน้อยซึ่งไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 4 (Symptomatic COVID-19 with risk factors for severe disease or having comorbidity or mild pneumonia) และ 4. ผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดบวมที่มี Hypoxia (Resting O₂ saturation <96%) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน Sp O₂ $\geq$ 3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (Exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกมี Progression ของ Pulmonary infiltrates⁽⁴⁾

นิยามผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยยืนยัน⁽³⁾ แสดงดังตารางที่ 1

ผู้สัมผัส หมายถึง ผู้ที่มีกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยยืนยัน โดยแบ่งได้ 2 กลุ่ม

- ผู้สัมผัสที่อาจเป็นแหล่งโรค ได้แก่ ผู้สัมผัสผู้ป่วยในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย
- ผู้สัมผัสที่อาจรับเชื้อจากผู้ป่วย ได้แก่ ผู้สัมผัสผู้ป่วยนับแต่วันเริ่มป่วย หรือก่อนมีอาการประมาณ

1-2 วัน ตามแนวทางการจัดกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดตามระดับความเสี่ยงต่อการรับเชื้อ

ตารางที่ 1 แสดงนิยามผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยยืนยัน

ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อสูง (High risk closed contact)	ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อต่ำ (Low risk closed contact)
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน 1) สมาชิกในครอบครัว ญาติ และผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขณะที่มมีอาการป่วย 2) ผู้ที่อยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่มีอาการป่วย	

ตารางที่ 1 ต่อ แสดงนิยามผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยยืนยัน

ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อสูง (High risk closed contact)	ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อต่ำ (Low risk closed contact)
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในสถานพยาบาล 1) บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรอื่น ๆ ในแผนกที่เกี่ยวข้อง หรือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยไม่ได้ใส่ Personal protective equipment (PPE) ตามมาตรฐาน 2) ผู้ป่วยรายอื่น ๆ (ป่วยด้วยโรคอื่น) ที่รับการรักษาในช่วงเวลาเดียว และอยู่ในห้องเดียวกันหรือแถวเดียวกันกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยเหล่านั้นในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการรักษาในห้องแยกโรค 3) เจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยไม่ได้ใส่ PPE ตามมาตรฐาน	บุคลากรในโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลที่ใส่ PPE ตามมาตรฐาน
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในโรงเรียน/ที่ทำงาน และในชุมชน 1) นักเรียนหรือผู้ร่วมงาน ได้แก่ กลุ่มเพื่อนที่พบปะกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่มีอาการและมีประวัติอาจสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจหรือโดนไอ จาม จากผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือในชุมชนอื่น ๆ และสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ หรือโดนไอ จาม จากผู้ป่วย 3) บุคคลนอกเหนือจาก 1) และ 2) ที่อยู่ในระยะห่างไม่เกิน 1 เมตร จากผู้ป่วย ซึ่งรวมระยะเวลาที่ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า นานกว่า 5 นาที	1) ผู้ที่เรียน หรือทำงาน อยู่ในชั้น/ห้อง/แผนกเดียวกันกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่มีอาการที่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง 2) ผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน และพบปะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะห่างไม่เกิน 1 เมตรจากผู้ป่วยในขณะที่มีอาการ แต่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง

ตารางที่ 1 แสดงนิยามผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยยืนยัน (ต่อ)

ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อสูง (High risk closed contact)	ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อต่ำ (Low risk closed contact)
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในโรงเรียน/ที่ทำงาน และในชุมชน 1) นักเรียนหรือผู้ร่วมงาน ได้แก่ กลุ่มเพื่อนที่พบปะกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่มีอาการและมีประวัติอาจสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจหรือโดนไอ จาม จากผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือในชุมชนอื่น ๆ และสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ หรือโดนไอ จาม จากผู้ป่วย 3) บุคคลนอกเหนือจาก 1) และ 2) ที่อยู่ในระยะห่างไม่เกิน 1 เมตร จากผู้ป่วย ซึ่งรวมระยะเวลาที่ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า นานกว่า 5 นาที เดียวกัน 3) ผู้โดยสารในเครื่องบินที่นั่งใกล้ผู้ป่วย (ในแถวเดียวกัน และในระยะ 2 แถวหน้าและ 2 แถวหลัง) ซึ่งรวมระยะเวลาที่ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้า นานกว่า 5 นาที 4) ผู้โดยสารในรถทัวร์คันเดียวกับผู้ป่วย ในกรณีของยานพาหนะขนาดใหญ่ เช่น รถไฟ รถทัวร์ 2 ชั้น เรือเฟอร์รี่ ให้จำกัดเฉพาะผู้ที่อยู่ในตู้เดียวกันหรือในห้องโดยสารชั้นเดียวกัน ซึ่งรวมระยะเวลาที่ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้า นานกว่า 5 นาที 5) คนขับรถโดยสารและพนักงานบริการบนยานพาหนะทุกคน ยกเว้นเครื่องบินให้นับเฉพาะพนักงานบริการที่ให้บริการในโซนผู้ป่วยนั่ง ซึ่งรวมระยะเวลาที่ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้า นานกว่า 5 นาที	1) ผู้ที่เรียน หรือทำงาน อยู่ในชั้น/ห้อง/แผนกเดียวกันกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่มีอาการที่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง 2) ผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน และพบปะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะห่างไม่เกิน 1 เมตร จากผู้ป่วยในขณะที่มีอาการ แต่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงเช่น รถไฟ รถทัวร์ 2 ชั้น เรือเฟอร์รี่ ให้จำกัดเฉพาะ ผู้ที่อยู่ในตู้เดียวกันหรือในห้องโดยสารชั้นเดียวกัน

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่าการตรวจหาเชื้อโคโรนาไวรัสพันธุ์ 2019 เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคโดยวิธี RT-PCR หรือ Real Time Polymerase Chain Reaction เป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ (RT-PCR) ในระบบทางเดินหายใจ แบบ Real-time ผลเป็น Detect และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Confirmed case with pneumonia ส่วนการตรวจวิเคราะห์หาสายพันธุ์ของไวรัสของผู้ป่วยพบเชื้อ Potentially B.1.1.7 เป็นสายพันธุ์ เดลต้า

การศึกษาการกระจายของโรคทางระบาดวิทยาพบว่า Index case มีผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน จำนวน 4 ราย ได้แก่ บิดา มารดา พี่สาว และแฟนพี่สาว ซึ่งจากการเฝ้าระวังโรค 14 วันพบว่า ทั้ง 4 ราย มีการติดเชื้อจากผู้ป่วย Index case พบการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการ (Confirmed case: asymptomatic COVID-19) 1 ราย ได้แก่ แฟนพี่สาว โดยพบผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease) 1 ราย คือ พี่สาว สำหรับบิดาพบเป็นผู้ป่วยยืนยัน ที่มีปอดอักเสบและมี Hypoxia (Confirmed case with pneumonia with hypoxia) ส่วนมารดาพบเป็นผู้ป่วยยืนยันที่มีอาการไม่รุนแรงที่มีปอดอักเสบเล็กน้อย (Symptomatic COVID-19 with mild pneumonia) ไม่มีผู้เสียชีวิต ผู้ป่วยทุกรายไม่มีประวัติได้รับวัคซีนโควิด-19 มาก่อนป่วย มารดาของผู้ป่วย Index case มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่วนผู้ป่วยอีก 4 ราย ไม่มีประวัติโรคประจำตัว

สำหรับการตรวจหาเชื้อของบิดา มารดา พี่สาว และแฟนพี่สาว ในช่วงแรกพบการติดเชื้อก่อน 2 ราย ได้แก่ บิดา และแฟนพี่สาว ที่ไม่แสดงอาการ (โดยบิดามาแสดงอาการภายหลัง) หลังจากนั้นจึงพบในมารดา และพี่สาว ซึ่งขณะนั้นเข้ารับการกักกันของสถานกักกันของรัฐ โดยพี่สาวมีอาการ ไข้ ถ่ายเหลว และปวดเมื่อยตามตัว 4 วันหลังจากที่ตรวจ Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) ครั้งแรก ส่วนมารดามีอาการ ไข้ ไอ คัดจมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส 13 วันหลังจากตรวจ Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) ครั้งแรก แสดงดังตารางที่ 2,3,4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป และลักษณะทางคลินิก ของผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครอบครัวเดียวกัน อ.แม่สอด จ.ตาก เมษายน - พฤษภาคม 2564

รายที่	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	ที่อยู่	อาการ/อาการแสดง	วันเริ่มป่วย
1 (Index case)	20	ญ	นักศึกษา	105/14 ต.แม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก	ไข้ ไอ มีเสมหะ ถ่ายเหลว	7 เม.ย.64
2 (พี่สาว)	26	ญ	ค้าขาย (ออนไลน์)	105/14 ต.แม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก	ไข้ ถ่ายเหลว ปวดเมื่อยตาม ร่างกาย	17 เม.ย. 64
3 (แฟนพี่สาว)	27	ช	พนักงาน ธนาคาร	10/159 ต.แม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก	ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการ
4 (บิดา)	58	ช	ตำรวจ	105/14 ต.แม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก	มีไข้ต่ำๆ เจ็บคอ ไอ ปวดเมื่อย ตามตัว เจ็บหน้าอก	24 เม.ย. 64
5 (มารดา)	56	ญ	แม่บ้าน	105/14 ต.แม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก	ไข้ ไอ คัดจมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่ได้รส	26 เม.ย. 64

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไป และลักษณะทางคลินิก ของผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครอบครัวเดียวกัน อ.แม่สวด จ.ตาก เมษายน - พฤษภาคม 2564 (ต่อ)

รายที่	ผล X - ray ปอด	การวินิจฉัย	จำนวนวันที่รักษา	สถานที่รักษา
1 (Index case)	Interstitial thickening in both perihilar regions	Symptomatic COVID-19 with mild pneumonia	14	รพ.นครแม่สวดอินเตอร์เนชั่นแนล
2 (พี่สาว)	No active pulmonary disease.	Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease	22 Day 13 ยังพบเชื้อ Day 13 Ct 27 Day 20 Ct 35	รพ.แม่สวด
3 (แฟนพี่สาว)	No active pulmonary disease.	Confirmed case: asymptomatic COVID-19	14	รพ.แม่สวด
4 (บิดา)	Multiple patchy and reticular opacities in both lungs associated with bronchial thickening and nodules, could be infectious process. A linear opacity in left lower lung field, could be plate atelectasis.	Confirmed case with pneumonia with hypoxia	26 Day 12 อาการปอดบวมเป็นมากขึ้น Day 13 Ct 19 Day 24 Ct 39	รพ.แม่สวด
5 (มารดา)	Suspected faint ground glass opacities in LLL. Small patchy ground glass opacity in RLL, could be either infection or aspiration.	Symptomatic COVID-19 with mild pneumonia	20 Day 13 ยังพบเชื้อ	รพ.แม่สวด

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยเสี่ยง ของผู้ป่วยยืนยันโรคโคโรนา 2019 ในครอบครัวเดียวกัน อ.แม่สอด จ.ตาก เมษายน - พฤษภาคม 2564

รายที่	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	ปัจจัยเสี่ยง
1	น้องสาว	อาจสัมผัสจากการไปเที่ยวพักผ่อนที่ร้านฟินิกซ์อำเภอแม่ใจ จังหวัดเชียงใหม่ ช่วงปลายเดือนมีนาคม ถึงต้นเดือนเมษายน 2564
2	พี่สาว	นั่งรถคันเดียวกัน กินข้าวร่วมกัน อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน
3	แฟนพี่สาว	นั่งรถคันเดียวกัน กินข้าวร่วมกัน
4	บิดา	กินข้าวร่วมกัน นอนห้องนอนเดียวกัน
5	มารดา	กินข้าวร่วมกัน นอนห้องนอนเดียวกัน

จากการเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยในผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกกลุ่มพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉพาะในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน ส่วนผู้สัมผัสกลุ่มอื่นๆ ไม่พบการติดเชื้อ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การค้นหาผู้ป่วยในผู้สัมผัสใกล้ชิดตามระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประเภท	ระดับความเสี่ยง	จำนวนทั้งหมดที่เฝ้าระวัง	จำนวนที่พบเชื้อ (ร้อยละ)
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน	สูง	4	4 (100.0)
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในสถานบริการสาธารณสุข			
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบในพื้นที่ (จนท.อบอุ้ม+อสม)	ต่ำ	6	0 (0.0)
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง (รพ.แม่สอด+รพ.นครแม่สอดอินเตอร์)	ต่ำ	16	0 (0.0)
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในที่มหาลัย ทำงาน และในชุมชน			
- แฟนหนุ่ม และเพื่อนแฟน	สูง	2	0 (0.0)
- เพื่อนสนิท	สูง	4	0 (0.0)
- ที่ทำงาน	สูง	3	0 (0.0)
- พนักงานธนาคาร	ต่ำ	16	0 (0.0)
- ลูกค้าธนาคาร	ต่ำ	5	0 (0.0)
- ร้านอาหาร (ไอ้โหลติ่มซำ)	ต่ำ	4	0 (0.0)

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่เป็นแหล่งแพร่สำหรับปัจจัยเสี่ยงการแพร่โรคในครัวเรือนนี้ จากการสอบสวนโรคพบว่า ผู้ป่วยที่เป็น Index case ไปเที่ยวสถานบันเทิงร้านฟินิกซ์ ตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม 2564

ถึง 6 เมษายน 2564 พี่สาวและแฟนพี่สาวเดินทางไปรับ Index case ที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยนั่งรับประทานอาหารและร่วมเดินทางในรถคันเดียวกัน และกลับถึงบ้านเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2564 ส่วนในวันที่ 11 เมษายน 2564 เวลา 11.00 น. ได้รับประทานร่วมกันที่ร้านอาหาร จากการสัมภาษณ์บิดาและมารดา พบว่าได้ใกล้ชิดกันในห้องนอนเดียวกันกับผู้ป่วย Index case โดยในช่วงที่ผู้ป่วย Index case เริ่มมีอาการป่วยนั้น ทั้งผู้ป่วย Index case และสมาชิกในครอบครัวไม่ได้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด ซึ่งช่วงเวลานั้นทางจังหวัดตากได้กำหนดให้ผู้ที่เดินทางกลับจากจังหวัดเชียงใหม่ ต้องแยกกักกันตัว จากการสอบสวนผู้ป่วย Index case ถึงประวัติของโอกาสในการสัมผัสโรค พบว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่และไปในสถานบันเทิงที่มีผู้ติดเชื้อรายอื่นมาในสถานที่เดียวกันถึง 6 ครั้ง ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

วันที่ 30 มีนาคม 2564	เวลา 21.00 – 00.30 น. ร้านฟินิกซ์ กับเพื่อนสนิท 4 คน
วันที่ 1 เมษายน 2564	เวลา 21.00 – 23.00 น. ร้านฟินิกซ์ กับเพื่อนสนิท 4 คน
วันที่ 3 เมษายน 2564	เวลา 20.30 – 00.30 น. ร้านฟินิกซ์ กับเพื่อนสนิท 4 คน
วันที่ 4 เมษายน 2564	เวลา 22.30 – 01.00 น. ร้านฟินิกซ์ กับเพื่อนสนิท 4 คน
วันที่ 6 เมษายน 2564	เวลา 22.00 – 00.00 น. ร้านฟินิกซ์ กับเพื่อนสนิท 4 คน
วันที่ 7 เมษายน 2564	เวลา 20.00 – 00.00 น. ร้านฟินิกซ์ กับเพื่อนสนิท 4 คน

ร้านฟินิกซ์เป็นสถานท่องเที่ยวผับกลางคืน ซึ่งในช่วงปลายเดือนมีนาคมถึงต้นเมษายน 2564 มีผู้ไปเที่ยวในสถานที่นั้นเป็นจำนวนมาก โดยไม่สวมหน้ากากอนามัย ทางร้านไม่มีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นสถานที่แออัด ระบบอากาศปิด ไม่ปลอดโปร่ง ไม่มีระบบระบายอากาศ ใช้ห้องน้ำร่วมกัน จากการสอบสวนพบมีผู้ติดเชื้อรายอื่นๆ ที่ไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อยอีกหลายรายที่มาเที่ยวในสถานที่แห่งนี้ในช่วงเวลาเดียวกัน รวมทั้งพบมีการแพร่ระบาดไปยังหลายสถานที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวในจังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษาควรสร้างมาตรการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคกิจกรรมควบคุมและป้องกันการระบาดที่ได้ดำเนินการ ประกอบด้วย

1. ค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด ทั้งในครัวเรือน และที่ทำงาน เพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค และการป้องกันแพร่กระจายโรค
2. ค้นหาผู้ป่วยในผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกกลุ่ม โดยการสอบถามอาการ และเก็บ Nasopharyngeal swab ส่งตรวจหาเชื้อทุกราย และดำเนินการเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่องจนครบ 14 วัน ตามแนวทางแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. ประสานหน่วยงานกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครแม่สอด เพื่อพ่นยาฆ่าเชื้อทำความสะอาดบ้านพักของผู้ติดเชื้อ
4. เสริมสร้างความรู้ เรื่องโรค การป้องกันโรค และประโยชน์ของการได้รับวัคซีน แก่ผู้ป่วย บุคคลที่มีความเสี่ยง และประชาชนทั่วไป

อภิปรายผล/วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าการตรวจหาเชื้อโคโรนาไวรัสพันธุ์ 2019 เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคโดยวิธี RT-PCR หรือ Real Time Polymerase Chain Reaction เป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ (RT-PCR) ในระบบทางเดินหายใจ แบบ Real-time ซึ่งการตรวจประเภทนี้เป็นวิธีที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำ เนื่องจากมีความแม่นยำสูง มีความไว สามารถตรวจจับเชื้อไวรัสในปริมาณน้อยได้ เป็นการตรวจพบได้ ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นและสำหรับการติดตามผลการรักษาสามารถรู้ผลได้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง⁽⁵⁾ ที่โรงพยาบาล เอกชลแห่งหนึ่งในอำเภอแม่สอด ผลเป็น Detect และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Confirmed case with pneumonia ส่วนการตรวจวิเคราะห์หาสายพันธุ์ของไวรัสของผู้ป่วยพบเชื้อ Potentially B.1.1.7 เป็นสายพันธุ์เซลล์ด้า สอดคล้องกับการศึกษา SARS-CoV-2 mutations และ gene expression profiles ด้วย Next Generation Sequencing (NGS) SARS-CoV-2 เป็น RNA virus ที่ยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง และมีการเกิด mutations ได้ง่ายนำไปสู่การพัฒนาเป็นสายพันธุ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น เซลล์ด้า (B.1.617.2), แกมมา (P.1), เบต้า (B.1.351), แอลฟา (B.1.1.7), โอไมครอน (B.1.1.529) ซึ่งจะต้องอาศัยการทำ Whole Genome Sequencing (WGS) ด้วยการ NGS เพื่อค้นหาตำแหน่งที่เกิด mutation ระบุตำแหน่งของสารพันธุกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป^(6,9) ซึ่งขณะนั้นประเทศต่าง ๆ เกือบ 40 แห่งทั่วโลก ประกาศห้ามหรือจำกัดการเดินทางจาก สหราชอาณาจักร เพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของไวรัสโควิด-19 ที่กลายพันธุ์ใหม่ ที่สามารถแพร่กระจายได้เร็วกว่าเดิม โควิด-19 กลายพันธุ์ที่ค้นพบในสหราชอาณาจักรต้องประกาศใช้มาตรการล็อกดาวน์ระดับ 4 ใน กรุงลอนดอนและกวดขันชาวอังกฤษทั้งหมดไม่ให้ละเมิดมาตรการในช่วงใกล้เทศกาลสงกรานต์ปีนับตั้งแต่มีการประกาศล็อกดาวน์ หลายประเทศในยุโรป เอเชีย อเมริกาใต้ และตะวันออกกลาง จำกัดการเดินทางจาก สหราชอาณาจักรองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าตรวจพบโควิด-19 ที่กลายพันธุ์นี้พบในประเทศ เดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ อิตาลี และออสเตรเลียอีกด้วย⁽⁷⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกรมการแพทย์ที่ ระบุถึงเรื่องการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) เป็นวิธีการที่มีความไวและความจำเพาะสูงสามารถตรวจจับเชื้อไวรัสปริมาณน้อยในรูปแบบของสารพันธุกรรมทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต แต่ไม่ได้บ่งบอกถึงความสามารถของไวรัสในการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นซึ่ง การหาความสามารถในการแพร่เชื้อโดยการแบ่งตัวหรือการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสสามารถทำได้โดยวิธีการเพาะเชื้อซึ่งเป็นวิธีการที่ต้องใช้เวลาและความเชี่ยวชาญเป็นอย่างมากและต้องใช้ห้องปฏิบัติการที่มีความปลอดภัยสูง⁽⁸⁾

