



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

- ❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดอุบลราชธานี
- ❖ ผลการพัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2563-2565
- ❖ การพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ตำบลจานลาน อำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ
- ❖ การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทย
- ❖ ประเมินผลการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชน อายุ 15 - 19 ปี พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7
- ❖ ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในจังหวัดหนองคาย
- ❖ ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ต่อการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์สาธิตบริการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
- ❖ การศึกษาการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนบ้านคลองลึก อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดขอนแก่น
- ❖ ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี
- ❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- ❖ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำ จังหวัดร้อยเอ็ด
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ของนักศึกษาในระดับอาชีวศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร
- ❖ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

บรรณาธิการแถลง



สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น เผยแพร่มาถึงปีที่ 30 ใน พ.ศ. 2566 และฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 3 เพิ่มเติม มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ ผลงานวิจัย ด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ด้วยเนื้อหาสาระทางวิชาการที่หลากหลาย ให้ท่านได้ค้นคว้าศึกษา เพื่อปรับใช้ประโยชน์ตามบริบทและปัญหาด้านสาธารณสุขของพื้นที่ โดยขอบเขตของเนื้อหาครอบคลุมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อและภัยที่คุกคามสุขภาพ ฉบับนี้มีบทความวิชาการที่น่าสนใจหลายเรื่องที่คุณเชื่อให้ติดตาม เช่น การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดอุบลราชธานี โดย เกศรา แสนศิริทวีสุข ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดหนองคาย โดยคมกริช ศรีชาติา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยไกรฤกษ์ สุธรรม พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพ แห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์โดย สุศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ และบทความอื่นๆ ที่น่าสนใจอีกหลายบทความ ขอเชิญชวนทุกท่านดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/> และขอเชิญชวนท่านที่สนใจสามารถส่งบทความวิชาการเข้ามาเพื่อเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์เดียวกันนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับท่านที่ส่งบทความวิชาการมาเผยแพร่ หากมีข้อเสนอแนะประการใดเพื่อปรับปรุงพัฒนาวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น ขอได้โปรดแจ้งทางกองบรรณาธิการ

นายแพทย์สมาน พุตระกูล
บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้ประเมินอิสระฉบับนี้

รศ.ดร.มานพ คณะโต

ผศ.ดร.ราณี วงคงเดช

ดร.ประทีป กาลเขว้า

พญ.จิรา ศักดิ์ศศิธร

ดร.วันทนา กลางบุรีรัมย์

ดร.จมาภรณ์ ใจภักดี

รศ.ดร.สุพจน์ คำสะอาด

ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร

ดร.สุทิน ชนะบุญ

ดร.บุญนากร พรหมภักดี

ดร.วาสนา สอนเพ็ง

ผศ.ดร.สุรัชย์ พิมพ์า

ดร.ชนัญญา จิระพรกุล

ดร.อดิสร วงคงเดช

ดร.เสาวลักษณ์ คัชมาตย์

ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์

...คำแนะนำ สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. ตีพิมพ์สมบรูณ์สัปดาห์แรกของเดือน พ.ค.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พ.ค.-ส.ค. ตีพิมพ์สมบรูณ์สัปดาห์แรกของเดือน ก.ย.

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน ก.ย.-ธ.ค. ตีพิมพ์สมบรูณ์สัปดาห์แรกของเดือน ม.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ม.ค. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน พ.ค.

ฉบับที่ 3 ภายในเดือน ก.ย.

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่อง เพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นฐาน ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าน่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจวิจารณ์หรือวิเคราะห์ สรุปเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

ควรสั้นกระชับรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งอภิธานต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ

คือ การย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบรูณ์ และเป็น ร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

วิธีและวิธีการ

ดำเนินการ

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัยตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของ ปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขเป็นอักษรตัวกในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่อง ที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์: ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารให้ใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิ์พัฒนพงศ์, พัชรีย์ เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพงศ์, ยุวดี ตาพิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppel AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55: 697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24: 190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไผ่จิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1: 275-82.
2. Semin Oncol 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.
3. Ann clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-6.
4. N Z Med J 1994; 107(986 pt): 377-8.
5. Clin Orthop 1995; (320): 110-4.
6. Curr opin Gen Surg 1993; 325-33.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรงเพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347: 1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานสอบสวนทางระบาดวิทยาสามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแพร่ทางวารสารวิชาการโดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report) ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้ายๆ การเขียน Manuscript ควรคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ์ส่วนบุคคล สถานที่ ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ ชื่อสถานที่เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียนของวารสารนั้นอย่างเคร่งครัด มีองค์ประกอบดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไรเกิดขึ้นที่ไหน และเมื่อไรเลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น ให้ความหมายครบถ้วน

2. ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค (Authors and investigation team)

ระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานสังกัดของผู้รายงาน และเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ที่ร่วมในทีมสอบสวนโรค

3. บทคัดย่อ (Abstract)

สรุปสาระสำคัญทั้งหมดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความยาวประมาณ 250–350 คำ ครอบคลุมเนื้อหาตั้งแต่ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา มาตรการควบคุมโรค และสรุปผล

4. บทนำหรือความเป็นมา (Introduction or Background)

บอกถึงที่มาของการออกไปสอบสวนโรค เช่น การได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรคจากใคร หน่วยงานใด เมื่อไร และด้วยวิธีใด เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไร และเสร็จสิ้นเมื่อไร

5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

6. วิธีการศึกษา (Methodology)

บอกถึงวิธีการ เครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาความจริง ต้องสอดคล้องและตรงกับวัตถุประสงค์

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุแหล่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาตามตัวแปร ลักษณะอาการเจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น

ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริง โดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย

ยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่ามี การระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ลักษณะของการเกิดโรค และการกระจายของโรค ตามลักษณะบุคคล ตามเวลา ตามสถานที่ ควรแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการเกิดโรคในแต่ละพื้นที่ ในรูปของ Attack Rate การแสดงจุดที่เกิดผู้ป่วยรายแรก (index case) และผู้ป่วยรายต่อๆ มา

ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ การทดสอบปัจจัยเสี่ยง หาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มคนที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยค่า Relative Risk หรือ Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนที่ร้าย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบสถานการณ์การระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้น และการป้องกันโรคที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิเคราะห์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐานในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดใน ครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีตอย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ที่จะส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกัน ในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลรวบยอด ตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่นเสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต หรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลมากขึ้น

13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้น โดยทั่วไปนิยมแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ แสงวรรณลอย. การเขียนรายงานการสอบสวนโรค. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2532.
2. ศุภชัย ฤกษ์งาม. แนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2532 .
3. ธวัชชัย วรพงศ์ธร. การเขียนอ้างอิงในรายงานวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
4. อรพรรณ ชาแสงบง. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. ศูนย์ระบาดวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ; 2532. (เอกสารอัดสำเนา)
5. โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2543. (เอกสารอัดสำเนา)

สารบัญ

- ❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดอุบลราชธานี
เกศรา แสนศิริทวีสุข, จุติพร ผลเกิด..... 1
- ❖ ผลการพัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8
ในปีพ.ศ. 2563-2565
วิรัชพัชร ดิษฐพันธ์, ฝนทิพย์ บุตรจะมี, มุกดา ราโช..... 19
- ❖ การพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19
ตำบลจานลาน อำเภอพนม จังหวัดอำนาจเจริญ
จุติพร ผลเกิด..... 35
- ❖ การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทย
สุชาดา เกิดมงคล, สัม เอกเฉลิมเกียรติ, กิ่งกาญจน์ จงสุโข..... 49
- ❖ ประเมินผลการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชน อายุ 15 - 19 ปี พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7
สารัช บุญไธรบ, กังสดาล สุวรรณรงค์, พิรพรรณ ไชยวงศ์ และคณะ..... 62
- ❖ ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในจังหวัดหนองคาย
คมกริช ศรีชาดา, สุพจน์ คำสะอาด..... 75
- ❖ ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ต่อการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ของศูนย์สาธิตบริการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
สรินทรทิพย์ อุคตวงค์, วันชัย พรหมศรี, รัชนิกร กุญแจทอง..... 86
- ❖ การศึกษาการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ
ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนบ้านคลองลึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว
สุภาพร พุทธิรัตน์, อรุณ เทียงอาชา, อภิรักษ์ณ์ สลักห้าย..... 99
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดขอนแก่น
คณะช ชัยอาจ, จุติจา หินจำปา, บุญทนากร พรมภักดี..... 113
- ❖ ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ
ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี
พีรยุทธ แสงศรีสุ, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัช พินทา และคณะ..... 126

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 เพิ่มเติม 2566

Volume 30 No.3 Supplement 2023

สารบัญ (ต่อ)

- ❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสังวาลย์
จังหวัดแม่ฮ่องสอน
วิเชียร สุวรรณามังกร..... 140
- ❖ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำ จังหวัดร้อยเอ็ด
วันทนา กลางบุรัมย์, กรรณิการ์ ดอนวุฒิพงษ์, เนชชาภัทร ยอดแก้ว 149
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา
ในสถาบันแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
ไกรฤกษ์ สุธรรม, ขวัญตา สุธรรม..... 160
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร
กัมปนาท โคตรพันธ์, นิยม จันทร์นวล 171
- ❖ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์
สุรศักดิ์ ธรรมรักษันเจริญ, อัญญารัตน์ แสงฤทธิ์, สิริวรรณ ริสา และคณะ 181

การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดอุบลราชธานี

Model Development of Community Health Care for the CVD Risk Population and Coronary Heart Disease Patients, Ubon Ratchathani

เกศรา แสนศิริทวีสุข ปร.ด. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน)

Getsara Sansiritawisuk Ph.D. (Community Health Development)

จุติพร ผลเกิด ปร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

Jutipon Ponkert Ph.D. (Health Social Sciences and Humanity)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

Office of Disease Prevention and Control, Region 10 Ubon Ratchathani

Received: September 9, 2023

Revised: October 7, 2023

Accepted: October 7, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดอุบลราชธานี พื้นที่ศึกษาเลือกแบบเจาะจงเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ประชากรเป้าหมายดังนี้ กลุ่มที่ร่วมพัฒนาแบบแผน ได้แก่ 1) ฝ่ายวิชาการ 15 คน 2) ฝ่ายบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน 3) ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น 12 คน และ 4) กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล 16 คน และกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน คือประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป 461 คน เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนดูแลสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน 3) การสร้างระบบและกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน 4) การจัดรูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชนครอบคลุมทุกกลุ่ม จึงเกิดกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การร่วมจัดตั้งสถานีสภาพ "จิตอาสาดูแลหัวใจ" การคัดกรองความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้ 3 ฐานการเรียนรู้การประเมิน CVD Risk การใช้แอปพลิเคชันแจ้ง 1669 และสอนการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ส่วนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเน้นการดำเนินงานเชิงรุก การบันทึกพิกัดบ้านใน Google Map ลงข้อมูลในแอปพลิเคชันรักษากุศยาลวนเพื่อเชื่อมหน่วยกู้ชีพ 1669 ทั้งระดับอำเภอและตำบลให้ทราบในเวลาเดียวกัน จากการประเมินผลลัพธ์หลังดำเนินการพบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะและกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่งผลทำให้ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง 390 คน ได้รับการคัดกรอง CVD Risk ร้อยละ 88.46 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะได้รับการเยี่ยมบ้านและดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลทำให้กลุ่มเสี่ยงสูงลดลงร้อยละ 58.82 ในจำนวนนี้เลิกบุหรี่ได้ใน 6 เดือนร้อยละ 100 และเลิกสูราได้ใน 6 เดือนร้อยละ 60 และมีผู้สงสัยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการช่วยเหลือผ่านแอปพลิเคชันรักษากุศยาลวน 3 คน ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงการรับบริการตรวจคัดกรองที่สถานีสภาพชุมชน เพื่อให้รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง รู้สถานะ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับระดับความเสี่ยงและกลุ่มวัย เพื่อลดความสูญเสียด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สถานีสภาพชุมชน