การกระจายของโรคพบผู้ติดเชื้อมีประวัติเดินทางจากกลับจากจังหวัดเชียงใหม่ช่วงเทศกาลสงกรานต์ เพื่อกลับบ้านที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตากมีผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือนจำนวน 4 ราย ได้แก่ บิดา มารดา พี่สาว และแฟนพี่สาว ซึ่งจากการเฝ้าระวังโรค 14 วันพบว่า ทั้ง 4 ราย มีการติดเชื้อจากผู้ป่วย พบการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการ (Confirmed case: asymptomatic COVID-19) 1 ราย ได้แก่ แฟนพี่สาว โดยพบผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease) 1 ราย คือ พี่สาว สำหรับบิดาพบเป็นผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดอักเสบและมี Hypoxia (Confirmed case with pneumonia with hypoxia) ส่วนมารดาพบเป็นผู้ป่วยยืนยันที่มีอาการไม่รุนแรงที่มีปอดอักเสบเล็กน้อย (Symptomatic COVID-19 with mild pneumonia) ไม่มีผู้เสียชีวิต ผู้ป่วยทุกรายไม่มีประวัติได้รับวัคซีนโควิด-19 มาก่อนป่วย มารดาของผู้ป่วย Index case มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่วนผู้ป่วยอีก 4 ราย ไม่มีประวัติโรคประจำตัว สอดคล้องกับการระบาดครั้งนี้เป็นการระบาดในกลุ่มพนักงานของสถานที่ท่องเที่ยว ซึ่งอาจมีการติดเชื้อจากการสัมผัสนักท่องเที่ยวต่างชาติหลังจากนั้นมีการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มพนักงานจากการใช้แก้วน้ำร่วมกัน และเมื่อประกาศปิดสถานบันเทิงทำให้พนักงานที่ป่วยมีการกระจายตัวไปในต่างจังหวัด ทำให้เกิดการระบาดในรุ่นที่ 2 และ 3 ซึ่งมาตรการหลังจากมีการผ่อนปรนควรเน้นเรื่องงดการใช้สิ่งของร่วมกันในพนักงาน และการคัดกรองอาการป่วยทุกวัน⁽¹¹⁾

สำหรับการตรวจหาเชื้อของบิดา มารดา พี่สาว และแฟนพี่สาว ในช่วงแรกพบการติดเชื้อก่อน 2 ราย ได้แก่ บิดา และแฟนพี่สาว ที่ไม่แสดงอาการ (โดยบิดามาแสดงอาการภายหลัง) หลังจากนั้นจึงพบในมารดา และพี่สาว ซึ่งขณะนั้นเข้ารับการกักกันของสถานกักกันของรัฐ โดยพี่สาวมีอาการ ไข้ ถ่ายเหลว และปวดเมื่อยตามตัว 4 วันหลังจากที่ตรวจ Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) ครั้งแรก ส่วนมารดามีอาการ ไข้ ไอ คัดจมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส 13 วันหลังจากตรวจ Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) ครั้งแรก สอดคล้องกับนิยามผู้สัมผัสเสี่ยงสูงของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้นิยามไว้ว่าผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือนคือสมาชิกในครอบครัว ญาติ และผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขณะที่มีอาการป่วยผู้ที่อยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่มีอาการป่วย เป็นต้น⁽³⁾

จากการศึกษาควรสร้างมาตรการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคกิจกรรมควบคุมและป้องกันการระบาดที่ได้ดำเนินการด้านการค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด ทั้งในครัวเรือน และที่ทำงาน เพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค และการป้องกันแพร่กระจายโรค การค้นหาผู้ป่วยในผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกกลุ่ม โดยการสอบถามอาการ และเก็บ Nasopharyngeal swab ส่งตรวจหาเชื้อทุกราย และดำเนินการเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่องจนครบ 14 วัน ตามแนวทางแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขประสานหน่วยงานกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครแม่สอด เพื่อพ่นยาฆ่าเชื้อทำความสะอาดบ้านพักของผู้ติดเชื้อและเสริมสร้างความรู้

เรื่องโรค การป้องกันโรค และประโยชน์ของการได้รับวัคซีน แก่ผู้ป่วย บุคคลที่มีความเสี่ยง และประชาชนทั่วไปสอดคล้องกับการศึกษาของกรมอนามัย แนะนำประชาชนที่เดินทางกลับภูมิลำเนาช่วงเทศกาลปีใหม่ แบบรวมกลุ่มญาติ หรือกลุ่มเพื่อนด้วยพาหนะคันเดียวกัน ต้องปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด เพราะหวั่นเหินสวมหน้ากาก พุดคุย กินอาหารบนรถ และมีระบบระบายอากาศไม่ดี ทำให้เสี่ยงโควิด-19 ได้การเดินทางไกลในช่วงปีใหม่ มีทั้งใช้บริการขนส่งสาธารณะ และรถยนต์ส่วนตัวแบบการรวมกลุ่มเดินทางด้วยพาหนะคันเดียวกัน เช่น การเดินทางของเครือญาติ กลุ่มเพื่อนสนิท เพื่อกลับภูมิลำเนา หรือท่องเที่ยวซึ่งการเดินทางแบบรวมกลุ่มด้วยยานพาหนะส่วนบุคคลนั้น มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากการสัมผัสใกล้ชิดเป็นเวลานาน การพุดคุยกันภายในยานพาหนะ ละเลยการสวมหน้ากากป้องกัน มีการระบายอากาศที่ไม่ดีพอ รวมทั้งใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกันให้ผู้ร่วมเดินทางต้องสวมหน้ากากตลอดเวลา และหลีกเลี่ยงการพุดคุยในขณะอยู่ร่วมกันรวมถึงหลีกเลี่ยงการกินอาหารร่วมกัน ขณะอยู่บนยานพาหนะ งดใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ ขวดน้ำ ช้อนส้อม และในกรณีที่มีการแวะพักกินอาหาร ชื้อของฝาก เข้าห้องน้ำ ห้องส้วม ที่สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง หรือสถานที่สาธารณะ ให้เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล สวมหน้ากากตลอดเวลา หมั่นล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการสัมผัสพื้นผิวหรืออุปกรณ์ที่มีการสัมผัสร่วม รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลและในกรณีที่มีการเดินทางระยะไกล ควรหยุดแวะพักทุกชั่วโมง เปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ นอกจากนี้ควรปฏิบัติตามมาตรการป้องกันตนเองแบบครอบจักรวาล (Universal Prevention) อย่างเคร่งครัด และเข้มงวดมาตรการ DMHTA เพื่อความปลอดภัย ลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19⁽¹⁰⁾

สรุปการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งนี้เป็นการติดเชื้อจากครอบครัวเดียวกันโดยมีผู้ป่วยรายแรกนำเชื้อมาจากการระบาดใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่แล้วมาแพร่จากสู่คนในครอบครัวผ่านกิจกรรมที่ทำร่วมกันเช่น นั่งรถคันเดียวกัน รับประทานอาหารร่วมกัน ใช้ห้องน้ำเดียวกัน และนอนในห้องนอนเดียวกันโดยมีระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันมากกว่า 30 นาที จึงได้ข้อเสนอให้เป็นแนวทางแก่พื้นที่อื่น และเป็นตัวอย่างของคนในพื้นที่ ที่มีการเดินทางมาจากเมืองใหญ่และมีการแพร่กระจายเป็นกลุ่มก้อนการให้กักตัว แยกตัว และมีการติดตามจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องจนครบ 14 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้ผู้สงสัยป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้สัมผัสโรค ปฏิบัติตนตามมาตรการอย่างเคร่งครัดถึงเมื่ออยู่ในครอบครัวเดียวกัน เพื่อลดการแพร่โรคในผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน
2. ควรส่งเสริมและกำกับดูแลให้ผู้เดินทางกลับมาจากพื้นที่ระบาดของโรค ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่โรคที่กำหนด โดยเฉพาะการกักกันตนเอง การรายงานต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเข้ารับการตรวจคัดกรองโรค

3. ควรเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และประโยชน์ ของการงดหรือลดไปสถานที่แออัด โดยเฉพาะสถานบันเทิง ในช่วงที่พบการระบาดของโรคในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคและระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่คลินิก ARI แพทย์หญิงณัฐกานต์ ชื่นชม คณะทำงาน SAT อำเภอแม่สอด คลินิกชุมชนอบอุ่น กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครแม่สอด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนครแม่สอดอินเตอร์เนชั่นแนล อสม. และนายแพทย์วิทยา สวัสดิคุณพงศ์ ที่ช่วยเหลือในการศึกษาและเขียนรายงานครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Origin of SARS-CoV-2 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Dec 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/origin-of-SARS-CoV-2>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการทบทวนสถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันระดับโรค และในประเทศไทย. นนทบุรี: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 8 พฤศจิกายน 2565
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวัง และสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับวันที่ 4 ธันวาคม 2563. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2563.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับปรับปรุง วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2564.
5. บริษัท กิ๊ปไทย จำกัด. การศึกษา SARS-CoV-2 mutations และ gene expression profiles ด้วย Next Generation Sequencing (NGS) [อินเทอร์เน็ต]. 2556[เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: [https://www.gibthai.com/service/article_detail/การศึกษา_SARS-CoV-2_mutations_และ_gene_expression_profiles_ด้วย_Next_Generation_Sequencing_\(NGS\).html](https://www.gibthai.com/service/article_detail/การศึกษา_SARS-CoV-2_mutations_และ_gene_expression_profiles_ด้วย_Next_Generation_Sequencing_(NGS).html)
6. บริษัท โปรโมชันส์ แอนด์ คูปอง. ตรวจโควิด RT-PCR ก็อะไร ทำไมถึงให้ผลลัพธ์ที่แม่นยำ [อินเทอร์เน็ต]. 2565[เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://promotions.co.th/สำรวจตลาด/ข่าวสาร/what-is-rt-pcr-covid-test-and-why-does-it-give-accurate-results.html>
7. บริษัท บางกอก มิเดีย แอนด์ บรอดคาสติ้ง จำกัด. พบโควิด-19 “B.1.1.7” การกลายพันธุ์ครั้งใหม่ในอังกฤษ [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.pptvhd36.com/news/ต่างประเทศ/138774>.

8. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2564 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2021; [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: http://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=109.
9. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. รายงานการตรวจหาสายพันธุ์ของโคโรนาไวรัส 2019. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 21 มิถุนายน 2564
10. กรมอนามัย. การเดินทางไกลในช่วงปีใหม่ มีทั้งใช้บริการขนส่งสาธารณะ และรถยนต์ส่วนตัวแบบการรวมกลุ่มเดินทางด้วยพาหนะคันเดียวกัน [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/311136>
11. ศุภลักษณ์ ศรีวิไลย์, รุ่งเรือง ทองศรี. การแพร่ระบาดของ โควิด-19 ส่งผลต่อการท่องเที่ยวของประเทศไทย. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น 2564; 7(8): 405-16.

ประสิทธิผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลับแล

อำนาจ บุญเครือชู ส.ม. ปริญญาติ กาญจนพิงคะ, พย.ม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดประสิทธิผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ และความพึงพอใจต่อการได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ และกลุ่มสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม 45 คน / กลุ่ม โดยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ยินดีร่วมมือในการศึกษาครบ 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพ เก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 และเดือน มกราคม พ.ศ.2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Independent t-test และ Paired sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และแต่ละด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง) ดีขึ้น มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และแต่ละด้านดังกล่าว ดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง มากกว่าการสร้างสุขภาพแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) แต่มีดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวที่ใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานพึงพอใจต่อการได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ในระดับมาก ร้อยละ 77.8 และพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 22.2

คำสำคัญ : การสร้างเสริมสุขภาพ, โรคเบาหวาน, พฤติกรรมสุขภาพ

The Effectiveness of the New Health Promoting Model for Diabetes Mellitus Patients, Laplae Hospital

Amnaj Bunkhruachool, M.P.H.

Parichat Kanjanaphagha ,Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner)

Uttaradit Provincial Public Health Office

ABSTRACT

The objectives of this quasi - experimental research were to measure the effectiveness of a new health promoting model, and satisfaction in receiving health promotion services of diabetes mellitus patients. The samples were diabetes mellitus patients who received new health promotion and traditional health promotion (45 persons / group) , as a type 2 diabetes mellitus patients, 35 years old or older, uncontrol blood sugar levels, willing to cooperate in the study for 3 months. The tools used in the study were health promoting model, questionnaire and health promoting record form. Data was collected during November 2022 and January 2023, and analyzed by descriptive statistic, Chi-square test, independent t-test and paired sample t-test. The results of study found that a new health promoting made diabetes mellitus patients to better overall and each side (eating, taking medicine, exercise stress management and risk factor control) . Their body mass index, waist circumference, and blood sugar levels were significantly reduced ($P\text{-value} < 0.01$). In this regard, diabetes mellitus patients who received new health promotion had overall health behaviors and each side of those aspects improved, and lower blood sugar levels by statistically significant more than the traditional health promotion ($P\text{-value} < 0.001$) , but had a body mass index and waist circumference nearby. The diabetes mellitus patients were satisfied with a new health promoting model at a high level of 77.8%, and moderate satisfaction at 22.2%.

Keywords : new health promotion, diabetes mellitus, health behaviors

1. บทนำ

สุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นความต้องการจำเป็นพื้นฐานของชีวิตที่เราทุกคนปรารถนา แต่การที่จะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น จะต้องลงมือทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยตัวเอง โดยอาศัยการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญ ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี¹ ที่มีผลต่อทางด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ ที่สมบูรณ์แข็งแรง มีทักษะสามารถดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมและต้องมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติให้สำเร็จ² ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ตั้งแต่เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน ตลอดจนการตรวจสุขภาพ และการลด เลิกปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการทำลายสุขภาพ³

การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมาทำแบบทั่ว ๆ ไป เป็น Universal service เช่น 30 2ส ไม่สามารถแก้ปัญหาทุกคนได้ และไปไม่ถึงระดับที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง⁴ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล ก็เป็นการดำเนินการโดยกลุ่มงาน / ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน ทั้งที่โรงพยาบาลมีผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ จะใช้รูปแบบการบริการโดยให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกอบรม⁵ แล้วให้ไปปฏิบัติ ผู้ให้บริการมักจะเป็นผู้วางเป้าหมายในการปฏิบัติแก่ผู้รับบริการหรืออาจให้ผู้รับบริการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วางแผนการปฏิบัติเอง และบอกวิธีการให้นำไปปฏิบัติ โดยที่ผู้รับบริการอาจจะยังไม่สนใจ ไม่ตระหนัก หรือยังลังเลใจว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ รวมทั้งไม่มีการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการก่อน ทำให้ส่วนใหญ่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพบผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลลับแลในปี พ.ศ.2565 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 44.6⁶ ทั้งนี้ ผู้ป่วยมักจะควบคุมอาหารก่อนมาพบแพทย์ประมาณ 1 สัปดาห์ เพราะกลัวแพทย์ว่า ทำให้ เห็นว่าการดูแลแบบที่ผ่านมาไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้รับบริการ⁷

การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านมา มีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง การส่งเสริมการออกกำลังกาย การให้บริการสุขภาพเชิงรุกถึงบ้าน แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ยังเพิ่มขึ้นทุกปีเพราะไม่ได้ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งปัจจุบันก็มีปัจจัยเอื้อต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย อาทิ เกิดร้านขายเครื่องดื่มที่ใช้น้ำตาลเป็นส่วนผสมในปริมาณที่มาก เช่น ร้านชาวม หรือร้านกาแฟต่าง ๆ⁸ เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวานคือ ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังคอดอาหารให้อยู่ในระดับ 90 – 130 มิลลิกรัม / เดซิลิตร หรือระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1C) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 7⁹ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดภาวะแทรกซ้อนอันจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต¹⁰ ดังนั้น ผู้วิจัย จึงได้กำหนดรูปแบบการสร้างเสริม

สุขภาพแนวใหม่ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน ที่สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้แนวทางไว้คือการสร้างเสริมสุขภาพศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน ซึ่งดำเนินการโดยการประเมินพฤติกรรม สมรรถนะ และสถานะสุขภาพของผู้ป่วย (อาทิ ระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย) บูรณาการงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ อาทิ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดหรือนักเวชศาสตร์การกีฬา นักจิตวิทยา เป็นต้น มีรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจน เช่น รูปแบบหรือโปรแกรมลดน้ำหนัก โปรแกรมลดระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น ใช้วิธีการโค้ชหรือการสอนในการดำเนินการ แทนการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว และมีการติดตามให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง เป็นขั้นตอน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งเพิ่มกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามความเป็นไปได้ จากง่ายไปยาก และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ท้ายที่สุด ก็มีการประเมินผลว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยได้กำหนดไว้หรือไม่ เพื่อให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งได้ดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลลับแล

2. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลับแล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนกับหลังของกลุ่มการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มการสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม (กลุ่มเปรียบเทียบ)
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มการสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม (กลุ่มเปรียบเทียบ)
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ของผู้ป่วยเบาหวาน

2. วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน - หลัง (Two groups pre - posttest design)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการสร้างเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลลับแล กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการวิจัยทางคลินิก โดยการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง¹¹ คือ

$$n = \frac{\left[\frac{z_\alpha}{2} + z_\beta \right]^2 \times 2\sigma^2}{\delta^2}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มที่ต้องการ σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร ผลลัพธ์หลัก = 28.5¹² δ = ขนาดความแตกต่างที่มีความสำคัญทางคลินิก = 17.9 มิลลิกรัม / เดซิลิตร¹² $Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1.96$ (ค่านัยสำคัญทางสถิติแบบ 2 ทิศทาง = ร้อยละ 5 ค่าจุดตัด = 1.96) $Z_\beta = 0.84$ (จากค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ ร้อยละ 80)

$$n = \frac{[1.96 + 0.84]^2 \times 2 \times 28.5^2}{17.9^2} = 39.7$$

$$17.9^2$$

ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษากลุ่มละ 40 คน ซึ่งผู้วิจัยได้เพื่อการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ไว้ จำนวน 5 คน ดังนั้น จึงได้ใช้กลุ่มตัวอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ 45 คน และกลุ่มสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม 45 คน รวมตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 90 คน

การเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป
2. ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (2 ครั้งสุดท้ายที่มารักษาที่โรงพยาบาลลับแล มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg / dl) และไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเบาหวาน
3. เป็นผู้ที่ยินดียอมรับร่วมในการศึกษา และอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 3 เดือน

มีเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1. เกิดโรคแทรกซ้อนอย่างรุนแรงจากการป่วยเป็นเบาหวานในระหว่างการศึกษา
2. ระหว่างการศึกษามีการเจ็บป่วยจนต้องเข้านอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่สร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (กลุ่มทดลอง) กับแบบเดิม (กลุ่มเปรียบเทียบ) ที่มีลักษณะเพศ และอายุ ที่เหมือน / ใกล้เคียงกัน แล้วแบ่งเข้าแต่ละกลุ่มโดยความสมัครใจ

แผนการวิจัย

1. วิเคราะห์หาปัญหาว่าที่ผ่านมา การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงไม่สำเร็จ โดยผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลลับแล

2. กำหนดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์สุขภาพดีด้วยทำงาน ที่สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดไว้ ร่วมกับปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ในข้อ 1 โดยคณะจากข้อ 1 ดังนี้

2.1 ระบุกระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่

2.2 พิจารณากระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ว่า ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดการสร้างเสริมสุขภาพได้หรือไม่ ตรงกับบริบทของผู้ป่วยโรงพยาบาลลับแลหรือไม่ และสามารถดำเนินการได้หรือไม่ทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

2.3 จัดทำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่

2.4 กำหนดวิธีการประเมินและวัดผล

3. นำเสนอรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และทีมงานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลลับแล เพื่อให้ความเห็น และพิจารณาการดำเนินการ และผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม

4. นำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

5. ควบคุม ติดตาม ในการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ไปใช้ ตามวิธีการและแผนที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

6) ประเมินผลการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ไปใช้ โดยพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนกับหลังการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ว่ามีผลแตกต่างกันหรือไม่ และเปรียบเทียบกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิมที่เคยดำเนินการมา

รูปการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่

1. หลังจากที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และได้รับคำแนะนำให้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือกรณี que ผู้ป่วยสมัครใจมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเอง ในการให้บริการ เจ้าหน้าที่หน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพดำเนินการดังนี้

1.1 สร้างสัมพันธภาพ พูดคุย ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ตามแบบสอบถาม) ซึ่งเป็นการประเมินพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น / ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน และทำการตรวจวัดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในเรื่องระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว และลงบันทึกในแบบบันทึกผลการสร้างเสริมสุขภาพ

1.2 ทำการวิเคราะห์ และแจ้งผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว) ว่ามีอะไรบ้างที่ควรปรับปรุงแก้ไข และอันตรายต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

1.3 กำหนดเป้าหมายและตกลงการให้บริการตามสภาพปัญหา และความต้องการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยว่าจะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างไร โดยการโค้ช (ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ปฏิบัติให้ดู ฝึกปฏิบัติ ติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง) พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในการเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และสอบถามความสมัครใจว่าผู้ป่วยจะเข้าร่วมหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยยินดีและมุ่งมั่นตั้งใจที่จะดำเนินการก็นำผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.4 ดำเนินการส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่ผู้มีความเชี่ยวชาญ (อาทิ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด หรือพยาบาล) ตามที่ได้พูดคุย และตกลงการบริการระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่พบในผู้ป่วยที่เป็นปัญหามากและสำคัญก่อน เพื่อให้การโค้ช โดยให้ความรู้ คำแนะนำ และหรือฝึกปฏิบัติ ในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง พร้อมนัดหมายในเดือนต่อไป ให้ผู้ป่วยมาเล่าให้ฟังถึงการปฏิบัติตัว

2. หลังจากผู้ป่วยโรคเบาหวานกลับบ้านไปแล้ว 7 - 15 วัน เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการสอบถามทางแอปพลิเคชันไลน์ / โทรศัพท์ ว่าได้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ มีปัญหาติดขัดเรื่องอะไรบ้าง พร้อมให้คำแนะนำ กระตุ้น ชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลการปฏิบัติตนในทางบวกและทางลบที่จะเกิดขึ้น และเสริมแรงผู้ป่วยโดยการให้คำชมเชย หรือให้กำลังใจผู้ป่วยให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ โดยให้ผู้ป่วยถ่ายภาพในการดำเนินการและส่งมาทางแอปพลิเคชันไลน์ เช่น อาหารที่รับประทาน การออกกำลังกาย หรืออื่น ๆ ทั้งนี้ ให้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความพร้อมของผู้ป่วย ทั้งนี้ ในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มไลน์ที่กำหนดของโรงพยาบาล และได้แนะนำหรือชักชวนการใช้ไลน์ในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งจะมีการประเมินศักยภาพในการใช้ไลน์ และแนะนำ ฝึกปฏิบัติการใช้ จนผู้ป่วยสามารถใช้ได้

3. ในเดือนที่ 2 และ 3 ที่ผู้ป่วยมาพบตามนัด ดำเนินการ

3.1 พุดคุย และสอบถามถึงการปฏิบัติตัว / ฝึกปฏิบัติที่ได้แนะนำไว้กับผู้ป่วย ว่าได้ดำเนินการอย่างไร มีปัญหาอะไรหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และมีการสอบถาม พุดคุยกับญาติร่วมด้วย เป็นการสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

3.2 ทำการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว) ซึ่งในการประเมินนี้จะเน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ ส่วนในเรื่องภาวะสุขภาพจะดูว่าแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ซึ่งจะสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง น้ำหนัก / ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลง หากยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงหรือแนวโน้มที่ดีขึ้นให้พิจารณาหาสาเหตุ และให้แนวทาง หรือฝึกปฏิบัติให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

3.3 ในรายที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ หรือยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงหรือแนวโน้มที่ดีขึ้น หลังจาก 15 วัน ที่ผู้ป่วยมาพบ ก็ดำเนินการสอบถามทางแอปพลิเคชันไลน์ / โทรศัพท์ ว่าได้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ มีปัญหา ดัดขัดเรื่องอะไรบ้าง พร้อมให้คำแนะนำ กระตุ้น ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในส่วนที่ยังเป็นปัญหาอยู่ ทั้งนี้ อาจพิจารณาพูดคุยกับญาติที่อาศัยกับผู้ป่วย ให้คอยดูแล ให้กำลังใจ และกำกับติดตาม

3.4 ในรายที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม และมีภาวะสุขภาพในเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดลดลง น้ำหนัก / ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลง ก็พิจารณาให้คำแนะนำ / ฝึกปฏิบัติเพิ่มในส่วนที่ยังปฏิบัติได้ยังไม่สมบูรณ์ / ดิพอ

4. เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการส่งเสริมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยมาพบตามนัด และดำเนินการ

4.1 พูดย และสอบถามถึงการปฏิบัติตัว / ฝึกปฏิบัติที่ได้แนะนำไว้ ว่าได้ดำเนินการอย่างไร มีปัญหาอะไรหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

4.2 ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ตามแบบสอบถาม) และตรวจวัดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในเรื่องระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว พร้อมแจ้งผลให้ผู้ป่วยรับทราบ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม ซึ่งได้มีการประยุกต์ใช้ตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขได้ให้แนวทาง และตามบริบทของผู้ป่วยเบาหวาน ดำเนินการดังนี้

1. ในเดือนแรก ก่อนการศึกษาทำการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ตามแบบสอบถาม) และตรวจวัดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในเรื่องระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว และลงบันทึกในแบบบันทึกผลการสร้างเสริมสุขภาพ

2. ให้คำแนะนำการสร้างเสริมสุขภาพ ในลักษณะการให้ความรู้ ว่าควรปฏิบัติตัวอย่างใดในการรับประทานอาหาร รับประทานยา ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง แล้วให้ผู้ผู้ป่วยไปปฏิบัติตัวที่บ้าน

3. ในเดือนต่อ ๆ ไป ก็ซักถาม พูดยกับผู้ป่วย โดยซักถามถึงปัญหาการปฏิบัติตัว และเน้นการให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังทำไม่ได้ และให้ผู้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติตัวที่บ้าน

4. เมื่อดำเนินการครบ 3 เดือน (เมื่อผู้ป่วยมารับบริการในเดือนที่ 4) ให้ทำการติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จที่เกิดขึ้น (ตามแบบสอบถาม) และตรวจวัดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในเรื่องระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว และลงบันทึกในแบบบันทึกผลการสร้างเสริมสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบแนวใหม่และแบบดั้งเดิม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาเอง ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ ในเรื่องการรับประทานอาหาร (8 ข้อ) การรับประทานยา (5 ข้อ) การออกกำลังกาย (2 ข้อ) การจัดการกับความเครียด (4 ข้อ) และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (5 ข้อ) รวมทั้งสิ้น 24 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกว่า ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง เป็นประจำ และทุกวัน / ทุกครั้ง แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบทุกวัน / ทุกครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบทุกวัน / ทุกครั้ง ให้คะแนน 0 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 3 คะแนน โดยให้ตอบทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ (ตอบเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่) ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ ว่ามีความพึงพอใจต่อการรับบริการ มาก ปานกลาง น้อย และไม่พอใจ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน จะมีคะแนน 0 – 54 คะแนน แบ่งความพึงพอใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) คะแนน 0 – 31 คะแนน ปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60 - 79) คะแนน 32 – 42 คะแนน และสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) คะแนน 43 – 54 คะแนน ตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มคะแนนของ Bloom¹³

2.2 แบบบันทึกข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแบบให้เติมคำ ก่อนการรับบริการและเมื่อรับบริการแล้วนาน 3 เดือนขึ้นไป ประกอบด้วยเรื่องน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด

คุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 นอกจากนี้ได้วิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อถือของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ = 0.79 และแบบวัดความพึงพอใจต่อการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ = 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนแบบบันทึกผลการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด (ก่อนและหลังการทดลอง) ซึ่งได้ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 และมกราคม พ.ศ.2566

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

2.1 เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องเพศ และอายุ ว่าทั้งสองกลุ่มดังกล่าวมีลักษณะที่คล้ายกันหรือไม่ โดยใช้ Chi-square test

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สถิติ ดังนี้

- Independent t-test ใช้เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

- Paired sample t-test ใช้เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ตามหนังสือเลขที่ COA No 005 / 66 UPHO REC NO.001 / 66 ลงวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ.2565

3. ผลการศึกษา

ลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง ได้แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (กลุ่มสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม) พบลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวานดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.0 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 67.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 51.1 รองลงมา คือ โสด และหม้าย / หย่า / แยก ร้อยละ 28.9 และ 20.0 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.8 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.8 รองลงมามีอาชีพเกษตรกร งานบ้าน / ช่วยเหลืองานครอบครัว ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว และรับราชการ ร้อยละ 35.6, 15.6, 8.9 และ 2.2 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.2 รองลงมามีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท และมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 24.4, 6.7 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ สัทธิในการรักษาพยาบาล คือ บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 82.2

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.0 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.1 ในเรื่องมีอาชีพ พบว่า ทำงานบ้าน / ช่วยเหลืองานครอบครัว ร้อยละ 33.3 รองลงมามีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง และค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 26.7, 22.2 และ 17.8 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 57.8 รองลงมามีรายได้

5,000 – 10,000 บาท และมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 33.3 และ 6.7 ตามลำดับ ใช้สถิติเปรียบเทียบประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 75.5

เมื่อเปรียบเทียบเพศ และอายุ พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะเพศ และอายุ (ซึ่งเป็นตัวแปรควบคุม) ในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ($P\text{-value} > 0.05$) เหมาะสมต่อการเปรียบเทียบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ และการสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละลักษณะส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบความแตกต่างของเพศ อายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	45	100.0	45	100.0
หญิง	27	60.0	27	60.0
ชาย	18	40.0	18	40.0
$\chi^2 = 0.000$ df = 1 P-value = 1.000				
อายุ	45	100.0	45	100.0
น้อยกว่า 60 ปี	15	33.3	11	24.4
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	30	67.7	34	75.6
$\chi^2 = 0.865$ df = 1 P-value = 0.352				
สถานภาพสมรส	45	100.0	45	100.0
คู่	23	51.1	28	62.2
โสด	13	28.9	7	15.6
หม้าย / หย่า / แยก	9	20.0	10	22.2
การศึกษา	45	100.0	45	100.0
ประถมศึกษา	35	77.8	32	71.1
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	10	22.2	13	28.9
อาชีพ	45	100.0	45	100.0
รับจ้าง	17	37.8	10	22.2
เกษตรกรกรรม	16	35.6	12	26.7
งานบ้าน / ช่วยเหลืองานครอบครัว	7	15.6	15	33.3
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	4	8.9	8	17.8
รับราชการ	1	2.2	0	0.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (ต่อเดือน)	45	100.0	45	100.0
ไม่มีรายได้	3	6.7	1	2.2
น้อยกว่า 5,000 บาท	28	62.2	26	57.8
5,000 – 10,000 บาท	11	24.4	15	33.3
มากกว่า 10,000 บาท	3	6.7	3	6.7
สิทธิในการรักษาพยาบาล	45	100.0	45	100.0
บัตรประกันสุขภาพ	37	82.2	34	75.5
เบิกได้	4	8.9	7	15.7
ประกันสังคม	2	4.4	1	2.2
อสม.	2	4.4	1	2.2
ผู้พิการ	0	0.0	2	4.4

ประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ได้ศึกษาประสิทธิผลในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ (โดยรวม และรายด้าน) ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเปรียบเทียบ ดังนี้

1. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมในแต่ละด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง) ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในทุกเรื่องดังกล่าว ($P\text{-value} > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

หลังการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และด้านต่าง ๆ (ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง) และระดับน้ำตาลในเลือด (ลดลง) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ส่วนดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่แตกต่างกันทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

รายการ	n	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
		Mean	SD	t-test	P-value	Mean	SD	t-test	P-value
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (72 คะแนน)									
กลุ่มทดลอง	45	47.8	6.2	-1.487	0.141	62.4	3.6	15.924	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	49.5	4.1			49.4	4.0		
ด้านการรับประทานอาหาร (24 คะแนน)									
กลุ่มทดลอง	45	14.9	3.1	-0.871	0.386	19.3	2.0	7.418	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	15.4	2.9			15.4	2.8		
ด้านการรับประทานยา (15 คะแนน)									
กลุ่มทดลอง	45	11.5	3.3	-0.862	0.391	14.2	1.4	5.676	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	12.0	2.2			11.8	2.4		
ด้านการออกกำลังกาย (6 คะแนน)									
กลุ่มทดลอง	45	2.1	1.6	-1.567	0.121	4.6	1.2	5.196	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	2.7	2.1			2.7	2.2		
ด้านการจัดการกับความเครียด (12 คะแนน)									
กลุ่มทดลอง	45	8.4	1.6	0.104	0.917	10.6	1.4	5.673	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	8.3	2.3			8.2	2.3		
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (15 คะแนน)									
กลุ่มทดลอง	45	10.8	1.5	-1.959	0.053	13.5	1.3	4.796	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	11.6	2.2			11.6	2.2		
ดัชนีมวลกาย									
กลุ่มทดลอง	45	27.3	4.5	0.134	0.893	26.8	4.3	-0.398	0.692
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	27.1	5.8			27.2	6.7		
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)									
กลุ่มทดลอง	45	90.8	11.0	-0.291	0.772	88.9	10.0	-0.642	0.523
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	91.4	9.9			90.3	10.0		
ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม / เดซิลิตร)									
กลุ่มทดลอง	45	146.9	37.7	-0.078	0.938	120.0	25.7	-4.847	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	147.4	29.7			146.8	26.6		

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และด้านต่าง ๆ ทุกด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ส่วนในเรื่องดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($P\text{-value} < 0.01$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

กลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านต่าง ๆ ในทุกด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง) ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ($P\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	n	Mean	SD	t-test	P-value	Mean	SD	t-test	P-value	-
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (72 คะแนน)										
ก่อนการทดลอง	45	47.8	6.2	-23.508	<0.001	49.5	4.1	1.956	0.057	
หลังการทดลอง	45	62.4	3.6			49.4	4.0			
ด้านการรับประทานอาหาร (24 คะแนน)										
ก่อนการทดลอง	45	14.9	3.1	-12.161	<0.001	15.4	2.9	1.665	0.103	
หลังการทดลอง	45	19.3	2.0			15.4	2.8			
ด้านการรับประทานยา (15 คะแนน)										
ก่อนการทดลอง	45	11.5	3.3	-8.796	<0.001	12.0	2.2	1.735	0.090	
หลังการทดลอง	45	14.2	1.4			11.8	2.4			
ด้านการออกกำลังกาย (6 คะแนน)										
ก่อนการทดลอง	45	2.1	1.6	-19.191	<0.001	2.7	2.1	1.000	0.323	
หลังการทดลอง	45	4.6	1.2			2.7	2.2			
ด้านการจัดการกับความเครียด (12 คะแนน)										
ก่อนการทดลอง	45	8.4	1.6	-12.944	<0.001	8.3	2.3	1.948	0.058	
หลังการทดลอง	45	10.6	1.4			8.2	2.3			
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (15 คะแนน)										
ก่อนการทดลอง	45	10.8	1.5	-16.455	<0.001	11.6	2.2	1.000	0.323	
หลังการทดลอง	45	13.5	1.3			11.6	2.2			
ดัชนีมวลกาย										
ก่อนการทดลอง	45	27.3	4.5	3.162	0.003	27.1	5.8	-0.255	0.800	
หลังการทดลอง	45	26.8	4.3			27.2	6.7			

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ			
	n	Mean	SD	t-test	P-value	Mean	SD	t-test	p-value
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)									
ก่อนการทดลอง	45	90.8	11.0	3.326	0.002	91.4	9.9	1.747	0.088
หลังการทดลอง	45	88.9	10.0			90.3	10.0		
ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม / เดซิลิตร)									
ก่อนการทดลอง	45	146.9	37.7	6.604	<0.001	147.4	29.7	0.209	0.836
หลังการทดลอง	45	120.0	25.7			146.8	26.6		

ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ของกลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 77.8 รองลงมา และมีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 22.2 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละระดับความพึงพอใจต่อการได้รับการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n = 45)	ร้อยละ (100.0)
ต่ำ (0 – 31 คะแนน)	0	0.0
ปานกลาง (32 – 42 คะแนน)	10	22.2
มาก (43 – 54 คะแนน)	35	77.8
Mean = 47.5 SD = 6.7 Min = 35 Max = 54		

4. วิจัยณ์

จากการศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลับแล พบว่า ผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง) ดีขึ้น มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และดีกว่าการสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม โดยมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และในแต่ละด้านดังกล่าว ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่มีดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ได้เน้นการดำเนินการในลักษณะการโค้ช (Coaching) โดยการส่งเสริมปรับปรุง และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติให้สูงขึ้นตามศักยภาพที่มีอยู่ สร้างการตระหนักรู้ความเป็นจริง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยจะเน้นเรื่องการเรียนรู้มากกว่าการถูกสอน¹⁴ เป็นการสอนและให้คำปรึกษาควบคู่กันไป ช่วยให้เกิดความพร้อมในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น กระตุ้นให้เกิดการคิดอย่างเชิงเหตุผล ผู้ถูกโค้ช

สะท้อนคิดด้วยตนเองในการปฏิบัติต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความคงทนของการเรียนรู้ที่ยาวนานมากขึ้น การโค้ชเป็นวิธีการที่ประยุกต์หลักการทางจิตวิทยาสุขภาพ (ข้อมูลสุขภาพ ธรรมชาติของคน) และจิตวิทยาการโค้ช (การสื่อสาร การจูงใจ) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการ มีการเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ มีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ เพิ่มแรงจูงใจ และเพิ่มโอกาสของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดี เป็นการเปลี่ยนแปลงไปที่ละขั้นตอนหรือหลายขั้นตอนของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ทำให้ผู้รับบริการลงมือกระทำด้วยตนเอง⁷ ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้ทักษะ ความมั่นใจ การจัดการตนเอง การแก้ปัญหา และสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้¹⁵ โดยใช้ทักษะความเชี่ยวชาญของโค้ชในการเอื้ออำนวยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ โค้ชจะเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริมกำลังใจ และคอยให้ความช่วยเหลือ จะฟัง รับรู้ถึงค่านิยม ความเชื่อ และชี้ให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างสิ่งที่ควรจะเป็นด้านสุขภาพกับความเป็นจริงของสุขภาพ เพื่อผลักดัน สนับสนุน และปลุกฝังความเชื่อมั่นให้กับผู้ถูกโค้ช¹⁶ ทั้งนี้ การนำการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ จะเป็นประโยชน์ต่อระบบการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันหรือดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะสามารถผลักดันให้เกิดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ / ดูแลตนเองที่มีความต่อเนื่อง¹⁷ เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนการสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม จะเป็นลักษณะการสอนที่ปฏิบัติกันมา ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพแบบการสอนแบบจะไม่ได้ทำให้พฤติกรรมดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนไป หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอน ทั้งนี้ ในการสอน เรามักพบว่าผู้ให้บริการมีความคาดหวังต่อตัวผู้รับบริการว่า จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ได้ และมักจะเป็นผู้วางเป้าหมายในการปฏิบัติแก่ผู้รับบริการ หรืออาจให้ผู้รับบริการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วางแผนการปฏิบัติเอง โดยผู้สอนจะเป็นเพียงผู้บอกวิธีการปฏิบัติ ในขณะที่ผู้รับบริการอาจจะยังไม่สนใจ ไม่ตระหนัก หรือยังลังเลใจว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมดีหรือไม่ ไม่มีการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการก่อน ทำให้ส่วนใหญ่การสร้างเสริมสุขภาพแบบการสอนมักไม่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความท้อใจ เบื่อหน่าย และคิดว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องยาก ซึ่งจะเห็นได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมานั้นจะเน้นให้ความรู้และฝึกอบรม และผลที่ตามมาคือไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ หรือเกิด ก็น้อยมาก⁷ ในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผลการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่นี้ ทำให้ผู้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดไปในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา สติประเสริฐ¹⁸ ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการชี้แนะหรือการโค้ช มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ (การสอน) เกวลิณ ชื่นเจริญสุข และสมพร เนติรัฐกร¹⁹ พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการรับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) มีน้ำหนัก เส้นรอบเอว สมรรถภาพทางร่างกาย ดีกว่าก่อนการรับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

ในการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.8) ทั้งนี้ เนื่องจากการให้บริการได้เริ่มจากสร้างสัมพันธภาพพูดคุย ประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ตรวจวัดภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำการวิเคราะห์ และแจ้งผลการประเมินว่า มีอะไรบ้างที่ควรปรับปรุงแก้ไข และอันตรายต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายและตกลงการให้บริการตามสภาพปัญหา และความต้องการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย และสอบถามความสมัครใจว่าผู้ป่วยจะเข้าร่วมหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยยินดีและมุ่งมั่นตั้งใจที่จะดำเนินการก็นำผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งมีเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญ (อาทิ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด หรือพยาบาล) เป็นผู้ให้คำแนะนำ สร้างการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ และมีการติดตามอย่างใกล้ชิด ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง จนเกิดผลการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดความสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากเป็นส่วนใหญ่ ส่วนในเรื่องเครื่องมือ อุปกรณ์ อาจมีข้อจำกัดที่ไม่พร้อม / ไม่เพียงพออยู่บ้าง เพราะเพิ่งเริ่มดำเนินการ ผลการศึกษาสอดคล้องและมีความพึงพอใจใกล้เคียงกับการศึกษาของ เกวลิ้น ชื่นเจริญสุข และสมพร เนติรัฐกร¹⁹ ที่พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ทั้งในกลุ่มรับบริการเชิงรับและเชิงรุก มีความพึงพอใจต่อการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ในระดับมาก ร้อยละ 90.0 และ 75.0 ตามลำดับ

6. บทสรุป

การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ เป็นรูปแบบการดำเนินการสร้างเสริม ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยความสมัครใจและยินดีของผู้รับบริการ และก่อให้เกิดผลสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรม ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเป็นส่วนใหญ่ ผู้ให้บริการเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ และฝึกปฏิบัติตามปัญหา หรือความต้องการของผู้รับบริการ มีการเสริมพลัง ให้กำลังใจ ติดตามและประเมินผลเป็นระยะ ๆ ก่อให้เกิดผลสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรพิจารณารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ และขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ

5. ข้อเสนอแนะ

1. **เชิงนโยบาย** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดอุดรดิตถ์ พิจารณารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานไปใช้

2. **ด้านการปฏิบัติ** ควรดำเนินการตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้จากการศึกษาไปใช้ ด้วยการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจวัดภาวะสุขภาพ ตั้งเป้าหมาย และสร้างเสริมสุขภาพโดยการ โค้ช ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้กำลังใจ และท้ายที่สุดคือบอกถึงผลที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ด้วยการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ

ข้อควรระวัง ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่นี้ หากบุคคลดังกล่าวไม่เต็มใจ / ไม่ยินดี / ไม่พร้อม ก็ไม่ควรจะเอาเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว เพราะจะไม่ได้ผล

7. เอกสารอ้างอิง

1. กนกวรรณ พรหมชาติ, จรรยา สันตยากร, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และปกรณั ประจัญบาน. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2555; 6 (2) : 48-55.
2. Pender N, Murdaugh C, & Parsons MA. Health promotion in nursing practice (6 ed.). Upper Saddle River NJ: Pearson Education LTD. 2011.
3. ตนุพล วิรุฬหการุญ. BDMS Wellness Clinic : ศูนย์สุขภาพครบวงจรแห่งแรกในเอเชีย. [อินเทอร์เน็ต] 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม พ.ศ.2565] เข้าถึงได้จาก: <https://www.kasikornbank.com/th/personal/the-wisdom/articles/lifestyle/Pages/BDMS-0418.aspx>
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ความหมายของนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน พ.ศ.2565] เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/>
5. พชรินทร์ สิริสุนทร, วัชรพล พุทธรักษา และกันตพัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร. การได้ชกกับการสื่อสารเชิงสัญญา เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2563; 20 (2) : 82-103.
6. โรงพยาบาลลับแล. รายงานการป่วยเป็นโรคเบาหวานโรงพยาบาลลับแล. อุดรดิตถ์: โรงพยาบาลลับแล.
7. อัจฉรา ภักดีพินิจ. การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลักการ Health Coaching. [อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ.2565] เข้าถึงได้จาก: <http://dental2.anamai.moph.go.th/elderly>
8. ลมัย ชุมแวงวาล และลันวี ปิยะบัณฑิตกุล. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยชุมชน ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38 (3) : 41-50.
9. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes care 2017; 30 (1): 34-40.
10. สุวิทย์ ธนอสนวนนท์, เอกชัย คำลือ, ธาราทิพย์ อุทิสัน, พร้อมพันธ์ กุ่มเนตร, วชิร ผลมาก. เหตุผลการฝึกนั้ของผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวาน. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2557; 19 (2) : 85-95.
11. จรณิต แก้วกั้งวาล และประดาป สิงห์วิวานนท์. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. [อินเทอร์เน็ต] พ.ศ.2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ.2565] เข้าถึงได้จาก: <https://rdo.psu.ac.th/ResearchStandards/animal/assets/document/SampleSizes.pdf>

12. ศุภมิตร ปาณรูป. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิวดน. วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12 (3) : 23-34.
13. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw–Hill. 1971.
14. Marquis, B.L. & Huston, C.J. Leadership role and management function in nursing theory and Practice. (4th ed.) . Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2013.
15. Bennett, H. D., Coleman, E. A., Parry, C., Bodenheimer T., & Chen, E. H. Health coaching for patients. Research on Family Practice Management 2010; 17: 24-29.
16. Donner, G. J., & Wheeler, M. M. Coaching in nursing: An introduction. International Council of Nurses: Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International. 2019.
17. นัยน์พร จันทริมา. ผลของโปรแกรมการโค้ชต่อการเตรียมพร้อมและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. 2559.
18. วนิดา สติประเสริฐ. ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา. 2558.
19. เกวลิน ชื่นเจริญสุข และสมพร เนติรัฐกร. การพัฒนารูปแบบการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่สำหรับโรงพยาบาล. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2563; 16 (3) : 13-22

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่

สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์ ส.ม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

วันที่รับบทความ (received) 21 มกราคม 2566, วันแก้ไขบทความ (revised) 20 กุมภาพันธ์ 2566,

วันตอบรับบทความ (accepted) 23 กุมภาพันธ์ 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการบริหาร ด้านบริการและด้านวิชาการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประชากรคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,313 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 326 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน-ธันวาคม 2655 โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ด้านการบริหาร 3) ด้านการบริการ 4) ด้านวิชาการและ 5) การปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.945 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา การดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว การบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เชื่อมโยงระบบข้อมูลด้วยระบบเทคโนโลยี การพัฒนาระบบส่งต่อการพัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดโดยใช้หลัก CBL การจัดการความรู้ KM การนำเสนอผลงานเวทีวิชาการ ปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา ($P\text{-value} < 0.001$) การดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว ($P\text{-value} = 0.004$) การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($P\text{-value} = 0.004$) ระดับการศึกษา ($P\text{-value} = 0.007$) ตามลำดับ สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 14.7 ($R^2 = 0.147$)

คำสำคัญ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), การบริการระดับปฐมภูมิ, บุคลากรสาธารณสุข

Factor Effecting to Development for Primary Care Service System at Sub-District Health Promoting Hospital, Chiang Mai Province.

Surasit Tametip M.P.H.

Chiang Mai Provincial Public Health Office.

Abstract

This descriptive research aimed to study administrative factor, health service factor, academic factor affecting to development for primary care service system. Population was 1,313 health personnel which be worked in Tumbon health promoting hospital, Chiang Mai Province, and the sample size calculating used Daniel formula for 326 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data during October to December 2022. Data collected by questionnaires composed of 5 parts including; 1) characteristics; 2) administrative factors 3) health service factors 4) academic factors 5) service plan for primary care. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.945. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis. The results revealed that factors associated with development for primary care service system at Sub-District Health Promoting Hospital with statistically significant at 0.05 were education level, primary care award, family medicine, epidemiology, health behavior, information technology, referral system, context based learning, knowledge management, conference presentation. Factor predicting to development for primary care service system were epidemiology (P-value<0.001) primary care award (P-value= 0.004) health behavior (P-value= 0.004) education level (P-value= 0.007) respectively, which theses four factors predicted to development for primary care service system shown 14.7% ($R^2 = 0.147$)

Keywords: Sub-District Health Promoting Hospital, Primary care service, Health personnel

1. บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะโครงสร้างประชากรไทยพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพ หากไม่ได้รับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นภาระต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม นอกจากนี้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปเกิดพฤติกรรมที่พึ่งพาอาศัยเทคโนโลยีทำให้กิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน อาหารขยะสูงขึ้น ความเร่งรีบในการดำเนินชีวิตส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้คนทำให้เกิดความเครียด¹ กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐานในปีงบประมาณ 2554-2555 ได้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบโดยดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี เพื่อตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศไทยได้ทันทั่วทั้งที่ โดยมีกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิเข้าด้วยกันเพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานทั่วถึงเป็นธรรม² ซึ่งการบริการระดับปฐมภูมิถือว่ามีสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นบริการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ซึ่งถือเป็นจุดกลางที่ต้องทำการเชื่อมต่อกับบริการระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และเป็นด่านหน้าของบริการในชุมชนรองรับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่ซับซ้อน ก่อนส่งต่อเข้ารับบริการยังสถานบริการที่อยู่ในระดับทุติยภูมิต่อไปภารกิจอีกด้านที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิคือการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและชุมชนได้นำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการจัดการตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด การบริการปฐมภูมิมีความสำคัญอย่างมากในระบบบริการสุขภาพที่จะเน้นบริการทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ชุมชนมีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้³

จังหวัดเชียงใหม่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาบริการปฐมภูมิตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 จนถึงปัจจุบัน มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิตามยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพคือ การดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพระดับอำเภอ (พชอ.) ตามเกณฑ์เป้าหมายในปี 2564 โดยต้องมีการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพทุกอำเภอ และผ่านเกณฑ์การประเมิน พชอ.ที่มีคุณภาพ ร้อยละ 75 โดยในปีงบประมาณ 2564 จากการสรุปผลการดำเนินงานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพระดับอำเภอ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ UCCARE ครั้งที่ 1 (ไตรมาส 1-3) พบประเด็นปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่หลายปัญหา ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน การดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง การรณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงการบริโภคอาหารรสหวาน รสเค็ม การลดปัญหาอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจร เป็นต้น⁴ นอกจากนี้ยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ขังขาดการบูรณาการงาน

ลงสู่ระดับอำเภอและหน่วยบริการปฐมภูมิเนื่องจากการขาดการสื่อสารนโยบายระบบสุขภาพอำเภอให้กับกลุ่มงานหรือฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และยังขาดการประสานงานการรับรู้เรื่องนโยบายการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน ส่งผลให้การจัดกิจกรรมของกลุ่มงานต่างๆ ขาดการบูรณาการกิจกรรมตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้การดำเนินงาน Service plan ทั้ง 19 สาขาในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ระดับทุติยภูมิ ซึ่งเน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่ในการดำเนินงานระดับปฐมภูมิจะเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ยังขาดการเชื่อมโยงและบูรณาการงานร่วมกันทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องและเป็นการดำเนินกิจกรรมของ Service plan แต่ละสาขา⁴

จากข้อมูลและสถานการณ์ในการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ เพื่อที่จะนำผลการประเมินการปฏิบัติงานมาใช้ในการควบคุม กำกับงานให้ประสบผลสำเร็จตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ได้วางแผนไว้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนยุทธศาสตร์ ในการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานระดับปฐมภูมิให้มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่

3. วิธีการ

วิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข 2) ด้านการบริหาร 3) ด้านการบริการ 4) ด้านวิชาการ ตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1,313 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel⁵ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 326 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ มีระยะเวลาการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรม

ส่วนที่ 2 ด้านบริหาร ประกอบด้วย การบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) การบริหารจัดการแบบบูรณาการ การสนับสนุนทรัพยากร ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 ด้านบริการ ประกอบด้วย การดำเนินงานตามมาตรฐาน PCA การดูแลสุขภาพด้วย ทีมหมอครอบครัว การบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เชื่อมโยงระบบข้อมูลด้วยระบบเทคโนโลยี การพัฒนาระบบส่งต่อ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 ด้านวิชาการ ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดโดยใช้หลัก CBL, การจัดการความรู้ KM, การนำเสนอผลงานเวทีวิชาการ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดระยะเวลารอคอย (ลดแออัด) เพิ่มการเข้าถึงบริการ (ลดค่าใช้จ่าย) เพิ่มความพึงพอใจ (การบริการได้มาตรฐาน) ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินค่า IOC เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงราย คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁷ เท่ากับ 0.945 จำแนกรายด้านบริหาร (0.930) ด้านบริการ (0.954) ด้านวิชาการ (0.904) การปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (0.905)

2.3 สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

2.4 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ใบรับรองเลขที่ CM 34/2565

4. ผลการศึกษาวิจัย

บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (74.54%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 30-49 ปี (55.21%) ($\bar{X}$ = 39.55, S.D. = 10.853, Min= 22, Max= 59) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (61.35%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (79.45%) และสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป (14.11%) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,000-39,999 (38.65%) ($\bar{X}$ = 40,537.14, S.D. = 19,470.84, Max= 99,900, Min= 6,500) ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (28.53%) รองลงมาคือตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (27.61%) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (26.69%) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันระหว่าง 5-19 ปี (43.56%) ($\bar{X}$ = 13.43, S.D. = 10.181, Max= 39, Min= 1) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาบุคลากรสาธารณสุขเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิ (63.80%) และเคยเข้าร่วมในการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิ (44.79%)

ด้านบริหารของบุคลากรสาธารณสุข ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (96.93%) เมื่อพิจารณา ด้านบริหารจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ ($\bar{X}$ = 4.40, S.D.= 0.378) การบริหารจัดการแบบบูรณาการ ($\bar{X}$ = 4.24, S.D.= 0.461) การสนับสนุนทรัพยากร ($\bar{X}$ = 2.95, S.D.= 0.216) ตามลำดับ ด้านบริการของบุคลากรสาธารณสุขภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (99.39 %) เมื่อพิจารณาด้านบริการจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว ($\bar{X}$ = 4.32, S.D.= 0.473) การดูแลสุขภาพด้วยทีมหมอครอบครัว ($\bar{X}$ = 4.32, S.D.= 0.473) การบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ($\bar{X}$ = 4.58, S.D.= 0.458) การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา ($\bar{X}$ = 4.62, S.D.= 0.435) การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($\bar{X}$ = 4.55, S.D.= 0.378) การเชื่อมโยงระบบข้อมูลด้วยระบบ IT ($\bar{X}$ = 4.56, S.D.= 0.454) การพัฒนาระบบส่งต่อ ($\bar{X}$ = 4.44, S.D.= 0.538) ตามลำดับ ด้านวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (90.49%) เมื่อพิจารณาด้านวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดโดยใช้หลัก CBL ($\bar{X}$ = 4.40, S.D.= 0.492) การจัดการความรู้ ($\bar{X}$ = 4.33, S.D.= 0.552) การนำเสนอผลงานเวทีวิชาการ ($\bar{X}$ = 4.27, S.D.= 0.595) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยด้านบริหาร ด้านบริการและด้านวิชาการในการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	น	ละ	น	ละ	น	ละ		
ด้านบริหาร	316	96.93	10	3.07	-	-	4.34	0.365
1. การบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ	320	98.16	6	1.84	-	-	4.40	0.378
2. การบริหารจัดการแบบบูรณาการ	287	88.04	39	11.96	-	-	4.24	0.461
3. การสนับสนุนทรัพยากร	310	95.09	16	4.91	-	-	4.25	0.216
ด้านบริการ	324	99.39	2	0.61	-	-	4.61	0.337
1. การดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว	314	96.32	12	3.68	-	-	4.43	0.437
2. การดูแลสุขภาพด้วยทีมหมอครอบครัว	297	91.10	29	8.90	-	-	4.32	0.473
3. การบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	321	98.47	5	1.53	-	-	4.58	0.458
4. การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา	320	98.16	5	1.53	1	0.31	4.62	0.435
5. การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	319	97.85	7	2.15	-	-	4.55	0.378
6. เชื่อมโยงระบบข้อมูลด้วยระบบ IT	317	97.24	9	2.76	-	-	4.56	0.454
7. การพัฒนาระบบส่งต่อ	292	89.57	33	10.12	1	0.31	4.44	0.538
ด้านวิชาการ	295	90.49	31	9.51	-	-	4.33	0.448
1. การพัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดโดยใช้หลัก CBL	302	92.64	24	7.36	-	-	4.40	0.492
2. การจัดการความรู้ KM	286	87.73	40	12.27	-	-	4.33	0.552

ตารางที่ 1 ปัจจัยด้านบริหาร ด้านบริการและด้านวิชาการในการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	น	ละ	น	ละ	น			
ด้านวิชาการ	295	90.49	31	9.51	-	-	4.33	0.448
3. การนำเสนอผลงานเวทีวิชาการ	266	81.60	60	18.40	-	-	4.27	0.595
4. การมีส่วนร่วมในการแก้ไข	234	96.69	8	3.31	-	-	4.67	0.416

การปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (93.87%) ($\bar{X}$ = 4.42, S.D. = 0.451) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การลดอัตราป่วย ($\bar{X}$ = 4.56, S.D. = 0.555) การลดอัตราตาย ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = 0.657) การลดระยะเวลารอคอย ($\bar{X}$ = 4.33, S.D. = 0.653) การเพิ่มการเข้าถึงบริการ ($\bar{X}$ = 4.33, S.D. = 0.541) การเพิ่มความพึงพอใจ ($\bar{X}$ = 4.58, S.D. = 0.492) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่

ตัวแปรตาม	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	น	ละ			น			
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	306	93.87	20	6.13	-	-	4.42	0.451
1. ลดอัตราป่วย	306	93.87	20	6.13	-	-	4.56	0.555
2. ลดอัตราตาย	274	84.05	50	15.34	2	0.61	4.32	0.657
3. ลดระยะเวลารอคอย	261	80.06	64	19.63	1	0.31	4.33	0.655
4. เพิ่มการเข้าถึงบริการ	292	89.57	34	10.43	-	-	4.33	0.541
5. เพิ่มความพึงพอใจ	304	93.25	22	6.75	-	-	4.58	0.492

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา ($r = 0.147$, $p\text{-value} = 0.008$) การสนับสนุนทรัพยากร ($r = 0.179$, $p\text{-value} = 0.001$) การดำเนินงาน รพ.สต. ดีดดาว ($r = 0.154$, $p\text{-value} = 0.005$) การบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ($r = 0.176$, $p\text{-value} = 0.001$) การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา ($r = 0.277$, $p\text{-value} < 0.001$) การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($r = 0.227$, $p\text{-value} < 0.001$) เชื่อมโยงระบบข้อมูลด้วยระบบ IT ($r = 0.227$, $p\text{-value} = 0.035$) การพัฒนาระบบส่งต่อ ($r = 0.194$, $p\text{-value} < 0.001$) การพัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดโดยใช้หลัก CBL ($r = 0.173$, $p\text{-value} = 0.002$) การจัดการความรู้ ($r = 0.138$, $p\text{-value} = 0.013$) การนำเสนอผลงานเวทีวิชาการ ($r = 0.210$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านบริหาร ปัจจัยด้านบริการ ปัจจัยด้านวิชาการ และการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่

ตัวแปรอิสระ	การปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
ระดับการศึกษา	0.147	0.008	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านบริหาร	0.133	0.046	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ	0.060	0.279	ไม่พบความสัมพันธ์
- การบริหารจัดการแบบบูรณาการ	0.103	0.064	ไม่พบความสัมพันธ์
- การสนับสนุนทรัพยากร	0.179	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านบริการ	0.144	0.009	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว	0.154	0.005	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การดูแลสุขภาพด้วยทีมหมอครอบครัว	0.100	0.072	ไม่พบความสัมพันธ์
- การบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	0.176	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา	0.277	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	0.227	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- เชื่อมโยงระบบข้อมูลด้วยระบบ IT	0.235	0.035	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การพัฒนาระบบส่งต่อ	0.194	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านวิชาการ	0.091	0.009	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การพัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดโดยใช้หลัก CBL	0.173	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การจัดการความรู้ KM	0.138	0.013	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การนำเสนอผลงานเวทีวิชาการ	0.210	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา ($P\text{-value}<0.001$) การดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว ($P\text{-value}= 0.004$) การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($P\text{-value}= 0.004$) ระดับการศึกษา ($P\text{-value}= 0.007$) ตามลำดับ ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว ดังกล่าวนี้อาจทำนายการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ได้ร้อยละ 14.7 ($R^2= 0.147$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา	0.330	0.077	0.227	4.270	<0.001
2. การดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว	0.113	0.039	0.150	2.882	0.004
3. การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	0.254	0.089	0.153	2.863	0.004
4. ระดับการศึกษา	0.071	0.026	0.141	2.574	0.007
Constant	0.654	0.322	-	2.724	0.043
ค่าคงที่= 0.654, F= 13.877, P-value<0.001, R= 0.384, $R^2= 0.147$					