Abstract

The purpose of the action research is to improve the model of community health care for the CVD risk population and coronary heart disease patients by the participation of networks in Ubon Ratchathani. The studied areas are chosen specifically to be risk areas and ones that are voluntary to participate in the research in Ubon Ratchathani. The target population is chosen as follows: 1) Cooperated group on model development including 15 people for academics, 2) Twenty – six people for personnel's and volunteers, 3) Twelve people for local representatives, and 4) Sixteen people for coronary heart disease patients and caregivers; and target group for community health care including 461 people with the age above 35 years old. The data was collected for both qualitative and quantitative. The result shows that model of community health care consists of 1) the encouragement of participation of every network 2) the return of data to the community 3) the creation of the system and progressing process 4) the coverage of community health care to every group and holding important activities including establishing health station, “Volunteer for Heart Care”, blood pressure screening, blood sugar checking, education on 3 learning base; CVD risk assessment, how to call 1699 via application, and resuscitation. For the risk group and the patients, proactive operation was applied which includes recording home addresses on google map and putting information on the application called Rak Kudyalua in order to connect to emergency medical services 1669 for both provincial and municipal level simultaneously. As for the outcome evaluation, it is clearly that the average post-test scores of healthcare service officers in community and subdistrict hospitals were significantly higher than the pre-test scores in terms of skills and activities for CVD risk and coronary heart disease patients ($p < 0.05$). The result is that 390 people who are above 35 and haven't been diagnosed with Diabetes Mellitus and hypertension have been screened for CVD risk which equals 88.46 percent. For coronary heart disease patients, they will receive continuous home visit. The result shows that the risk group has decreased to 58.82 percent. In this number, there are people who quit smoking within 6 months at 100 percent rate and quit drinking at 60 percent rate and there are 3 persons with symptoms similar to coronary heart disease getting helps via application, Rak Kudyaluan. Therefore, community participation in taking care of their own health, relevant network partners should communicate and publicize to people access in health checking services at community health stations. It could get data about the numbers, the risks, the status and lead to health behaviors modifying that are appropriate to their risk level and age group. To reduce health, economic, and social losses in the future.

Keywords: Health Care Model, Risk Group for Coronary Heart Disease, Coronary Heart Disease Patients, Health Station

บทนำ

ในประเทศไทย กลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุการตายร้อยละ 73 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจมีมูลค่า 198,512 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) คิดเป็น 3,128 บาทต่อหัวประชากร ในปี 2552 โรคที่มีต้นทุนมากที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือโรคเบาหวาน และ

โรคปอดเรื้อรัง ตามลำดับ⁽¹⁾ จากโครงการระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) พ.ศ. 2548-2550 ของประชากรอายุระหว่าง 15-74 ปี พบว่าความชุกของผู้ที่เคยมีแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 0.5 ล้านคนในปี 2548 เป็น 0.7 ล้านคนในปี 2550 จากสถิติสาธารณสุขพบว่า

ในปี 2551 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 13,395 คน พบสูงสุดในภาคกลางถึง 1 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตทั่วประเทศ และพบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าภายใน 7 ปี⁽²⁾ ซึ่งข้อมูลจากรายงานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556-2560 ระบุว่าแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตและอัตราป่วยจากโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด ต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นจาก 26.9 ในปี 2556 เป็น 31.8 ในปี 2560 มีอัตราป่วยโรคหัวใจขาดเลือดต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นจาก 431.91 ในปี 2556 เป็น 501.41 ในปี 2560⁽³⁾ สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556-2560 พบอัตราการเสียชีวิตและอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มสูงขึ้นจาก 19.89 ในปี 2556 เป็น 23.34 ในปี 2560 และพบการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ อัตราป่วยสะสมต่อแสนประชากรตั้งแต่ปี 2559-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มสูงขึ้นจาก 236.17 ในปี 2559 เป็น 241.01 ในปี 2562 และมีอัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเพิ่มสูงขึ้นจาก 0.31 ในปี 2559 เป็น 0.33 ในปี 2562

เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นอันดับหนึ่งต่อเนื่องมาโดยตลอด ข้อมูลรายงานสรุปผลการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2562 จาก HDC ปี 2560-2561 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (CKD) และโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น⁽⁴⁾ ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอต่างตระหนักถึงปัญหา และต้องการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่นเดียวกับโรงพยาบาลตระการพืชผลและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอ 29 แห่ง เห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น หากไม่มีการดำเนินการใดๆ จะนำไปสู่ความสูญเสียคุณภาพชีวิต การสูญเสียทางเศรษฐกิจ และการเสียชีวิตของประชาชน ตลอดจนภาระงานที่ต้อง

ดูแลผู้ป่วยในระยะยาวของหน่วยบริการโดยเฉพาะ รพ.สต.กุดยาลวน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี นับจากปี 2559-2562 จากจำนวน 16 ราย เพิ่มขึ้น เป็น 25 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตทุกปี เฉลี่ยปีละ 1-2 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มมีผู้ป่วยและเสียชีวิตในกลุ่มอายุน้อยลง (40-49 ปี) ปี 2562 รพ.สต.กุดยาลวน มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 25 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต และมีกลุ่มเสี่ยง CVD risk $\geq 20\%$ จำนวน 22 ราย⁽⁵⁾ ที่ต้องดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