4. วิเคราะห์

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายผลการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ได้ร้อยละ 14.7 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายได้ ประกอบด้วย การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระดับการศึกษา ตามลำดับ

การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($P\text{-value}<0.001$) เนื่องจากการดำเนินงานด้านระบาดและการควบคุมป้องกันโรค มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลด้านระบาดวิทยาไปใช้ในการวางแผนการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนรวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรในการควบคุมโรค การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมและป้องกันโรคที่เพียงพอและทันเวลา เพราะถ้าหากเกิดการระบาดของโรคติดต่อในชุมชนแล้วโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะสามารถส่งทีมเคลื่อนที่เร็วเข้าไปสอบสวนโรคและควบคุมการระบาดของโรคได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ผลการวิจัยสอดคล้องกับรายงานการศึกษาเรื่อง การบริการสุขภาพปฐม

ภูมิ (Primary Health Care) ของคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการได้จัดทำข้อเสนอแนะในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคต่างๆ ควรพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมตามบริบทในชุมชนที่อาจส่งผลต่อการกระจายเชื้อโรคด้วย เช่น สิ่งแวดล้อม ผู้นำจัดหรือขยะ เป็นต้น*

การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($P\text{-value} = 0.005$) เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.20) มีความคิดเห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขจะต้องมีการศึกษาแนวทางและขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานเครือข่ายบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในขั้นตอนและแนวทางในการดำเนินงาน โดยจะต้องมีการนำผลการประเมินผลการปฏิบัติงานในปีงบประมาณที่ผ่านมา เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบในการดำเนินงานตามมาตรฐานซึ่งจะต้องมีการจัดทำแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาด้านการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานเครือข่ายบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ที่เกิดขึ้น และมีการจัดทำแผนการปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งมีการวางแผนการใช้งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และกำลังคนในหน่วยงานสาธารณสุข พร้อมทั้งมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจนทุกกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทินารี คงยืน⁹ พบว่า การจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่มีความครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละหน่วยจะต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยต้องทราบว่าประชากรที่รับผิดชอบเป็นใครอยู่ที่ไหน 2) มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตามจัดระบบข้อมูล 3) จัดระบบให้เกิดความรวดเร็วในการรับบริการ 4) มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($P\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมเพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและมีความแตกต่างกัน เช่น การจัดกิจกรรม 3อ.2ส. ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขณรงค์เพื่อให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้แก่ การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การส่งเสริมให้ประชาชนมีการเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร กิจกรรมการค้นหาความเสี่ยงในการเกิดโรคในระยะเริ่มแรก เช่น การรณรงค์เพื่อตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อค้นหาอาการผิดปกติของโรคมะเร็งเต้านม การรณรงค์เพื่อตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง กิจกรรมการแก้ไขปัญหาทางด้านอุบัติเหตุการจราจรบนท้องถนน ดังนั้นในการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่คนในชุมชนจะต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานจึงจะสามารถสร้างความตระหนักให้กับประชาชนได้

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($P\text{-value} = 0.008$) เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญาใฝ่รู้และคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 79.45) บุคลากรสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาที่ดีมีความรู้ในการอ่านออกเขียนได้ ทำให้มีทักษะในการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เพราะความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขที่สำคัญคือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 63.80) และเคยเข้าร่วมในการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 44.79) นอกจากนี้บุคลากรสาธารณสุขที่จบการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะมีความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ดี เนื่องจากจากระดับการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ มยุรี เข็มทอง พบว่า เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย (คปสอ.) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีและระดับการศึกษาและการฝึกอบรมยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ปัจจัยด้าน ($\text{Beta} = 0.228, P\text{-value} < 0.001$)¹⁰

5. บทสรุป

การดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาบริการปฐมภูมินั้น ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคือ การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา การดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระดับการศึกษา ซึ่งเป็นการพัฒนามาตรฐานของสถานบริการระดับปฐมภูมิให้มีมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาการดำเนินงานการพัฒนาคูณภาพมาตรฐานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในด้านการดำเนินงานด้านระบาดวิทยา การดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระดับการศึกษา รวมทั้งนำมากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ เพื่อให้การสนับสนุนปัจจัยบริหารทั้งกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ให้มีความเพียงพอ และเหมาะสม

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. แผนนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข. 2556.
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสุขภาพองค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2556.
3. สุพัตรา ศรีวนิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ. บทเรียนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ: สหมิตรภาพ 프린ต์ติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด. 2559.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2564. เอกสารอัดสำเนา. 2565.
5. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences (9th ed). New York: John Wiley & Sons. 2010.
6. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall. 1977.
7. Cronbach. Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row. 1997.
8. สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ของคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. [อินเทอร์เน็ต] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: [https://www.senate.go.th/assets/portals/122/fileups/146/files/รายงานอนุปฐมภูมิ%20\(รวมเล่ม\).pdf](https://www.senate.go.th/assets/portals/122/fileups/146/files/รายงานอนุปฐมภูมิ%20(รวมเล่ม).pdf)
9. นันทินารี คงเย็น. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับมาตรฐานการพัฒนา. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2560; 3(3): 374-387.
10. มยุรี เข้มทอง. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2563; 1(1): 35-48.

การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอสุวรรณโลก จังหวัดสุโขทัย เดือนกันยายน 2565

กรรณิกา สงคราม,วทบ.สาธารณสุขศาสตร์¹, ภัททิมา แชนหวี,พย.บ.¹, สมจิตร บุญชัยยะ,ป.พ.ส.¹,
บุญลอม หอมหวาน,วทบ.สาธารณสุขศาสตร์², นฤเกล้า จิตตะสังกะ,ส.ม.³, ณัฐกฤษฏ์ ยิมพ้วย,พย.บ.⁴

1.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก, 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย,
3.โรงพยาบาลสุวรรณโลก, 4. เรือนจำอำเภอสุวรรณโลก จังหวัดสุโขทัย

วันที่รับบทความ (received) 3 มีนาคม 2023, วันที่แก้ไขบทความ (revised) 23 มีนาคม 2023,

วันที่ตอบรับบทความ (accepted) 23 มีนาคม 2023

บทคัดย่อ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ได้รับแจ้งว่าพบกลุ่มก้อนผู้ป่วยสงสัยโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่งในจังหวัดสุโขทัย เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2565 จึงดำเนินการสอบสวนโรคโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพบนานาและกระจายของการระบาด ระบุปัจจัยเสี่ยง และกำหนดมาตรการที่เหมาะสม ทีมสอบสวนโรคตั้งนิยามผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดใหญ่ และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในเรือนจำ โดยการสัมภาษณ์อาการ และปัจจัยเสี่ยงในผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่เรือนจำที่มีอาการป่วยตั้งแต่วันที่ 1 – 14 กันยายน 2565 จากนั้นศึกษาทางห้องปฏิบัติการ โดยสุ่มเก็บตัวอย่าง Throat swab และ/หรือ Nasopharyngeal swab จำนวนร้อยละ 10 และตรวจด้วยวิธี Real time RT-PCR รวมถึงศึกษาสภาพแวดล้อมภายในเรือนจำ ผลการศึกษาพบ ผู้ป่วยเข้านิยามจำนวน 80 ราย เป็นผู้ต้องขัง 79 ราย (ร้อยละ 99.7) และเจ้าหน้าที่เรือนจำ (ร้อยละ 1.3) โดยอัตราป่วยของเรือนจำเท่ากับ 12.1 อัตราป่วยในผู้ต้องขังเพศชาย 12.8 และเพศหญิงเท่ากับ 17.6 ไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 9 ตัวอย่างให้ผลบวกต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A H3Nx จำนวน 7 ราย ก่อนการระบาดมีการจัดอบรมรวมให้กับผู้ต้องขังชายและหญิง ทีมสอบสวนโรคดำเนินการแยกบริเวณนอนของผู้ต้องขังที่ป่วย และให้ข้อเสนอแนะเรือนจำกำชับสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ ไม่ใช้สิ่งของร่วมกัน และเพิ่มความเข้มงวดคัดกรองในช่วงปกติและหลีกเลี่ยงกิจกรรมรวมกลุ่มในช่วงการระบาด

คำสำคัญ : ไข้หวัดใหญ่, การระบาดในเรือนจำ, การรวมกลุ่ม

Outbreak investigation of influenza A in a prison in Sawankhalok district, Sukhothai province, Thailand, September 2022

Kannika Songkram, B.Sc.¹, Pattima Saewhew, B.N.S.¹, Somchit Boonchaiya, Dip in Nursing Science¹,
Boonlom Homwan, B.P.H.², Notklao Kittasangka M.P.H.³, Natthaphust Yimphoui, B.N.S.⁴

1. Office of Disease Prevention and Control 2 region, 2. Sukhothai Provincial Health Office,
3. Sawankhalok Hospital, 4. Sawankhalok Prison Sukhothai Province

Abstract

The Office of Disease Prevention and Control 2 region was notified of a cluster of suspected influenza cases in prison on September 13, 2022. An investigation was conducted to describe magnitude and distribution of the outbreak, to identify risk factors, and to determine appropriate control measures. We generated the case definition of suspected and confirmed influenza cases and conducted active case finding by interviewing officers and prisoners who got sick between 1 – 14 September 2022 about their symptoms and risk factors. Then, we collected throat and/or nasopharyngeal swab from 10% of cases and tested with real time RT-PCR method. An environmental study was also conducted. A total of 80 case met our case definition (attack rate = 12.1%), 79 prisoners (99.7%) and 1 officer (1.3%). The morbidity rate for male inmates was 12.8 and female 17.6. All of them were not severe or dead. Laboratory investigation detected Influenza A H3Nx in 7 out of 9 samples. Formerly, prisons provided inclusive training for male and female inmates. As a result of the investigation, control measures has been set up by isolating sleeping areas of suspected cases and recommend encouraging everyone to wear a mask, wash hands frequently, and do not share personal items. Furthermore, we emphasized on avoiding social events during the epidemic period while improving screening before holding social events in the normal period.

Keywords: Influenza, Outbreak in prison, Social event

บทนำ

ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ซึ่งมี 3 ชนิด (type) คือ A, B และ C มีระยะฟักตัวประมาณ 1 - 3 วัน ติดต่อการหายใจ โดยจะได้รับเชื้อที่ออกมาปนเปื้อนอยู่ในอากาศเมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือพูด ในพื้นที่ที่มีคนอยู่รวมกันหนาแน่น เช่น โรงเรียน โรงงาน การแพร่เชื้อจะเกิดได้มาก นอกจากนี้การแพร่เชื้ออาจเกิดโดยการสัมผัสฝอยละอองน้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย (droplet transmission) จากมือที่สัมผัสกับพื้นผิวที่มีเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ แล้วใช้มือสัมผัสที่จมูกและปาก ผู้ป่วยจะมีอาการไข้แบบทันทีทันใด ปวดศีรษะ หนาวสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียมาก และอาจพบอาการคัดจมูก เจ็บคอ ส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติภายใน 1-2 สัปดาห์ แต่มีบางรายที่มีอาการรุนแรง เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ปอดบวม ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต^(1,2)

ปี 2565 องค์การอนามัย รายงานการเฝ้าระวังติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ทั่วโลก⁽³⁾ พบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สูงสุดในช่วงเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2565 ประเทศไทย โดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ ได้รายงานสรุปสถานการณ์ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ในปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่จำนวน 79,374 ราย อัตราป่วย 119.95 ต่อประชากรแสนคน ไม่พบผู้เสียชีวิต เมื่อพิจารณาผู้ป่วยรายเดือนเปรียบเทียบกับมัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง พบว่าช่วงเดือนกันยายนของทุกปี เป็นช่วงฤดูกาลของไข้หวัดใหญ่จะพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มากที่สุด เช่นเดียวกับข้อมูลจากระบบรายงาน 506 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่าอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย มีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่จำนวน 31 ราย อัตราป่วย 36.60 ต่อประชากรแสนคน และพบว่าช่วงเดือนกันยายนของทุกปีเป็นช่วงฤดูกาลของการพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มากขึ้น

วันที่ 13 กันยายน 2565 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ได้รับแจ้งข่าวจากโรงพยาบาลสวรรคโลก พบผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง ในอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัยว่ามีผู้ต้องขังเข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกพยาบาล ด้วยอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ หลายราย เรือนจำ จึงดำเนินการตรวจคัดกรองและรักษาพยาบาลเบื้องต้น พบผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ จำนวน 65 ราย⁽⁵⁾ ทีมสอบสวนโรคสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จึงดำเนินการออกสอบสวนโรค ในวันที่ 14 กันยายน 2565 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพหุระณนาขนาดและการกระจายของการระบาด ระบุปัจจัยเสี่ยง และกำหนดมาตรการที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาระบาดของวิทยาเชิงพรรณนา โดย

- 1.1 ศึกษาสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย จากฐานข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 506 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 - 14 กันยายน 2565
- 1.2 ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดย กำหนดนิยามในการค้นหาผู้ป่วย ดังนี้
 - ผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ คือ ผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง ในอำเภอสุวรรณภูมิ ที่มีอาการไข้ ร่วมกับอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการ ได้แก่ หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย มีเสมหะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บคอ มีน้ำมูก ปวดศีรษะ ไอ⁽²⁾ หรือหากไม่มีไข้ ต้องมีอาการอย่างน้อย 3 อาการ ได้แก่ หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย มีเสมหะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บคอ มีน้ำมูก ปวดศีรษะ ไอ ระหว่างวันที่ 1 - 14 กันยายน 2565
 - ผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดใหญ่ คือ ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี Multiplex Real-time PCR พบสายพันธุ์กรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่

1.3 ค้นหาและเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงโดยการสัมภาษณ์ผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่เรือนจำ กลุ่มที่มีอาการป่วยตั้งแต่วันที่ 1 - 14 กันยายน 2565 เพื่อเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม

1.4 วิเคราะห์ทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา เพื่อระบุขนาดของการระบาด ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และอัตราป่วย และการกระจายตามบุคคล ได้แก่ อาการป่วย, ประวัติการสัมผัส/ปัจจัยเสี่ยง, การได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ เวลา ได้แก่ วันเริ่มป่วย สถานที่ ได้แก่ แคนผู้ต้องขัง, เรือนนอน โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ตัวแปรด้วย ร้อยละ อัตราป่วย สัดส่วน ค่ากลางด้วยมัธยฐาน และการกระจายด้วยค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range)

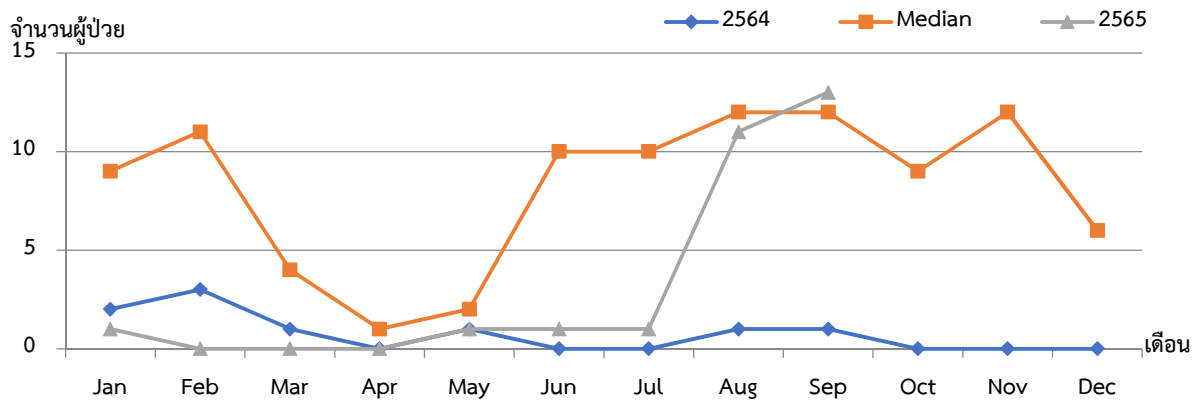
2. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ โดยสุ่มเก็บตัวอย่างในผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 10 เพื่อยืนยันเชื้อก่อโรคโดยวิธี Throat swab และ/หรือ Nasopharyngeal swab เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ โดยวิธี Real time RT-PCR ที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

3. การศึกษาสภาพแวดล้อมภายในเรือนจำ ทำการสำรวจ โดยการสังเกตสภาพแวดล้อมทั่วไปในเรือนจำ ได้แก่ สภาพเรือนนอนของผู้ต้องขัง บริเวณฝึกอาชีพ บริเวณโรงเลี้ยงและบริเวณที่ผู้ต้องขังมารวมตัวกัน รวมทั้งสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่เรือนจำ และผู้ต้องขัง

ผลการศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย จากฐานข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 - 14 กันยายน 2565

สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ปี 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 14 กันยายน 2565) ได้รับรายงานผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ จำนวน 28 ราย อัตราป่วย 33.05 ต่อประชากรแสนคน ไม่พบผู้เสียชีวิต พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วน 1.33 : 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี อัตราป่วย 130.38 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี, 45-54 ปี และ 15-24 ปี ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย ต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 61.63, 40.69, 29.49 ตามลำดับ อาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ นักเรียน รองลงมาคือ ผู้ต้องขัง เด็ก และข้าราชการ

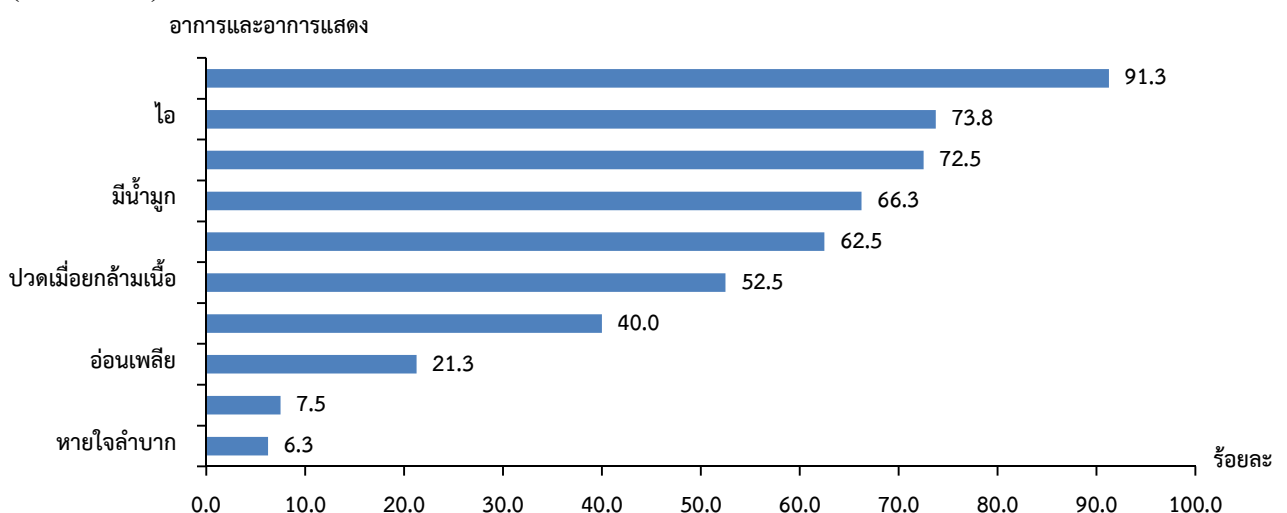


ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย จำแนกรายเดือนเปรียบเทียบ ปี 2564 และ 2565 กับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ข้อมูล ณ วันที่ 14 กันยายน 2565)

ตำบลที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ ตำบลวังไม้ขอน อัตราป่วยเท่ากับ 171.04 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ตำบลเมือง, ตำบลย่านยาว, ตำบลป่ากุมเกาะ มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 68.41 , 35.11 , 27.56 ตามลำดับ