กรมควบคุมโรค มีนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดกลุ่มเสี่ยง ลดผู้ป่วยรายใหม่ และควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่การสูญเสีย โดยเน้นการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจให้เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเหล่านี้ล้วนสามารถป้องกันได้⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม จากการนิเทศติดตามการดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี (สคร.10 อบ.) พบว่าการกำกับติดตาม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยทำได้ค่อนข้างน้อย อีกทั้งปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีหลายปัจจัยรอบด้านในวิถีชีวิตของประชาชน การลดปัจจัยเสี่ยงจึงทำได้ยากลำบาก และขาดการติดตามอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มทุกปี⁽⁷⁾ นอกจากนี้ปัญหาด้านพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นผู้ป่วย ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก็พบปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียโอกาสและเศรษฐกิจ เนื่องจากพิการและเสียชีวิตเกิดจากความล่าช้าในการนำส่งผู้ป่วยในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล และในโรงพยาบาล สิ่งสำคัญคือผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปไม่ทราบอาการบ่งชี้สำคัญของโรค ไม่ทราบว่าต้องรีบส่งผู้ป่วยให้ถึงโรงพยาบาลในเวลาอันรวดเร็ว จากสถิติการเจ็บป่วยระดับประเทศพบว่าผู้ป่วยวิกฤติส่วนใหญ่ได้รับการนำส่งโดยญาติและเพื่อนบ้านคิดเป็นร้อยละ 88.13 ทำให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือระหว่างนำส่งไม่ถูกต้องเพราะผู้นำส่งขาดความรู้ และทักษะ

ในการดูแล⁽⁸⁾ สาเหตุที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้าเกิดจากผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่ทราบสัญญาณอันตรายจึงทำให้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น⁽⁹⁾ อีกทั้งระบบบริการการแพทย์โรคหัวใจในประเทศไทยแม้จะมีระบบบริการแต่ยังคงจัดบริการได้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของ รพ.สต.หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เกิดเหตุ มีความสำคัญต่อการลดความสูญเสียของผู้ป่วยหากสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยในเบื้องต้น ดังงานวิจัยต่างประเทศที่ทำการศึกษาดูแลระหว่างนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไปโรงพยาบาล ระบุว่าบุคลากรในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องมีความรู้ความสามารถในการจัดการและดูแลผู้ป่วยได้ทันเวลา⁽¹⁰⁾

ดังนั้นการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของชุมชน ให้อยู่ห่างไกลปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่ด้วยความซับซ้อนและความหลากหลายของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงเป็นสิ่งที่ยากที่บุคคลหรือกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยจะจัดการได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้ปัญหา ร่วมวิเคราะห์ และหาทางออก ลงมือปฏิบัติ ประเมินผลโครงการ และร่วมรับผลประโยชน์โดยสมัครใจ ทำให้การพัฒนา มีความสอดคล้องตรงตามความต้องการและความเป็นอยู่ของชุมชน และทำให้เกิดความยั่งยืนโดยการเชื่อมโยงประสานให้ทุกภาคส่วนร่วมกันตัดสินใจในการเลือกวิธีการแก้ปัญหา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน⁽¹¹⁾

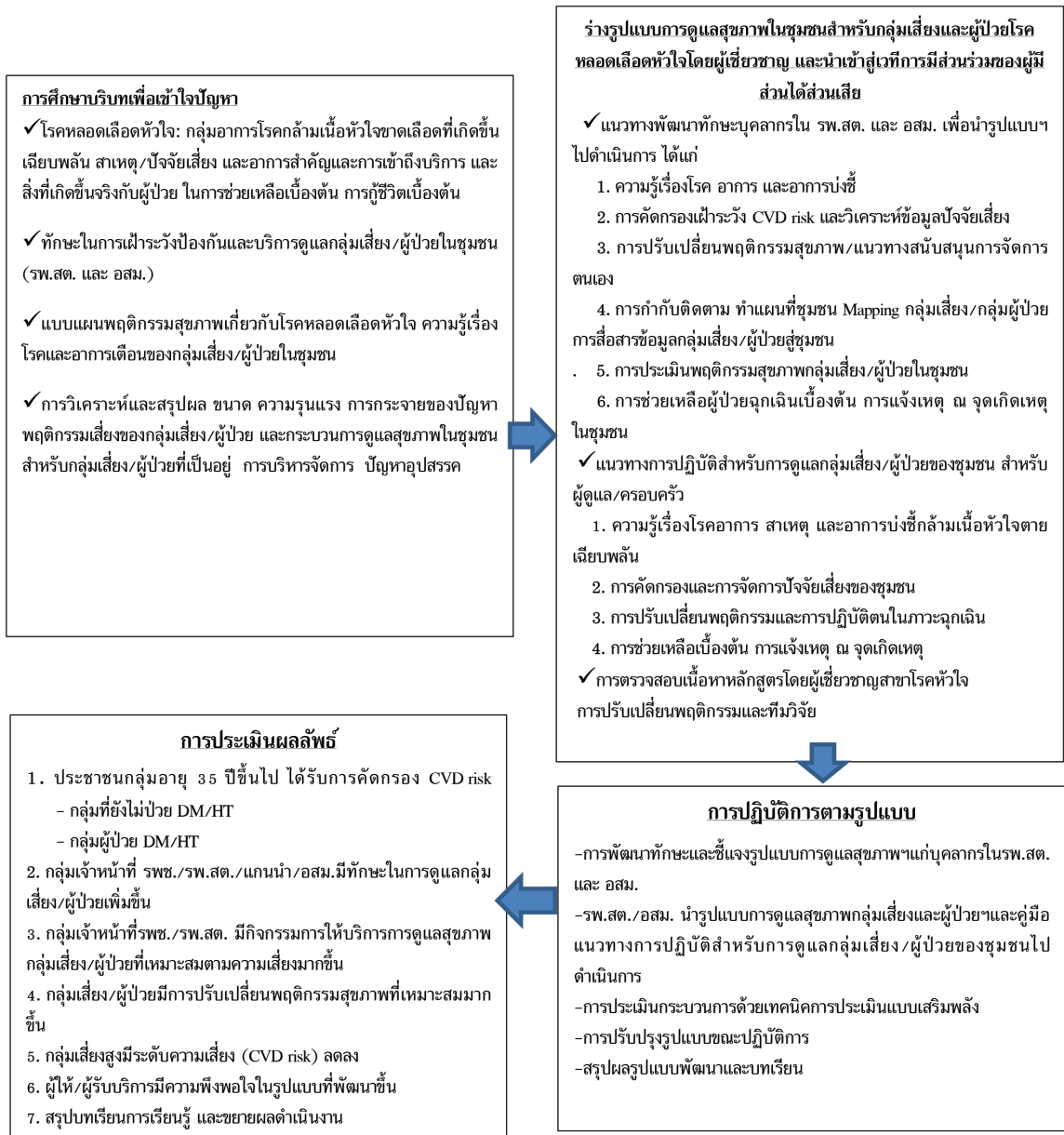
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขมาใช้เพื่อร่วมแก้ปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจของชุมชน และพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนและนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในเขตสุขภาพที่ 10 และประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิด ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยฯ ครั้งนี้ ใช้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพัฒนา มี 4 ขั้นตอน โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนในพื้นที่ในการทำความเข้าใจปัญหา การออกแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การเตรียมทักษะบุคลากรและการนำไปใช้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

การประเมินผลลัพท์ หมายถึง การวัดผลสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบฯ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้าน 1) ทักษะด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต./แกนนำและ อสม. 2) การดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 3) ประเมินระดับความเสี่ยง CVD risk ในกลุ่ม

ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป และกลุ่มเสี่ยง 4) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย และ 5) ความพึงพอใจของผู้ให้/ผู้รับบริการหลังรับบริการรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง กลไกการจัดการในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในการลด

ปัจจัยเสี่ยง ที่มีโครงสร้างกลุ่มคนที่รับผิดชอบทั้งใน รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน ร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม วางแผนดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการปฏิบัติการคัดกรอง และการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยสามารถประเมินความเสี่ยงฯ เกิดการสื่อสารความเสี่ยง และจัดการตนเองได้

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองโรคหัวใจ และหลอดเลือด หมายถึง 1) กลุ่มประชาชนวัยทำงาน อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วยเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูง (DM/HT) และ 2) กลุ่มผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในเขตรับผิดชอบของ พื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ CVD risk และหลอดเลือดด้วย Color chart หรือ Application Thai CV Risk Score และมีผลประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ($\geq 20\%$) ขึ้นไป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยด้วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ใน พื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.กุดยาลวน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่ การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการ ตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection)⁽¹²⁾ เป็นวงจรต่อเนื่องจนกว่า จะได้ข้อสรุปตามประเด็นที่กำหนด

พื้นที่ศึกษา เลือกจากจังหวัด อำเภอกุดยาลวน และตำบลที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงในเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีความพร้อมในการพัฒนาและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ พื้นที่ใน เขตรับผิดชอบ รพ.สต.กุดยาลวน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานีระยะเวลาศึกษา 15 เดือน (กรกฎาคม 2564 – กันยายน 2565)

ประชากรเป้าหมาย เลือกแบบเจาะจง (Purposive) โดยกำหนดคุณสมบัติในการเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ดังนี้

กลุ่มที่ให้ข้อมูลและเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวนทั้งสิ้น 73 คน ประกอบด้วย

1. ฝ่ายวิชาการ เป็นผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ สาขาโรคหัวใจ และสาขาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 10 และทีมผู้วิจัย รวม 15 คน

2. ฝ่ายบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้บริหาร รพช./สสอ.ตระการพืชผล จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่ รพช. 8 คน รพ.สต.กุดยาลวน จำนวน 5 คน แกนนำอสม.บ้านกัจจับ 10 คน รวม 26 คน

3. ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น: องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท./ผู้นำชุมชน) 4 คน แกนนำเยาวชนในชุมชน 2 คน หน่วยกู้ชีพตำบล 6 คน รวม 12 คน

4. ฝ่ายกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือ ผู้ดูแล กลุ่มละ 10 คน รวม 20 คน

กลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน เป็น ประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 ปีขึ้นไปทุกรายในพื้นที่ รับผิดชอบ รพ.สต.กุดยาลวน จำนวนทั้งสิ้น 461 คน จำแนกเป็น

1. ผู้ที่ยังไม่ป่วยด้วย DM/HT ทุกวัย และยินดีเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 390 คน

2. ผู้ป่วย DM/HT ที่มีรายชื่อในทะเบียนทุกวัย และยินดีเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 65 คน

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 6 คน

3.1 มีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้

3.1.1 มีรายชื่อในทะเบียนกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลชุมชนที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่

3.1.2 เป็นกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะการวิจัย

3.1.3 เป็นผู้มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้และสามารถสื่อสารได้ดี

3.1.4 ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.2 เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria) ดังนี้

3.2.1 เป็นผู้ป่วยหนัก/ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ/ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

3.2.2 มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร

3.2.3 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้ตามกำหนด/เกิน 1 ครั้ง

ขั้นตอนวิธีการทำการวิจัย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน เพื่อศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่ ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รูปแบบ/กระบวนการคัดกรองการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย การบริหารจัดการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคของรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนที่มีอยู่ เพื่อนำไปสู่การสร้าง (ร่าง) รูปแบบการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยการรวบรวมเอกสาร/ทบทวนวรรณกรรม การสำรวจชุมชน การศึกษาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง การทำแผนที่พิกัดกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในชุมชน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ระยะเวลา 3 เดือน)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อยกร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และกำหนดแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรใน รพ.สต. และ อสม. เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน 4 ฝ่าย ประกอบด้วยฝ่ายวิชาการ ฝ่ายภาครัฐในท้องถิ่น ฝ่ายแกนนำรวมถึงอาสาสมัครในชุมชน และฝ่ายประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล กิจกรรมประกอบด้วย การประชุมยกร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ