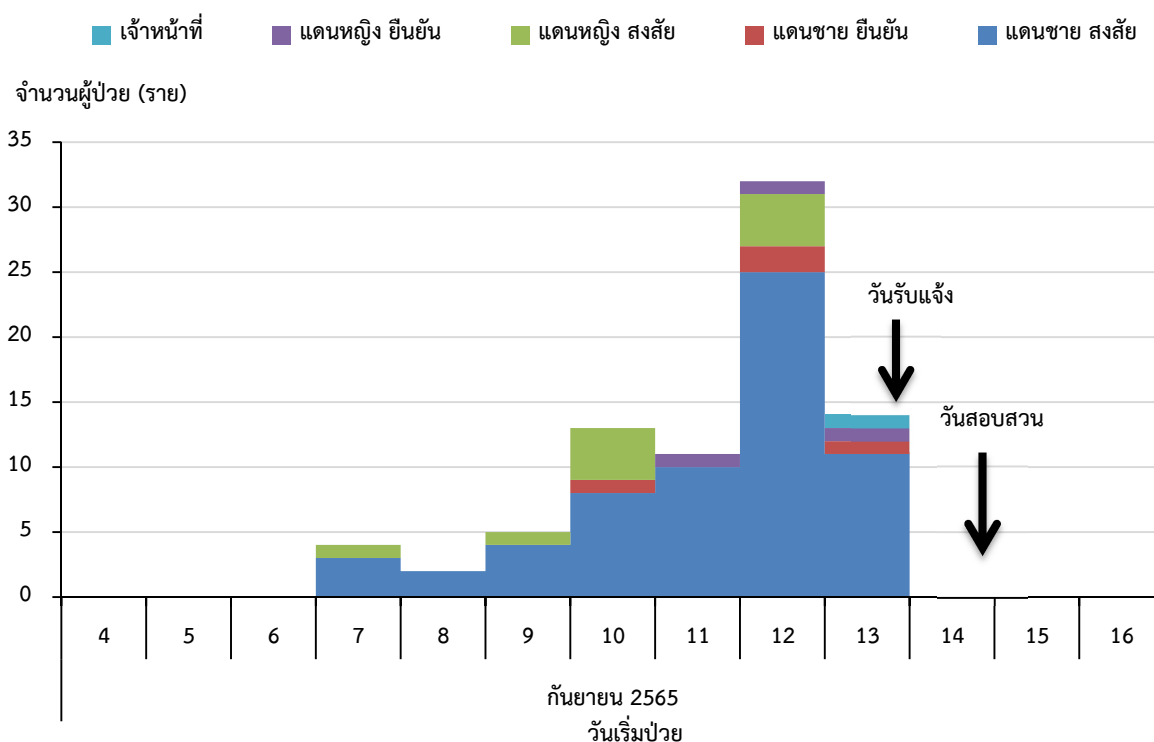
2. ผลการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในเรือนจำ พบผู้ป่วยสงสัยที่มีอาการเข้าได้กับนิยาม รวมทั้งสิ้น 80 ราย จำแนกเป็นผู้ต้องขัง จำนวน 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.7 เจ้าหน้าที่เรือนจำ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามเพศ พบว่าเป็นผู้ต้องขังชาย จำนวน 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.7 ผู้ต้องขังหญิง จำนวน 12 ราย ร้อยละ 15.0 ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 15 – 60 ปี ค่ามัธยฐานเท่ากับอายุ 33 ปี (IQR 15 ปี) ไม่พบผู้ป่วยอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต อาการและอาการแสดงส่วนใหญ่ มีไข้ คิดเป็นร้อยละ 91.3 รองลงมาได้แก่ ไอและปวดศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 73.8 และ 72.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยทั้งหมดรักษาตามอาการ และไม่ได้รับยาต้านไวรัส (Oseltamivir) รายละเอียด ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยสงสัยโรคไข้หวัดใหญ่ จำแนกตามอาการและอาการแสดง ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย วันที่ 1 - 14 กันยายน 2565 (n=80 ราย)

จากการสอบสวนโรค พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน จำนวน 4 ราย ในวันที่ 7 กันยายน 2565 เป็นผู้ต้องขังชาย จำนวน 3 ราย ผู้ต้องขังหญิง จำนวน 1 ราย หลังจากนั้นเริ่มมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยมากที่สุด ในวันที่ 12 กันยายน 2565 จนถึงวันที่ 14 กันยายน 2565 เหตุการณ์นี้เป็นการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) (ภาพที่ 3) โดยช่วงเวลาดังกล่าวเรือนจำแห่งนี้ มีการจัดกิจกรรมอบรมโครงการ โศกนาฏกรรม ระหว่างวันที่ 1 – 30 กันยายน 2565 โดยมีวิทยากรจากภายนอกเรือนจำ



ภาพที่ 3 ผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดใหญ่ จำแนกตามวันเริ่มป่วยในเรือนจำแห่งหนึ่ง
อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย วันที่ 1 – 14 กันยายน 2565 (n=80 ราย)

ผลการวิเคราะห์อัตราป่วยของการระบาดในเรือนจำครั้งนี้ คิดเป็นอัตราป่วย (Attack rate) เท่ากับ 12.1 เมื่อจำแนกตามเพศ พบอัตราป่วยในผู้ต้องขังชาย คิดเป็นร้อยละ 12.8 ผู้ต้องขังหญิง คิดเป็นร้อยละ 17.6 เจ้าหน้าที่เรือนจำ คิดเป็นร้อยละ 1.4 เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามเรือนนอน ผู้ต้องขังแดนชาย พบอัตราป่วยสูงสุดในห้องนอน 1 คิดเป็นอัตราป่วย (Attack rate) เท่ากับ 28.0 รองลงมาคือ ห้องนอน 2 และห้องนอน 3 คิดเป็นอัตราป่วย (Attack rate) เท่ากับ 21.1 และ 8.9 ตามลำดับ ผู้ต้องขังแดนหญิง พบอัตราป่วยสูงสุดในห้องนอน 1 คิดเป็นอัตราป่วย (Attack rate) เท่ากับ 26.7 และผู้ป่วยเป็นเจ้าหน้าที่ 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วย (Attack rate) เท่ากับ 1.4 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำแนกตามห้องนอน ในเรือนจำแห่งหนึ่งอำเภอ
สวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย วันที่ 1 – 14 กันยายน 2565 (n=80 ราย)

แดน/เจ้าหน้าที่	แผนก	จำนวนผู้ต้องขัง	จำนวนผู้ป่วย	Attack rate
แดนชาย	ห้องนอน 1	100	28	28.0
	ห้องนอน 2	95	20	21.1
	ห้องนอน 3	90	8	8.9
	จ่ายนอก	98	5	5.1
	แรกรับ	100	6	6.0
	ผู้ต้องกัก	3	0	0.0
	ห้องกักกันโรค	38	0	0.0
รวม		524	67	12.8
แดนหญิง	ห้องนอน 1	45	12	26.7
	ห้องนอน 2	23	0	0.0
	ผู้ต้องกัก	0	0	0.0
	ห้องกักกันโรค	0	0	0.0
รวม		68	12	17.6
เจ้าหน้าที่เรือนจำ		70	1	1.4
รวมทั้งหมด		662	80	12.1

จากการสัมภาษณ์พบผู้ต้องขังมีปัจจัยเสี่ยง ระดับบุคคล จำนวน 80 คน พบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ของร่วมกัน ได้แก่ นอนใกล้ชิดกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 41.3 รองลงมาคือ การใช้แก้วน้ำและขวดน้ำร่วมกัน และใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 25.6 และ 1.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ร้อยละพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ของร่วมกันในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย
วันที่ 1 – 14 กันยายน 2565 (n=80 ราย)

ลำดับ	พฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ของร่วมกัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.	นอนใกล้ชิดกับผู้ป่วย	33	41.3
2.	การใช้แก้วน้ำและขวดน้ำร่วมกัน	16	25.6
3.	ใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกัน	1	1.1
4.	ไม่ระบุพฤติกรรมเสี่ยง	30	37.5
รวม		80	100

ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มผู้ต้องขัง จำนวน 592 คิดเป็นร้อยละ 100 เจ้าหน้าที่เรือนจำ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2565

3. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

ทีมสอบสวนโรค ได้ดำเนินการเก็บตัวอย่างด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab ส่งตรวจหาเชื้อโรคไขหวัดใหญ่และสายพันธุ์ด้วยวิธี Multiplex Real-time PCR จำนวน 9 ตัวอย่าง ให้ผลบวกต่อเชื้อไวรัสไขหวัดใหญ่สายพันธุ์ A H3Nx จำนวน 7 ราย จำแนกเป็นผู้ต้องขังแดนชาย จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.0 ผู้ต้องขังหญิง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 เจ้าหน้าที่เรือนจำ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของชนิดตัวอย่างที่ตรวจพบเชื้อไขหวัดใหญ่ในผู้ต้องขัง และเจ้าหน้าที่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

ชนิดตัวอย่าง	ส่งตรวจ (ราย)	Influenza A virus H3Nx	ร้อยละ
Throat Swab	5	3	60
Nasopharyngeal Swab	4	4	100
รวม	9	7	77.8

4. ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม

เรือนจำแห่งนี้ เป็นเรือนจำระดับอำเภอ มีผู้ต้องขังจำนวน 592 คน จำแนกเป็นผู้ต้องขังชาย 524 คน ผู้ต้องขังหญิง 68 คน มีเจ้าหน้าที่เรือนจำ 70 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 14 กันยายน 2565) มีบริเวณที่ผู้ต้องขังมารวมตัวกัน คือ เรือนนอนผู้ต้องขัง บริเวณฝึกอาชีพ บริเวณโรงเลี้ยง บริเวณที่ผู้ต้องขังมารวมตัวกัน

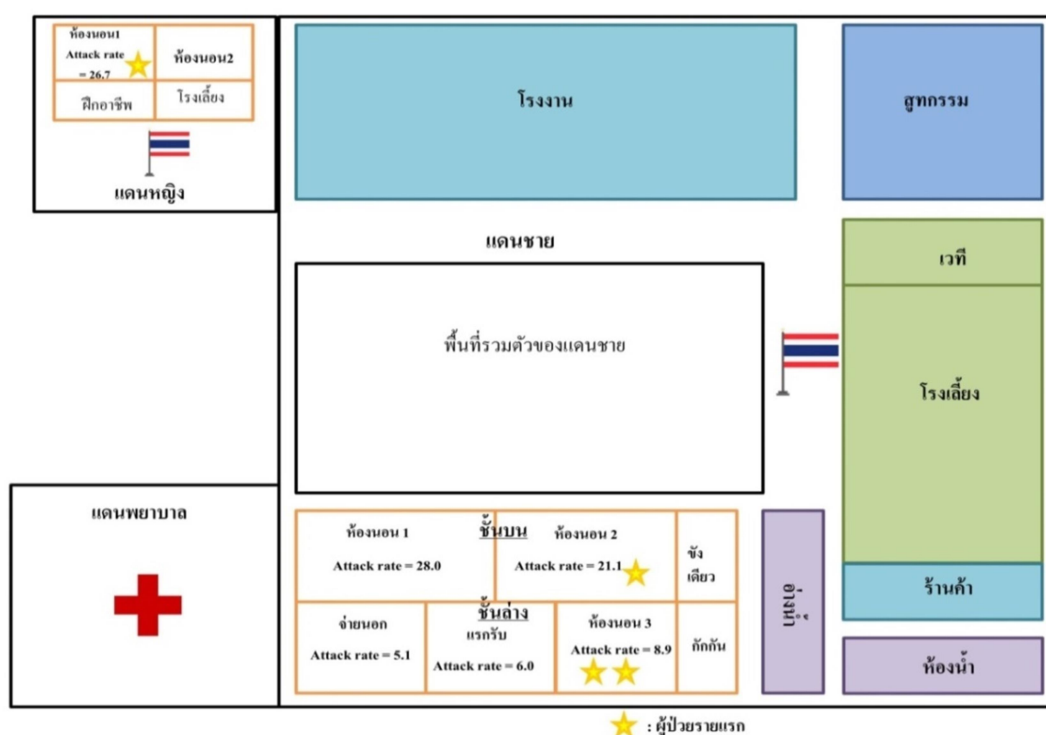
เรือนนอนผู้ต้องขัง ในแดนผู้ต้องขังชาย มีเรือนนอน 1 อาคาร 2 ชั้น ชั้นล่าง แบ่งเป็น 4 ห้อง คือ ห้องจ่ายนอก ห้องแรกรับ ห้องนอน 3 ห้องกักกัน ชั้นบน มี 3 ห้อง คือ ห้องนอน 1 ห้องนอน 2 และห้องขังเดี่ยว โดยใช้ห้องแรกรับ เป็นห้องแยกกักสำหรับผู้มีอาการป่วย ภายในห้องจะมีชั้นลอยเสริมอีก 1 ชั้น สำหรับแดนหญิง มีเรือนนอน 1 อาคาร อยู่ชั้นบน 2 ของอาคาร แบ่งเป็น 2 ห้องนอน โดยใช้ห้องนอน 2 เป็นห้องแยกกักสำหรับผู้ต้องขังมีอาการป่วย

บริเวณฝึกอาชีพ ในแดนชาย อาคารมีลักษณะโล่ง โปร่ง ผู้ต้องขังชายฝึกอาชีพ ได้แก่ ช่างไม้ และช่างทำไม้กวาด สำหรับแดนหญิง ใช้พื้นที่ชั้นล่างของอาคารเรือนนอนเป็นบริเวณฝึกอาชีพ ได้แก่ ทำขนมเบอเกอรี่ ขนมไทย และเสริมสวย

บริเวณโรงเลี้ยง ในแดนชายเป็นพื้นที่สำหรับประกอบอาหาร รับประทานอาหาร และจัดอบรม สามารถรับรองผู้ต้องขังชายได้จำนวน 300 ราย สำหรับแดนหญิงใช้บริเวณชั้นล่างของอาคารเรือนนอน

บริเวณผู้ต้องขังมารวมตัวกัน ในแดนชาย เป็นบริเวณตรงกลางระหว่างอาคารเรือนนอน และโรงฝึกอาชีพ ซึ่งผู้ต้องขังจะมารวมตัวกันระหว่างวัน สำหรับแดนหญิงบริเวณหน้าเรือนนอน

ก่อนการระบาดเรือนจำ ได้มีการจัดอบรมโครงการ โศกนาฏกรรมให้ผู้ต้องขัง มีวิทยากรเป็นบุคคลภายนอกเดือน กันยายน 2565 ระยะเวลา 14 วัน ต่อผู้ต้องขังจำนวน 100 คน และการฝึกชุดดำ ระยะเวลา 14 วัน ต่อผู้ต้องขังจำนวน 50 คน ต่อครั้ง



ภาพที่ 4 แผนที่แสดงอาคารในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอสวรรคโลก

จังหวัดสุโขทัย และอัตราป่วยแต่ละห้องนอน

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Control and Prevention measures)

เรือนจำ มีมาตรการคัดกรอง ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินการคัดกรองผู้ต้องขังเข้าใหม่ทุกราย และนำไปแยกกักในห้องพักโรค เป็นเวลา 7 วัน ก่อนส่งเข้าแดนใน เมื่อพบผู้ต้องขังมีอาการสงสัย จะตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี Antigen test kit (ATK) หากให้ผลบวก จะแยกผู้ป่วยออกจากผู้ต้องขังรายอื่น นำไปแยกรักษา สำหรับเจ้าหน้าที่เรือนจำจะให้ตรวจหาเชื้อด้วยตนเอง ด้วยวิธี Antigen test kit (ATK) ประจำทุกสัปดาห์

การระบาดใช้หวิดใหญ่ในเรือนจำครั้งนี้ เรือนจำได้ดำเนินการมาตรการแยกห้องนอนผู้ต้องขังที่มีอาการสงสัยป่วยใช้หวิดใหญ่ แดนชายแยกกักที่ห้องแรกรับ แดนหญิงแยกกักที่ห้องนอน 2 เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน 2565 และดำเนินการสุ่มตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี Antigen test kit

(ATK) จำนวน 9 ราย ให้ผลลบทั้ง 9 ราย ช่วงจัดการจัดอบรมโครงการโคกหนองนา ได้คัดกรองอาการป่วย ก่อนเข้ารับการอบรมทุกวัน ผู้ที่มีอาการสงสัยไข้หวัดใหญ่ จัดให้นั่งแยกจากผู้เข้าอบรมคนอื่น (ด้านหลังห้องประชุม) หลังจากการสอบสวน ได้แนะนำให้เรือนจำเฝ้าระวังผู้ป่วยเพิ่มเติมต่ออีก 1 สัปดาห์ ซึ่งหลังจากการเฝ้าระวังไม่พบผู้ป่วยเพิ่มอีก

สรุปและอภิปรายผล (Conclusion and Discussion)

สรุปผลการศึกษา

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำในครั้งนี้ เป็นการระบาดลักษณะเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ชนิด A H3Nx โดยพบผู้ป่วยสงสัย 3 รายแรกที่แดนชาย ในห้องนอน 2 และแดนหญิง 1 ราย เริ่มป่วยวันที่ 7 กันยายน 2565 จากนั้นพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในแดนชาย และแดนหญิง พบสูงสุดในวันที่ 12 กันยายน 2565 หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยลดลง ช่วงอายุของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 15 – 60 ปี ค่ามัธยฐานอายุ 33 ปี (IQR 15 ปี) ไม่พบผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต ผู้ป่วยทุกรายไม่ได้รับยาต้านไวรัส (Oseltamivir) ปัจจัยเสี่ยงของการป่วย คือ สภาพที่อยู่อาศัยแออัด การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยและการใช้ของใช้ร่วมกัน ภายหลังการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค โดยการแยกห้องนอนผู้ป่วยและคัดกรองผู้ต้องขังที่มีอาการ ทำให้การระบาดสงบลง โดยพบผู้ป่วยรายสุดท้าย วันที่ 14 กันยายน 2565 และไม่พบผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่เพิ่ม

อภิปรายผลการศึกษา

สถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ของอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จากอัตราป่วยตามค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง พบว่าช่วงเดือนกันยายนของทุกปี จะมีผู้ป่วยไข้หวัดตามฤดูกาลเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการระบาดในเรือนจำครั้งนี้ ที่ยืนยันการระบาดและยืนยันการวินิจฉัยโรค เป็นการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ชนิด A H3Nx โดยผู้ป่วยมีอาการแสดงเข้าได้กับอาการไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ได้แก่ ไข้ ไอ ปวดศีรษะ เจ็บคอ มีน้ำมูก ปวดกล้ามเนื้อและข้อ หรืออ่อนเพลีย⁽⁶⁾ ซึ่งไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ชนิด A H3Nx เป็นสาเหตุของการระบาดไข้หวัดใหญ่ในประเทศรัสเซีย พ.ศ. 2461⁽⁷⁾

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งนี้ พบผู้ป่วยสงสัยที่มีอาการตามนิยาม รวมทั้งสิ้น 80 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 12.1 เป็นผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ จำนวน 73 ราย ผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 7 ราย ซึ่งมีอัตราป่วยมากกว่าการสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1(2009) ในทัณฑสถานแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา เดือนมีนาคม 2563 ที่มีอัตราป่วยร้อยละ 9.63 ผู้ป่วยเป็นผู้ต้องขังทั้งหมดโดยมีผู้ป่วยสงสัย (suspected case) 196 ราย ผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) 23 ราย รวมทั้งสิ้น 219 ราย⁽⁸⁾

พบผู้ป่วย ช่วงอายุ 15 – 60 ปี มีค่ามัธยฐานอายุ 33 ปี ไม่พบผู้ป่วยอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต ส่วนใหญ่มีอาการไข้ ร้อยละ 91.3 รองลงมาไอ ร้อยละ 73.8 และปวดศีรษะ ร้อยละ 72.5 ซึ่งสอดคล้องกับการสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1 ในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก เดือนกรกฎาคม-กันยายน

2561 ที่พบผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 18-78 ปี ค่ามัธยฐานของอายุ 33 ปี ทุกรายมีอาการไข้และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รองลงมา คือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 84.82 และไอ ร้อยละ 74.55 ⁽⁹⁾

การไม่พบผู้ป่วยที่ไม่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต เป็นผลมาจากการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้ต้องขังของเรือนจำแห่งนี้ ที่มีความครอบคลุมการฉีดวัคซีน คิดเป็นร้อยละ 100 ใกล้เคียงกับการศึกษาผลของวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 ต่อการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ เดือนสิงหาคม - กันยายน 2553 ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง มีเพียงอาการทางเดินหายใจเฉียบพลัน และไม่พบการเสียชีวิต ปัจจัยที่มีผล ได้แก่ ภูมิคุ้มกันของแต่ละคน ที่อาจจะเคยมีการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 มา นอกจากนี้มีการคัดแยกผู้ต้องขังกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัวเพื่อการดูแลเป็นพิเศษ โดยผู้ต้องขังกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ H1N1 มาแล้วจึงมีอาการไม่รุนแรง

พบผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดใหญ่รายแรก เมื่อวันที่ 7 กันยายน 2566 เรือนจำยังไม่ได้คัดกรองผู้ที่มีอาการป่วยสงสัยโรคไข้หวัดใหญ่ ออกจากผู้ที่ไม่มีอาการป่วยด้วยชุดทดสอบ Rapid Influenza Diagnostic Test (RIDT) และจัดกิจกรรมตามปกติ ทำให้เกิดการแพร่ระบาดภายในเรือนจำแห่งนี้ สอดคล้องกับการสอบสวน การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด B ในสถานที่เพื่อควบคุมตัวและสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ เรือนจำ ก. จังหวัดราชบุรีวันที่ 21 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2562 ⁽¹¹⁾ ที่พบผู้เริ่มมีอาการก่อนผู้ป่วยยืนยันรายแรกถึง 9 ราย โดยเริ่มมีอาการป่วยวันที่ 15 พฤษภาคม 2562 จำนวน 5 ราย และ 16 พฤษภาคม 2562 อีก 4 ราย ขณะป่วยในช่วงแรก ยังไม่มีมาตรการการป้องกันหรือการคัดแยกผู้ที่มีอาการสงสัยโรคไข้หวัดใหญ่ ออกจากบุคคลปกติยังคงทำกิจกรรมร่วมกัน หลังจากนั้นพบว่ามีการแพร่ระบาดไปยังคนอื่นอย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยสงสัยรายแรก โดยพบว่ามีระยะห่างกันเพียง 2 วัน ชุดทดสอบ Rapid Influenza Diagnostic Tests (RIDTs) เป็นเครื่องในการคัดกรองและวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยโรคไข้หวัดใหญ่เบื้องต้นสามารถทราบผลภายใน 15 นาทีโดยประมาณ ซึ่งส่งผลให้การดำเนินการควบคุม ป้องกันโรค ภายในเรือนจำ และสามารถให้ยา Oseltamivir ได้อย่างทันทั่วถึง เพื่อป้องกันอาการรุนแรงได้ สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้ชุดทดสอบ Rapid Influenza Diagnostic Tests (RIDTs) ⁽¹²⁾ การใช้ RIDTs สำหรับด้านสาธารณสุขในการตรวจหาการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ว่า RIDTs สามารถบ่งชี้การติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ที่เป็นสาเหตุของการระบาดโรคระบบทางเดินหายใจได้ทุกเหตุการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาล (เช่น สถานพยาบาล สถานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และโรงพยาบาล) เรือสำราญ ค่ายฤดูร้อน โรงเรียน ฯลฯ ผลจากชุดทดสอบ RIDTs ที่ให้ผลบวก จากผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่เพียง 1 ราย สามารถยืนยันการวินิจฉัย และการระบาดของเหตุการณ์ และดำเนินการมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ได้อย่างทันทั่วถึงที่ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการทดสอบนี้มีความไวจำกัด หากให้ผลเป็นลบปลอม จะเป็นสาเหตุของการระบาดโรคไข้หวัดใหญ่ได้ จึงควรเก็บตัวอย่างทางเดินหายใจจากผู้ป่วย (ไม่ว่าผลบวกหรือลบโดย RIDTs) ส่งไปยังห้องปฏิบัติการ เพื่อการทดสอบไข้หวัดใหญ่ที่แม่นยำยิ่งขึ้น โดยวิธีการตรวจระดับโมเลกุลและการเพาะเลี้ยงไวรัส เช่น RT-PCR

ปัจจัยเสี่ยงของการระบาดครั้งนี้ คือ การนอนใกล้กับผู้ที่มีการป่วย ซึ่งพบพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ของร่วมกันพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.3 รองลงมาคือ การใช้แก้วน้ำและขวดน้ำร่วมกัน และใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 25.6 และ 1.1 ตามลำดับ สอดคล้องกับการระบาดของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดบีในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดสุโขทัย เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2550⁽¹³⁾ ที่ปัจจัยเสี่ยงของการป่วย คือการที่นอนใกล้ชิดกับผู้ที่ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ในเรือนนอนที่แออัด โดยไม่มีการคัดแยกผู้ป่วยออกจากผู้ที่ยังไม่ป่วย

สำหรับมาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ของเรือนจำแห่งนี้ ได้ดำเนินการการแยกห้องนอนผู้ต้องขังที่มีอาการสงสัยป่วยไข้หวัดใหญ่ แคนชายแยกกักที่ห้องแรกรับ แคนหญิงแยกกักที่ห้องนอน 2 เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน 2565 ทำให้การแพร่ระบาดสามารถยุติได้และไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติมหลังจากการสอบสวนโรค ใกล้เคียงกับการระบาดของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดบีในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดสุโขทัย เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2550⁽¹³⁾ การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำครั้งนั้นสามารถยุติได้ค่อนข้างรวดเร็ว เป็นผลสืบเนื่องมาจากการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้ผู้ต้องขังใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการสัมผัสน้ำมูกหรือน้ำลายจากการไอหรือจาม การแยกผู้ป่วยที่มีอาการของไข้หวัดใหญ่ไปไว้ในห้องแยก และการปรับปรุง ระบบระบายอากาศให้ดีขึ้น

ข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

เนื่องจากระยะเวลาในการเข้าไปในเรือนจำมีจำกัด ทำให้ไม่สามารถศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์และหาสาเหตุของการแพร่ระบาดไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำ และมีข้อจำกัดในการสรุป เนื่องจากได้ข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเดียว

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

มาตรการป้องกันโรคในครั้งนี้

1. เรือนจำควรกำชับให้ผู้ต้องขังสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือบ่อยๆ ไม่ใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น แก้ว/ขวดน้ำ งดการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีการป่วย
2. เรือนจำควรจัดเรือนนอน ให้มีระยะห่าง 1-2 เมตร และการนอนควรหันเท้าเข้าหากัน

มาตรการป้องกันเกิดเหตุการณ์ในอนาคต

1. เรือนจำควรเพิ่มความเข้มงวดการคัดกรองโรคก่อนเข้าเรือนจำ หรือผู้ต้องขังที่มีอาการและแยกกักผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นระยะเวลา 7 วัน หลังวันเริ่มป่วย
2. เมื่อมีการระบาด หรือเมื่อมีผู้ป่วย เรือนจำควรงดกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เพื่อป้องกันการระบาดเป็นวงกว้าง เช่น การฝึกชุดดำ
3. โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรสนับสนุนชุดตรวจ Rapid Influenza Diagnostic Tests เพื่อการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและดำเนินการควบคุมโรคได้อย่างทันทั่วทั้งที่

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในเรือนจำแห่งหนึ่งในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการสอบสวนโรคครั้งนี้เป็นอย่างดี และนายสีไส ยี่สุนแสง นายแพทย์พิริยะ วัฒนกุลสิน นางสาวณัฏฐา สุทรวงศ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาการสอบสวนและเขียนรายงาน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ไข้หวัดใหญ่ (Influenza, Flu) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=13
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ไข้หวัดใหญ่ (Influenza). ใน: บริมาศ สักดิ์ศิริสัมพันธ์, ดนยา สุเวทเวทิน, ณัฐวดี ศรีวรรณยศ, อรุณ รั้งผึ้ง, บรรณาธิการ. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: หจก.แคนนา กราฟฟิค; 2563. น. 73-74.
3. World Health Organization. Bi-weekly influenza situation update online [Internet]. [cited 2023 Jan 9]. Available from : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/365677/Influenza20230103.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. Influenza [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2566 [ปรับปรุงเมื่อวันที่ 4 ม.ค. 2566 ; เข้าถึงเมื่อ 17 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://doe.moph.go.th/surdata/506wk/y65/d15_5265.pdf
5. ทีม SAT สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก (สัปดาห์ที่ 37). รายงานเหตุการณ์เบื้องต้นเสนอผู้บริหาร (Spot Report) สคร.2 พิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. พิษณุโลก: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 ม.ค. 2566].1. เข้าถึงได้จาก: http://103.40.148.139:88/spot/20220913_150922.pdf
6. World Health Organization. Influenza (seasonal) [Internet]. [cited 2023 Jan 9]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
7. Rashed Noor, Syeda Muntaka Maniha. A brief outline of respiratory viral disease outbreaks: 1889–till date on the public health perspectives [Internet]. 2020[cited 2023 Mar 15];31(4): 441–449 Available from : <https://link.springer.com/article/10.1007/s13337-020-00628-5>
8. สมเกียรติ วรยุทธการ, กรณัฐ ชูเนตร. การสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1(2009) ในทันตสถานแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราชเดือนมีนาคม 2563. มหราชชนนศรีธรรมราชเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 ก.พ. 2566]; 4(2): 28-40 เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/248278/168135>

9. ธัญญา สุทรวงศ์, วัลภา ศรีสุภาพ, รุ่งกานต์ แสงศิริ, พีริยะ วตะกุลสิน, กอบศักดิ์ ภู่อี่ยม, จตุพร เสือมี และคณะ. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1 ในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2561. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ธ.ค. 2566]; 50(23): 341-349 เข้าถึงได้จาก: https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y62/F62231_1723.pdf
10. หิรัญวุฒิ แพร่คุณธรรม, นิรุจน์ รุ่งสวัสดิ์, จินตนา เกษม, ภัทรกร, วัชรธราดล, วิษณุ สะบายแท้, จิตติมา พานิชกิจ และคณะ. ผลของวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 ต่อการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ เดือนสิงหาคม - กันยายน. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 ก.พ. 2566]; 42(15): 225-232 เข้าถึงได้จาก : https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y54/F54151.pdf
11. สударัตน์วิจิตร เศรษฐกุล, วรณวิศา เอี่ยมทอง. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด B ในสถานที่เพื่อควบคุมตัวและสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์เรือนจำ ก. จังหวัดราชบุรีวันที่ 21 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2562. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ธ.ค. 2565]; 51(36): 545-552 เข้าถึงได้จาก : https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y63/F63361_1804.pdf
12. Centers for Disease Control and Prevention, CDC. Guidance: Use of Rapid Diagnostic Test. [cited 2023 Feb 13]. Available from: URL.: https://www.cdc.gov/flu/professionals/diagnosis/clinician_guidance_ridt.htm#
13. อภิญญา นิรมิตสันติพงศ์, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, กาหลง จังตียนนท์, สุมณา ดันติไวยพจน์, รุ่งเรือง กิจผาติ, มาลินี จิตตกานต์พิชญ์. การระบาดของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดบีในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดสุโขทัย เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2550. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ธ.ค. 2565]; 41(18): 273-278 เข้าถึงได้จาก : https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y53/F53181.pdf

รูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมบัติ ทั้งทอง ส.ม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

วันที่รับบทความ (received) 13 มีนาคม 2023, วันแก้ไขบทความ (revised) 24 เมษายน 2023,

วันตอบรับบทความ(accepted) 25 เมษายน 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) สร้างรูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) ประเมินรูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมินปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสัมภาษณ์เชิงลึก สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน t-test paired-t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหา ส่วนใหญ่ มีความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 42.4 ระดับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 18.2 ตัวแปรที่มีอิทธิพลกับความเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุเฉลี่ย การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ สภาพการใช้จ่ายของครอบครัวในแต่ละเดือน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลรอบข้างและพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รูปแบบการควบคุมป้องกัน ได้แก่ การค้นหาแกนนำหลักที่สำคัญ พระสงฆ์ ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ สามารถพึ่งตนเองและขอสนับสนุนกับภาคีเครือข่าย กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ กำหนดกติกาชุมชน จดเกล้าเข้าพรรษา หมู่บ้านศีล 5 ชมรมคนหัวใจเพชร งานศพงานบุญดเกล้า เชิดชูคนหัวใจเพชร การสื่อสารบอกกล่าวและติดตามเป็นประจำทุกเวที หอกระจายข่าว กีฬาด้านยาเสพติด เศรษฐกิจพอเพียง การค้นหาภาคีเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการหมู่บ้าน กำนัน ข้าราชการบำนาญ ครอบครัว เด็กและเยาวชน ประชาชนชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำรวจ ชุมรัศคาความสงบในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ประสานงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าระดับจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ผลการประเมินพบว่า กลุ่มทดลองหลังจากดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : รูปแบบ, การควบคุมป้องกัน, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Model for Control of Alcohol Drinking Prevention in Chachoengsao Province

Sombat Tangtong M.P.H

Chachoengsao Provincial Public Health Office

ABSTRACT

This mixed-method research were aimed 1) to study the state of alcohol drinking problems of the people in Chachoengsao Province 2) Factors influencing the risk of drinking alcohol 3) Creating a control model to prevent alcohol drinking 4) Evaluating a control model to prevent alcohol drinking. Tools used assessment form problems alcohol drinking, questionnaire and In-depth Interview, statistics used percentage, mean, stepwise multiple regression t test and paired t test and content analysis methods.

The results of the study showed that most of the problem conditions were risk (42.4 percent), drinking alcohol behavior. in a not good level (18.2 percent). The variables that influenced the risk of drinking alcohol were gender, average age, highest education, marital status, main occupation, income, family spending status in each month. Alcohol consumption by peers and alcohol drinking behavior. The patterns of control and prevention of alcohol consumption were having key leaders, monks, village headmen and sub-district health officials. Equipment/budget able to rely on themselves and ask for support from network partner important activities include setting community rules. Abstain from alcohol during Buddhist Lent, Village of the Precepts, People's Heart Club Funerals, merit ceremonies, refrain from alcohol, ex, glorify people with diamond hearts Communicating, informing and following up on a regular basis, speaking at every stage, news broadcasting tower, anti-drug sports sufficiency economy important network partners include village committees, village headmen, pensioners, families, children and youth. village philosopher, sub-district doctor, village health volunteers, police, community peacekeeping uniforms Sub-District Administrative Organization Coordinator of the provincial level non-alcoholic organization network District health officials experimental group after at level of 0.05.

Keywords: Model, Control and Prevention, Alcohol Drinking

บทนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเครื่องดื่มที่เกิดจากการหมักและการกลั่น เมื่อดื่มเข้าไปแล้วส่งผลต่อระบบประสาทก่อให้เกิดผลต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์และสังคม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพของประชากร ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วย เช่น เป็นโรคตับแข็ง สูญเสียเงินทอง เกิดการทะเลาะวิวาทกันในครอบครัวและบุคคลอื่น รัฐบาลต้องสูญเสียเงินงบประมาณในการแก้ไขปัญหาคนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นอันตรายและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคในประชากรทั้งประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา โดยเฉพาะโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น เชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ วัณโรค เบาหวาน โรคหัวใจ²

สำหรับประเทศไทยคนไทยดื่มแอลกอฮอล์ จัดเป็นอันดับที่ 47 ของโลก หรือ อันดับ 4 ของเอเชียหรืออันดับ 2 ของประเทศกำลังพัฒนา โดยเป็นความสูญเสียที่เกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การขาดงานอันเกิดจากการดื่มสุราของแรงงาน ค่ารักษาพยาบาล ทรัพย์สินเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุ และจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้อง³ สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของภาคกลาง ยังคงพบว่าภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนของการดื่มประจำและดื่มหนักสูงกว่าภูมิภาคอื่น ของประเทศไทย ในกลุ่มนักดื่มประจำ พบว่า เป็นนักดื่มเพศชายเกือบทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานตอนต้น และนักดื่มประจำส่วนใหญ่มาจากภาคกลาง (ไม่รวม กทม)⁴ และจากข้อมูลจำนวนใบอนุญาตจำหน่ายสุราพบว่าจำนวนใบอนุญาตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ในปี พ.ศ. 2562 จะมีจำนวนใบอนุญาตลดลงจากปี พ.ศ. 2561⁵

จากรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562⁶ พบว่า จังหวัดฉะเชิงเทราได้กำหนดให้เป็นจังหวัดที่ต้องมีการพัฒนาเมืองที่ทันสมัย รองรับการพัฒนาของกรุงเทพมหานครและการแบ่งเขตการพัฒนาเศรษฐกิจภาคตะวันออก(EEC) ดังนั้นจึงต้องพร้อมรับมือการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่หลายมิติ โดยเฉพาะมิติคุณภาพชีวิต ซึ่งมีปัญหาประเด็นเชิงพื้นที่ ซึ่งเกษตรกรรายได้น้อย ไม่เพียงพอยังชีพ มีช่วงเวลายาวหลังจากการทำการเกษตรส่วนใหญ่จังหวัดฉะเชิงเทรา มีกลุ่มอายุของประชากร อยู่ในช่วง 15-54 ปี มากที่สุด อยู่ในช่วง 35-39 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน แต่กลับมีรายได้น้อย อัตราตายที่สำคัญเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ปี 2561 อันดับหนึ่ง ได้แก่ เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ ในส่วนโรคของตับ เป็นอันดับที่ 9 ของจังหวัดฉะเชิงเทรา จากรายงานข้อมูลสุขภาพ⁷ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ยังไม่ได้รับการคัดกรองปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70.23 และจากสถานการณ์ปัญหาจังหวัดฉะเชิงเทรา พ.ศ. 2564² พบว่า มีนักดื่ม 20.90 % โดยเป็นนักดื่มอายุ 15-19 ปี 1.40 % นักดื่มหนัก 25.50 % ดื่มแล้วขับ 28.80 % ของนักดื่มทั้งหมด

จากรายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัดฉะเชิงเทรา⁸ ได้กำหนดให้มีการบูรณาการการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ให้คำปรึกษา แนะนำการดื่มในช่วงเทศกาลสงกรานต์ กำหนดแนวทางการปฏิบัติและประเมินผล ผลิตภัณฑ์เพื่อประชาสัมพันธ์ กำหนดแนวทางปฏิบัติให้สอดคล้องกับคณะกรรมการในการลด ละ เลิก

เครื่องดัดแอลกอฮอล์ สถานการณ์ความชุกของการดื่มสุรามีแนวโน้มการดื่มเพิ่มขึ้นในเด็กอายุ ระหว่าง 15-19 ปี จากการสำรวจการดื่มสุราผู้ชายจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้หญิง แหล่งที่มาของการหาซื้อได้มากที่สุดจะเป็นร้านชำ เป้าหมายการขับเคลื่อนทางการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะเน้นในเรื่อง การพัฒนาฐานข้อมูล ควบคุมการโฆษณา และการส่งเสริมการขาย เน้นไปที่สถานศึกษา สนับสนุนการคัดกรอง การบำบัดรักษาโดยจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่เพื่อให้ผู้ดื่มมีจำนวนลดลง ส่วนใหญ่การล่อลวงละเมิดทางเพศหรือถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว เกิดจากการที่คนในครอบครัวติดสุรา การประสานงานกันระหว่างหน่วยงาน ยังเป็นไปไม่ได้ไม่ดีพอ สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ซึ่งจังหวัดฉะเชิงเทรายังคงมีการกระทำผิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหา เกิดรูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสม ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา รูปแบบที่สร้างขึ้นจะเป็นแนวทางในการทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข ตลอดจนเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในการควบคุมและป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดฉะเชิงเทรา รวมถึงประยุกต์ใช้ในจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อสร้างรูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
4. เพื่อประเมินรูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้ สามารถแบ่งได้ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

1.การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยศึกษาภาคตัดขวาง(Cross sectional study) จังหวัดฉะเชิงเทรา 11 อำเภอ สุ่มแบบเจาะจง ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ขึ้นไป ใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie and Morgan⁹ และวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน กระจายไปทุกอำเภอ ได้จำนวน 379 ตัวอย่าง เครื่องมือประกอบด้วย แบบประเมินความเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การตรวจคุณภาพเครื่องมือความตรงตามเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ทดลองใช้ 30 ตัวอย่าง และได้ค่าความเที่ยง มากกว่า 0.75 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

2. การศึกษาสภาพปัญหาการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ โดยการนำข้อมูลเชิงปริมาณระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลนำเข้า ในการสร้างเครื่องมือวิธีการวิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก และใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน ได้แก่ ตัวแทนคนที่ดัดสุรา คนที่ไม่ดัดสุรา พระ ครู ตำรวจ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครฯ ร้านค้า หน่วยงานภาครัฐ และเอกชน