ทีมผู้วิจัย และตัวแทนพื้นที่ ก่อนนำไปประดมสมองจากผู้เกี่ยวข้องระดับปฏิบัติเพื่อปรับให้สอดคล้องกับบริบทและมีการจัดเวทีประชาคมเพื่อสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนในการกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับชุมชน และกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ และร่วมกำหนดระบบการจัดการของชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยง และการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อพบผู้ป่วยฉุกเฉิน (ระยะเวลา 3 เดือน)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการกำกับติดตามผล มีการประเมิน CVD risk ในกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อคัดแยกกลุ่มเสี่ยง และคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มเป้าหมายที่จะนำรูปแบบไปปฏิบัติโดยประชุมอบรมพัฒนาศักยภาพและชี้แจงรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน กำหนดเนื้อหาหลักสูตรตามความต้องการของพื้นที่ สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. หลักสูตรละ 2 วัน จัดกิจกรรมเปิดสถานีสภาพชุมชนก้าบเพื่อเป็นจุดให้บริการคัดกรองสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพแนวใหม่ โดยได้ชี้แจงนโยบาย แนวทางฯ แก่ รพ.สต. กุดยาลวน อสม. และชุมชนให้ทราบในการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชนไปดำเนินการขับเคลื่อนในชุมชน การประเมินกระบวนการด้วยเทคนิคการประเมินแบบเสริมพลังโดยทีมผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสาขาหลอดเลือดหัวใจ เขตสุขภาพที่ 10 ลงพื้นที่ศึกษาวิจัยกรณีในพื้นที่และประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วย “เพื่อนช่วยเพื่อน” 2 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน เพื่อฝึกให้อสม. เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มสนทนาระตุ้นการมีส่วนร่วมและจับประเด็นสะท้อนข้อมูล มีการประเมินทักษะและกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนา รูปแบบ มีการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น มีการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามนัดของหน่วยบริการเพื่อส่งต่อ

ข้อมูลให้ รพ.สต. การให้บริการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ในสถานสุขภาพชุมชนเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” และสรุปผลรูปแบบการพัฒนาโดยทีมผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญเขตสุขภาพที่ 10 (ระยะเวลา 4 เดือน)

ขั้นตอน 4 การประเมินผลลัพธ์และความเป็นไปได้ในการนำ (ร่าง) รูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของชุมชนไปใช้จริง

ประกอบด้วยการประเมิน CVD Risk ในกลุ่มประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มที่ยังไม่ป่วย และกลุ่ม

ผู้ป่วย DM/HT การประเมินทักษะในการดูแลกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย ของเจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต./แกนนำ/อสม. ประเมินกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย การประเมินพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย และการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้/ผู้รับบริการ การประเมินผลลัพธ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นรายบุคคลหลังนำรูปแบบไปปฏิบัติ 5 เดือน (ระยะเวลา 5 เดือน) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้และวิธีการเก็บข้อมูล

ขั้นตอน	วิธีการเก็บข้อมูล	กลุ่มเป้าหมาย
1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน	1. การสัมภาษณ์เชิงลึก	1. ผู้บริหาร รพช./สสอ. 3 คน 2. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน 3. ตัวแทน อปท./ผู้นำชุมชน/หน่วยกู้ชีพ 12 คน
	2. การสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม	1. อสม. 10 คน 2. กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 20 คน
	3. การสำรวจชุมชน/แผนที่พิกัดกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในชุมชน/ข้อมูล HDC	1. อปท./ผู้นำชุมชน/แกนนำ/หน่วยกู้ชีพ 16 คน 2. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน
2. ยกร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน	1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการยกร่างรูปแบบ	ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันโรคหัวใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทีมผู้วิจัย 15 คน
	2. จัดประชุมระดมสมองกำหนดรูปแบบฯ และจัดทำหลักสูตรในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย (3 ฐาน ได้แก่ ฐานการประเมิน CVD Risk การใช้ application แจ้ง 1669 และสอน CPR)	1. ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันโรคหัวใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ทีมผู้วิจัย 15 คน 2. อปท./ผู้นำชุมชน/แกนนำ/หน่วยกู้ชีพ 16 คน 3. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน
	3. เวทีประชาคมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา/การวางแผน/กำหนดแนวปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล	1. อปท./ผู้นำชุมชน/แกนนำ/หน่วยกู้ชีพ 16 คน 2. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน 3. กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 20 คน

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้และวิธีการเก็บข้อมูล (ต่อ)

ขั้นตอน	วิธีการเก็บข้อมูล	กลุ่มเป้าหมาย
3. การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลสุขภาพ	1. คัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลหลักในการนำรูปแบบไปปฏิบัติ	อาสาสมัคร ประกอบด้วย 1. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน 2. PCU ใน อ.ตระการพืชผล/เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 29 แห่งละ 1 คน รวม 32 คน 3. ทีมผู้วิจัย/ผู้เก็บข้อมูล 8 คน 4. อสม. 55 คน 5. กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 20 คน
	2. ประเมิน CVD Risk	1. กลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วย DM/HT 2. กลุ่มผู้ป่วย (DM/HT) ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในเขตรับผิดชอบของพื้นที่เป้าหมาย
	3. ประเมินทักษะเจ้าหน้าที่รพช./รพ.สต./แกนนำ และ อสม. ก่อนดำเนินการ	1. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน 2. อสม. 55 คน
	4. ประเมินกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย ก่อนดำเนินการ	เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน
	5. แบบติดตามการนำรูปแบบไปปฏิบัติและการเยี่ยมเสริมพลัง	ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาโรคหัวใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ทีมผู้วิจัย 15 คน
4. การประเมินผลลัพธ์และความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้จริง	1. ประเมิน CVD Risk	กลุ่มเสี่ยง 34 คน
	2. ประเมินทักษะเจ้าหน้าที่รพช./รพ.สต./แกนนำ และ อสม. หลังดำเนินการ	เจ้าหน้าที่รพช./รพ.สต. 13 คน และ อสม. 55 คน
	3. ประเมินกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย หลังดำเนินการ	เจ้าหน้าที่รพช./รพ.สต. 13 คน
	4. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย หลังดำเนินการ	กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 20 คน
	5. ประเมินความพึงพอใจผู้ให้/รับบริการ หลังดำเนินการคัดกรอง	ผู้มารับการคัดกรองทั้งหมด 345 คน