ระยะที่ 2 การสร้างและทดลองใช้รูปแบบการควบคุมป้องกันการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ

1. การสร้างรูปแบบ โดยใช้วิธีการกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย ตัวแทนคนที่ดัดสุรา ตัวแทนคนที่ไม่ดัดสุรา พระ ครู ตำรวจ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครฯ ร้านค้า หน่วยงานภาครัฐ และเอกชน จำนวน 12 คน

2. การยืนยันร่างรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ตรวจสอบหาความเหมาะสม ความสอดคล้อง ความตรงประเด็นและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการควบคุมป้องกันการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนและปรับปรุงรูปแบบ หลังจากการทดลองใช้กับพื้นที่ที่มีการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์มากที่สุด โดยกำหนดพื้นที่ 2 ตำบลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้แก่ ตำบลเมืองเก่า(กลุ่มควบคุม) และตำบลพนมสารคาม(กลุ่มทดลอง) เป็นพื้นที่ดำเนินการวิจัย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แกนนำในการใช้รูปแบบฯ จำนวน 12 คน ได้แก่ ตัวแทนคนที่ดัดสุรา คนที่ไม่ดัดสุรา พระ ครู ตำรวจ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครฯ ร้านค้า หน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ใช้ระยะเวลา 3 เดือน สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย t-test และ paired-t-test

การพิทักษ์สิทธิ

การรับรองจริยธรรมในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เอกสารรหัสโครงการ PH-CCO-REC014/2564 วันที่รับรอง 9 กรกฎาคม 2564

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า

สภาพปัญหาการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.4 อายุเฉลี่ย 48.30 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.8 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.7 รายได้เฉลี่ย 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.6 สภาพค่าใช้จ่ายพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 28.3 ไม่มีการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ของบุคคลรอบข้าง ร้อยละ 59.2 การดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นครั้งคราว ร้อยละ 58.4 ประเมินความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ มีความเสี่ยง ร้อยละ 42.4 เสี่ยงต่ำ ร้อยละ 26.2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 18.2

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ตัวแปร เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ สภาพการใช้จ่ายของครอบครัวที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเดือน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลรอบข้าง และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 แสดงตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value
เพศ	-.410	-.147	-2.824	0.04*
อายุ	.231	.126	2.580	0.03*
การศึกษาสูงสุด	-.019	-0.18	-.359	0.04*
สถานภาพสมรส	-.112	-.069	-1.353	0.01*
อาชีพหลัก	-.006	-.007	-.144	0.01*
รายได้	-.134	-.044	-1.734	0.01*
สภาพการใช้จ่าย ของครอบครัวที่เกิดขึ้น	-.013	-.013	-.267	0.01*
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของบุคคลรอบข้าง	.083	.307	5.751	0.02*
พฤติกรรมการดื่ม	-.830	.307	-7.892	0.01*

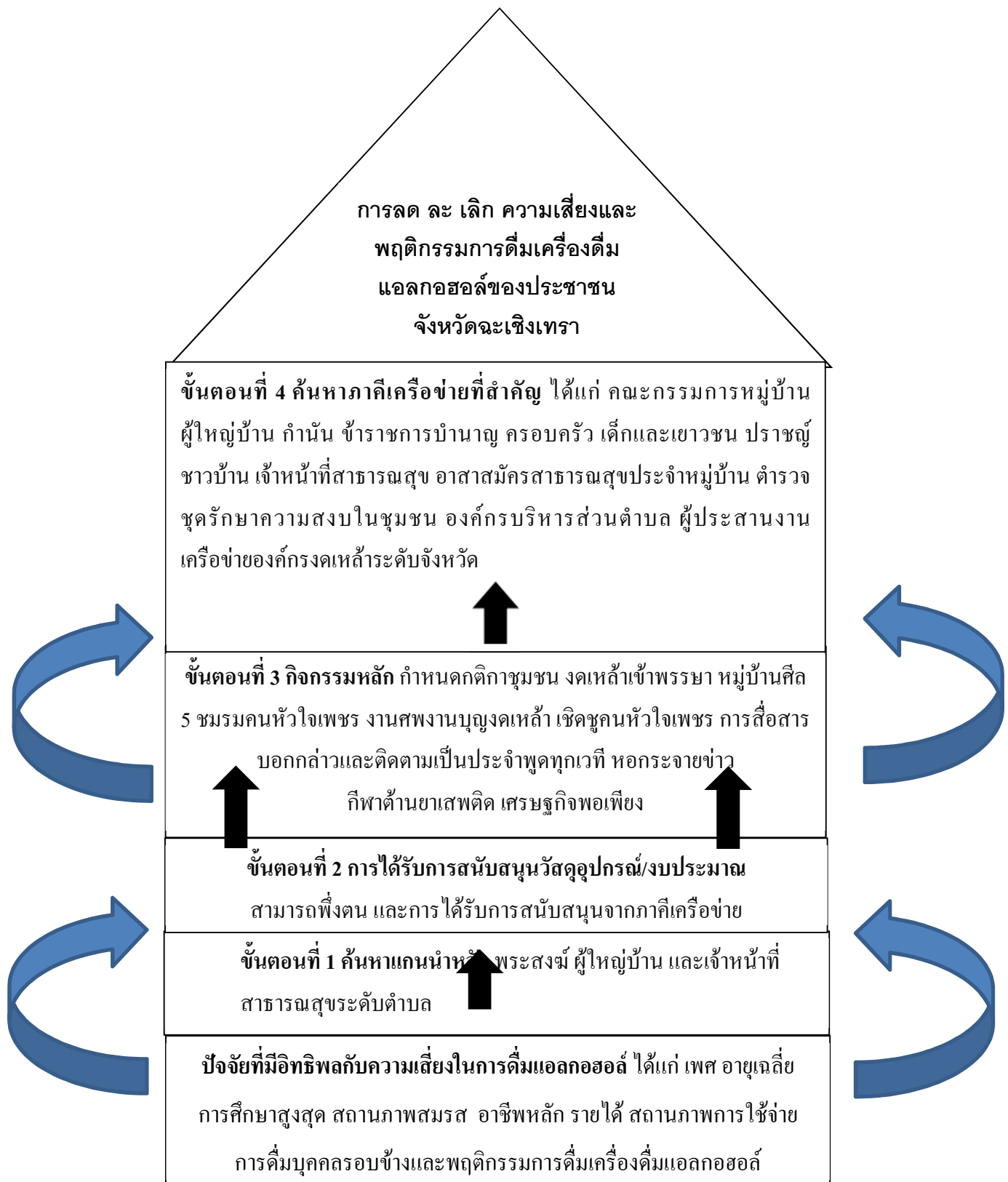
* $P \leq 0.05$ $R^2 = 0.506$ Constant = 3.724

จากตาราง 1 พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันกับความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากตัวแปร ทั้งหมด 10 ตัวแปร พบ 9 ตัวแปรร่วมทำนาย ดังนี้ เพศ อายุเฉลี่ย การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ สภาพการใช้จ่ายของครอบครัวที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเดือน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลรอบข้าง ระดับพฤติกรรม ที่ร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-Value} < 0.05$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 9 สามารถอธิบายการวิเคราะห์ความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 50.6 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบไดดังนี้

ความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ = $3.724 + -.410 (\text{เพศ}) + .231 (\text{อายุ}) + -.019 (\text{การศึกษา}) + -.112 (\text{สถานภาพสมรส}) + -.006 (\text{อาชีพหลัก}) + -.134 (\text{รายได้}) + -.013 (\text{สภาพการใช้จ่าย}) + .830 (\text{การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลรอบข้าง}) + -.830 (\text{พฤติกรรมการดื่ม})$

ระยะที่ 2 การสร้างและทดลองใช้รูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยได้เริ่มตั้งแต่การศึกษาสภาพปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีความเสี่ยง พฤติกรรมไม่ดี และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลรอบข้างและพฤติกรรมการดื่ม โดยนำมาเป็นข้อมูลและปัจจัยที่มีอิทธิพลนำเข้าไปในระบสอง เพื่อสร้างรูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ารูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาแกนนำหลักที่สำคัญ ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ขั้นตอนที่ 2 การได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ สามารถพึ่งตนเองและขอสนับสนุนกับภาคีเครือข่าย ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ กำหนดกติกาชุมชน งดเหล้าเข้าพรรษา หมู่บ้านปลอด 5 ชุมชนคนหัวใจเพชร งานศพงานบุญงดเหล้า เชิดชูคนหัวใจเพชร การสื่อสารบอกกล่าวและติดตามเป็นประจำทุกเวที หอกระจายข่าว กีฬาด้านยาเสพติด เสริมธุรกิจพอเพียง ขั้นตอนที่ 4 ค้นหาภาคีเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการหมู่บ้าน กำนัน ข้าราชการ บำนาญ ครอบครัว เด็กและเยาวชน ประชาชนชาวบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำรวจ ชูรักษาความสงบในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ประสานงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าระดับจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยเมื่อมีการทดลองแล้ว และทำการเปรียบเทียบความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังเข้าร่วมทดลองรูปแบบฯ พบว่า กลุ่มทดลองหลังจากดำเนินการ ความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ในส่วนผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาพรวม เห็นด้วยในความเหมาะสม ความสอดคล้อง ความตรงประเด็นและความเป็นไปได้ ในการนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติ โดยสรุป รูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา 4 ขั้นตอน แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดพะเยา

สรุปและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า

ความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ ยังคงมีความเสี่ยง ร้อยละ 42.4 เสี่ยงต่ำ ร้อยละ 26.2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 18.2 อาจเป็นเพราะประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทราเป็นจังหวัดที่มีการขับเคลื่อน ธรรมนูญมาตรการต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังคงอยู่ในระดับไม่ดีอยู่บ้าง โดยเฉพาะช่วงสถานการณ์โควิด ทำให้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง สอดคล้องกับกฤษฎา ไทยกกล้า⁴ ที่พบว่า หากพื้นที่ที่มีการให้ความสำคัญ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดจุดการเข้าถึงการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีผลต่ออัตราการดื่มที่ลดลง และพฤติกรรมที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการดื่มยังคงมีความเสี่ยง ดังนั้น จึงควรมีรูปแบบ/กิจกรรม/ดำเนินการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ตัวแปร เพศ อายุเฉลี่ย การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ สถานภาพการใช้จ่ายของครอบครัวที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเดือน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลรอบข้างและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากข้อมูลดังกล่าว ยังคงพบอีกว่า มีความเสี่ยงและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับไม่ดี อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนที่เสี่ยงสูงและมีพฤติกรรมที่ไม่ดี อาจเป็นเพราะ บริบทในสังคมไทย ยังคงมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพิธีการ พิธีกรรมสำคัญ เช่น งานแต่งงาน งานปีใหม่ งานศพ เป็นต้น ไม่ว่าจะเป็นปัจจัย เพศ อายุเฉลี่ย การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ สถานภาพการใช้จ่ายของครอบครัวที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเดือน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลรอบข้างและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับสาวิตริ อัมฉางค์กรชัย⁴ ที่กล่าวว่า สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย มีปัจจัยหลายอย่าง แตกต่างกันไปตามบริบทของชุมชน ดังนั้น คนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะนักดื่มหน้าใหม่ที่อายุน้อย ควรได้รับการดูแล แนะนำช่วยเหลือให้มีความเสี่ยงและพฤติกรรมที่ดีขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการดูแลหรือช่วยเหลือประชาชนที่ยังคงมีการดื่มแอลกอฮอล์ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ลดลง¹⁰

ระยะที่ 2 การสร้างและทดลองใช้รูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า รูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาแกนนำหลักที่สำคัญ ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งอาจเป็นเพราะบุคคลทั้ง 3 เป็นบุคลากรของชุมชนและสังคม ประชาชนให้การยอมรับนับถือและศรัทธาในตัวบุคคลทั้ง 3 คน การดำเนินการลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงประสบความสำเร็จได้ยิ่งขึ้น ขั้นตอนที่ 2 ปัจจัยความสำเร็จของโครงการ ได้แก่ ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายผู้นำชุมชน พระ ผู้รับผิดชอบงานทั้งในระดับจังหวัด/อำเภอ ผู้บริหาร/นักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข/สสจ./สคร./

สคส./สสอ./สอ.ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี สมาชิกในชุมชนจึงมีความเข้มแข็ง มีมาตรการทางชุมชน¹¹ และความสำเร็จ ขึ้นอยู่กับ ความพยายามของชุมชนในการลดการใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนและผู้ใหญ่ คุณลักษณะทั่วไปของกลยุทธ์ชุมชนที่ประสบความสำเร็จ คือ การพึ่งพาพันธมิตรในท้องถิ่น ได้แก่ แกนนำในชุมชน เจ้าหน้าที่รัฐ และใช้มาตรการกิจกรรมเชิงป้องกันที่แสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลง¹² ในส่วนวัตถุประสงค์/งบประมาณ สามารถพึ่งตนเองและขอสนับสนุนกับภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ กำหนดกติกาชุมชน จัดเจ้าหน้าที่อาสาสมัครหมู่บ้าน 5 ชมรมคนหัวใจเพชร งานศพงานบุญดะหล่ำ เชิดชูคนหัวใจเพชร การสื่อสารบอกกล่าวและติดตามเป็นประจำทุกเวที หอกระจายข่าว กีฬาด้านยาเสพติด เศรษฐกิจพอเพียง จะเห็นได้ว่า การที่จะดำเนินการให้สำเร็จนั้น จำเป็นต้องมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ซึ่งอาจได้รับจากหน่วยงาน หรือภาคีเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง ลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการออกกำลังกายซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้สุขภาพดีขึ้น¹³ ต้องมีการควบคุมในความต้องการขายสุรา ลดความต้องการดื่มของผู้ซื้อ ปรับค่านิยมให้เกิดการยอมรับ มีการตรวจตราร้านค้า บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง¹⁴ ขั้นตอนที่ 4 การค้นหาภาคีเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการหมู่บ้าน กำนัน ข้าราชการบำนาญ ครอบครัว เด็กและเยาวชน ปราชญ์ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทหาร ตำรวจ ชุมชน ความสงบในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ประสานงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าระดับจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งภาคีเครือข่ายนับได้ว่า มีความสำคัญ องค์กรหรือหน่วยงานใด ทำเพียงคนเดียว โอกาสจะประสบความสำเร็จน้อย ดังนั้นต้องร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ดังนั้น แกนนำ/ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ มีความสำคัญอย่างมากในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งแกนนำ/ผู้นำมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำ เป็นต้นแบบ สามารถกระตุ้นชักจูงโน้มน้าวใจให้ชุมชน เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอยู่เสมอ มีความเข้าใจปัญหาของชุมชนและสังคม ตลอดจนถึงวัฒนธรรมของท้องถิ่นเป็นอย่างดี¹⁵ ปัจจัยความสำเร็จของโครงการ ได้แก่ การได้รับความร่วมมือสนับสนุนจากบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทั้งในระดับจังหวัด/อำเภอเป็นอย่างดี ผู้บริหาร/นักวิชาการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด./สำนักงานควบคุมป้องกันโรค/สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า./สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี สมาชิกในชุมชนจะมีความเข้มแข็งและมีมาตรการทางชุมชนของตนเอง¹¹ ส่วนในเรื่องของปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) คือสิ่งที่เป็แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดง พฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆได้ด้วยและความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา และระยะทาง เวลา นอกจากนั้นสิ่งสำคัญ คือ การทำได้ง่าย และความสามารถเข้าถึงได้ของสิ่งจำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น¹⁶ ซึ่งโดยสรุปรูปแบบฯ จะต้องอาศัยต้นทุนทางสังคม โดยเฉพาะการร่วมมือร่วมใจภายในความไว้วางใจร่วมกัน

เป็นปัจจัยสำคัญในการแก้ไขและจัดการปัญหา และก่อให้เกิดจิตสำนึก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เป็นองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนา

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า กลุ่มทดลองหลังจากดำเนินการ ความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.01 อาจเป็นเพราะ แคนนำชุมชนหลัก ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ประชาชนเคารพและศรัทธา การมีงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ กิจกรรมดำเนินการที่ชุมชนมีส่วนร่วมและภาคีเครือข่ายร่วมกันสนับสนุนและประเมินผล สอดคล้องกับสมพงษ์ จันทรขอนแก่น¹⁰ พบว่า การดำเนินการลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำเร็จได้เกิดจากประชาชน ผู้นำชุมชนในพื้นที่ร่วมกันควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกัน และสิ่งสำคัญ คือการนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการทำงานจริง ไม่เน้นการแข่งขันจนมากเกินไป แต่ใช้ความรู้มาพัฒนาในพื้นที่ร่วมกันซึ่งถือเป็นการวางรากฐานของชุมชนที่สำคัญในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่า บุคคลแกนนำที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และพระสงฆ์ จะเห็นได้ว่าเป็นบุคคลที่มีความผูกพันกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน มีความไว้วางใจ ศรัทธา นับถือ พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในกิจกรรมการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงจำเป็นต้องค้นหาแกนนำสำคัญที่สนใจ และให้ความสำคัญในการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพระสงฆ์ ประสิทธิภาพการทำงานจะมีโอกาสประสบความสำเร็จค่อนข้างสูง

2. จากการศึกษาจะพบว่า มีชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับชุมชนที่พึ่งตนเอง ดังนั้น เพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ควรเข้ามาสนับสนุนหนุนเสริมให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักดื่มหน้าใหม่ ประเทศไทย เนื่องจากนักดื่มหน้าใหม่ โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน เป็นบุคคลสำคัญของประเทศในอนาคต และเป็นกลุ่มเสี่ยงที่บริษัทบุหรี่ย่างเป้าหมายในคนกลุ่มนี้

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนต้นแบบในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเทศไทย เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบฯ ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ให้ดีขึ้นและสามารถขยายไปชุมชนอื่นๆได้

เอกสารอ้างอิง

1. ช่อแก้ว ร่มสุขและขจรวรรณ อธิรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของวัยรุ่น เขตเทศบาล เมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิทยาการสมัยใหม่ 2555;5(1): 12-25.
2. กระทรวงสาธารณสุข. การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติในระยะ ที่ 2 พ.ศ. 2564 – 2570 [อินเทอร์เน็ต].2564(เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2564) เข้าถึงได้จาก [https://www.dmh.go.th/news-dmh > view](https://www.dmh.go.th/news-dmh/view)
3. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของภาคกลาง.2560. น. 126-189. 2560
4. สวัสดิ์ อัยฉัตรกรชัย.รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในสังคมไทย ปี 2560. 2562.น. 210-266. 2562
5. กัญญา ไทยกล้า. การเข้าถึงจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. (เข้าถึงวันที่20 สิงหาคม 2563) เข้าถึงได้จาก: <http://cas.or.th/cas/wp-content/uploads/2019/07/86.61-AC-0025>.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. สรุปรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. น.56-58.2562
7. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลสุขภาพ พ.ศ.2563 . น.45-56. 2563
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัดฉะเชิงเทรา พ.ศ.2561.น.56-77. 2561.
9. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30: pp. 607–610. 1970.
10. สมพงษ์ จินท์ขอนแก่น. การพัฒนารูปแบบการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี กรณีศึกษา: อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560; 24(3): 13-21.
11. สมาน ฟุตระกูล และสุประภา จักขุคูล. โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการควบคุมลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สรุปผลการเรียนรู้ เพชรบูรณ์. 2553. น.45-67. 2563
12. Abigail A. Fagan and el. Engaging Communities to Prevent Under Age Drinking. Alcohol Research & Health, 2011. 34(2), 245-269.

13. Richard A. Brown and el. Aerobic Exercise for Alcohol Recovery: Rationale, Program Description and Preliminary Findings Behavior Modify. 2009. 33(2): 220–249.
14. กฤษณ์ ขุนลึกและคณะ. รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของผู้จำหน่าย ในจังหวัดหนองคาย. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2556; 7(3): 24-34.
15. พิมพ์ภัส พงศกรรังศิลป์.การจัดการการท่องเที่ยวชุมชนอย่างยั่งยืน กรณีศึกษา บ้านโคกไคร จังหวัดพังงา. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร. 2557. 7(3): 36-49.
16. Green, Lawrence W., and el. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. California Mayfield Publishing Company.24: pp. 306.1980.