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมิน 1) ทักษะการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต./แกนนำ และ อสม. 2) กิจกรรมการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 3) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย (ค่าคะแนนจะเป็น 0 และ 1) และ 4) ความพึงพอใจในรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น ระดับความพึงพอใจมี 5 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้แพทย์และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหาโดยการหาค่า IOC พบว่ามีค่าระหว่าง 0.60-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ อัตรา ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย และ paired t-test
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหาจากการประมวลข้อมูล คำสำคัญ การนำเสนอเป็นภาพรวม การสร้างกรอบคิดจากข้อค้นพบ และการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดนำไปสู่การสร้างข้อเสนอหรือหลักการ มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangular) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูล บุคคล และสถานที่

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพปัญหาและรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน จากการศึกษาสถานะสุขภาพโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 25 ก.ค. 2563 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (รหัส ICD10 3 หลักแรก เป็น I00-I09 หรือ I20-I28 หรือ I30-I52) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในเขตสถานบริการสุขภาพ

ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 7,118 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 378.99 ต่อประชากรแสนคน และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล 1,391 ราย คิดเป็นอัตรา 74.06 ต่อประชากรแสนคน และจากการสำรวจแผนที่ชุมชนพบว่า หมู่ 3 บ้านก่าจับ มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตรา 998.34 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีอัตราป่วยมากกว่าระดับอำเภอและระดับจังหวัด และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่บ้านก่าจับยังไม่มีความรู้เรื่องโรคและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดหัวใจ แม้จะเคยมีอาการแต่ผู้ป่วยไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จึงเข้ารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินเกือบทุกราย นอกจากนี้ การช่วยเหลือเบื้องต้น (CPR) การแจ้งเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ และการส่งต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินยังไม่มีการถูกใช้บริการในชุมชน การรับรู้สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในระยะ 3-5 ปีมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มเสี่ยงไม่รู้ตัวว่าป่วย บทบาทรพ.สต.กับงานโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ และการคัดกรองโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการคัดกรองเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งหากมีการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป จะทำให้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาได้ทันทั่วทั้งสำหรับกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ชัดเจน และต่อเนื่อง เน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมป้องกันโรค จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

2. การพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชน เริ่มจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่างรูปแบบฯ การประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดรูปแบบฯ และเวทีประชาคมเพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ ยังมีการคัดเลือกอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนารูปแบบ โดยรูปแบบการดูแลสุขภาพประชาชน ประกอบด้วย

- 2.1 กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบ แบ่งเป็น 4 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายภาคีรัฐในท้องถิ่น ฝ่ายแกนนำรวม

ถึงอาสาสมัครในชุมชน และฝ่ายประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือผู้ดูแล โดยแต่ละฝ่าย ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

2.1.1 ฝ่ายวิชาการ เป็นผู้เชี่ยวชาญ/ ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาโรคหัวใจ และสาขาการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมจากคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และทีมผู้วิจัย มีบทบาทในการสร้างและประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่าย การสนับสนุนวิชาการ ข้อมูลข่าวสารอบรมฝึกทักษะในการเฝ้าระวัง คัดกรอง การดูแล สุขภาพ กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล การสร้างขวัญกำลังใจ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การเผยแพร่และขยายผลงานรูปแบบดูแลสุขภาพใน ชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนการส่งเสริมให้มีสถานีสภาพชุมชน (Health Station) เขตสุขภาพที่ 10

2.2.2 ฝ่ายบุคลากรและอาสาสมัคร สาธารณสุข มีบทบาทในการผลักดันให้เกิดแผนการ ดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ การระดม ทรัพยากรของเครือข่าย เป็นแกนหลักในการประสานกับ ภาคส่วนต่างๆ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำ รวมถึงอาสาสมัครในชุมชน ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รพ.สต. มีบทบาท ในการคัดกรองเชิงรุกโดยบูรณาการกับงานประจำ การประเมินความเสี่ยงประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวนทั้งสิ้น 461 คน การสร้างกลไกการทำงาน ของแกนนำและ อสม. การเผยแพร่ข้อมูลผล การคัดกรองกลับคืนสู่ชุมชน การพัฒนาศักยภาพ และเป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม. การกำหนดมาตรการใน การเฝ้าระวังคัดกรอง CVD risk และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยการบูรณาการกับ การตรวจสุขภาพประจำปี การออกหน่วยบริการเชิงรุกกับ ทีมสหวิชาชีพจาก รพช. การประสานเครือข่ายต่างๆ ใน ชุมชนเพื่อจัดตั้งสถานีสภาพ การเชิญบุคคลต้นแบบ ในชุมชนมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการสื่อสารและ ประชาสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ และจัดทำแผนพัฒนาพื้นที่ สมรรถนะเครือข่าย รพ.สต. และ อสม. ทุกปี

2.2.3 ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น ได้แก่องค์กร การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชนในชุมชน หน่วยกู้ชีพตำบล มีบทบาทในการส่งเสริมความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาชน อบต. ให้การ สนับสนุนด้านสุขภาพ การประชาสัมพันธ์ สนับสนุน งบประมาณ และสถานที่ในการจัดตั้งสถานีสภาพชุมชน ให้แก่ รพ.สต. สนับสนุนงบประมาณตรวจสุขภาพประจำปี จัดบริการหน่วยกู้ชีพ 1669 ประจำ อบต. ตามมาตรฐาน กำหนดของ สสจ.อุบลราชธานี ประชาสัมพันธ์ข่าวให้ คนในหมู่บ้าน พัฒนาอาสาสมัครประจำชุมชนเพื่อเป็น ผู้ประสานและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินประจำ หมู่บ้าน ทำแผนสนับสนุนงบประมาณให้มีการดำเนินงาน ต่อเนื่อง ซึ่ง อบต. มีการบรรจุในแผนดำเนินงาน 5 ปี

2.2.4 ฝ่ายประชาชน ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล มีบทบาทใน การเข้าร่วมประชาคมเพื่อสะท้อนความต้องการของ ประชาชนให้หน่วยงานท้องถิ่นสร้างมาตรการชุมชน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง คัดกรอง สังเกต ภาวะเสี่ยงเตือนภัย และจัดการความเสี่ยงในส่วนบุคคล ครั้วเรือนรวมถึงชุมชน จากผลการพัฒนาเครือข่าย ดังกล่าว ทำให้ชุมชนมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีความมุ่งมั่น ที่จะเป็ชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพ ในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของจังหวัดอุบลราชธานี โดยการจัดทำแผนแบบมี ส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนและหลอมรวม เครือข่าย การดำเนินการคัดกรอง ดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อลด การเสียชีวิตของประชากรกลุ่มเสี่ยงในช่วงดำเนินการวิจัย และในอนาคต

2.2 การคืนข้อมูลสู่ชุมชนให้ตระหนัก รับรู้ว่าเป็นประเด็นร่วมของครอบครัวและชุมชน มีกิจกรรมเปิด สถานีสภาพชุมชนก้าบอย่างเป็นทางการโดยมีอสม./ ผู้นำชุมชน และชาวบ้านก้าบระดมพลังร่วมกันเป็น เจ้าภาพในการจัดงานดังกล่าว ร่วมกับเครือข่ายหน่วยงาน ภาครัฐในตำบลกุดยาลวน ได้แก่ โรงเรียน รพ.สต. และ รพช. สสอ. อำเภอดงเรการพิชผล และ รพ.สต.ใกล้เคียง

มีการประกาศนโยบาย/แนวทางการจัดบริการในสถานีสุภาพชุมชน

2.3 การสร้างระบบและกลไกให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คณะทำงานในพื้นที่นำโดยแกนนำชุมชน อสม. บ้านกาจับ และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทีมวิจัยในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ ได้วางโครงสร้างการดำเนินงานของสถานีสภาพชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ ทำการแต่งตั้งคณะทำงานให้บริการประจำสถานีสภาพชุมชน บ้านกาจับ เสนอลงนามคำสั่งแต่งตั้งโดยนายอำเภอมีแผนให้บริการสัปดาห์ละ 3 วัน สำหรับอาคารสถานที่ คณะทำงานได้ยื่นขอใช้สถานที่อย่างเป็นทางการตามระเบียบจาก อบต. ซึ่งต่อมาภายหลังได้ยื่นเรื่องขอใช้พื้นที่แยกออกจากพื้นที่โรงเรียนและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการที่ราชพัสดุยกพื้นที่ตั้งสถานีสภาพชุมชน บ้านกาจับให้ชุมชนเป็นเจ้าของบริหารจัดการใช้พื้นที่ ชุมชนมีการร่วมแรงพัฒนาอาคารสถานที่ ถมดิน ปรับภูมิทัศน์ ระดมทุน และหางบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ เพิ่มเติม ทั้งในส่วนค่าใช้จ่ายรายเดือนเป็นค่าสาธารณูปโภค ค่าน้ำประปา ค่าไฟฟ้า จัดหาอุปกรณ์การแพทย์พื้นฐาน ได้แก่ เครื่องเจาะวัดน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดความเค็ม เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดไข้ อุปกรณ์ปฐมพยาบาล ชุดทำแผล เตียงทำแผล เตียงนอนผู้ป่วย สื่อประชาสัมพันธ์แผ่นป้ายความรู้เกี่ยวกับ CVD มีสมุดทะเบียนบันทึกข้อมูลให้บริการประจำวัน สมุดลงเวลาทำงานประจำวัน ต่อมาได้รับบริจาคอุปกรณ์การแพทย์จากเอกชนเพิ่มเติม ได้แก่ ชุดเตียงนอนผู้ป่วย รถเข็นผู้ป่วย ถังออกซิเจนเครื่องวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้วสำหรับให้ผู้ป่วยในชุมชนยืมใช้หมุนเวียนในชุมชน ทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นของชุมชนอย่างแท้จริงในแผนระยะยาว อบต. มีบทบาทให้การสนับสนุนด้านการพัฒนาอาคารสถานที่และงบประมาณ โดยบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นทุกปี รพ.สต. และ รพช. วางแผนพัฒนาทักษะ อสม. สนับสนุนอุปกรณ์บริการขั้นพื้นฐานเพิ่มเติม ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา และติดตามประเมินผล ดังภาพที่ 2

2.4 การจัดรูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชน มีการจัดตั้งสถานีสภาพ “จิตอาสาดูแลหัวใจ” ประจำหมู่บ้านแบบถาวร จัดบริการสัปดาห์ละ 3 วัน โดย อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด มีการให้บริการคัดกรองวัดความดันโลหิต เจาะตรวจน้ำตาลในเลือด และประเมินความเสี่ยง CVD Risk ในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

2.4.1 ประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มที่ยังไม่ป่วยด้วย DM/HT และกลุ่มผู้ป่วย DM/HT ให้บริการคัดกรองประเมินความเสี่ยง CVD Risk ด้วย Color chart หรือ Application Thai CV Risk Score ดังนี้

กลุ่มที่ยังไม่ป่วยด้วย DM/HT กรณีพบกลุ่มเสี่ยงจะมีการจัดบริการ ดังนี้

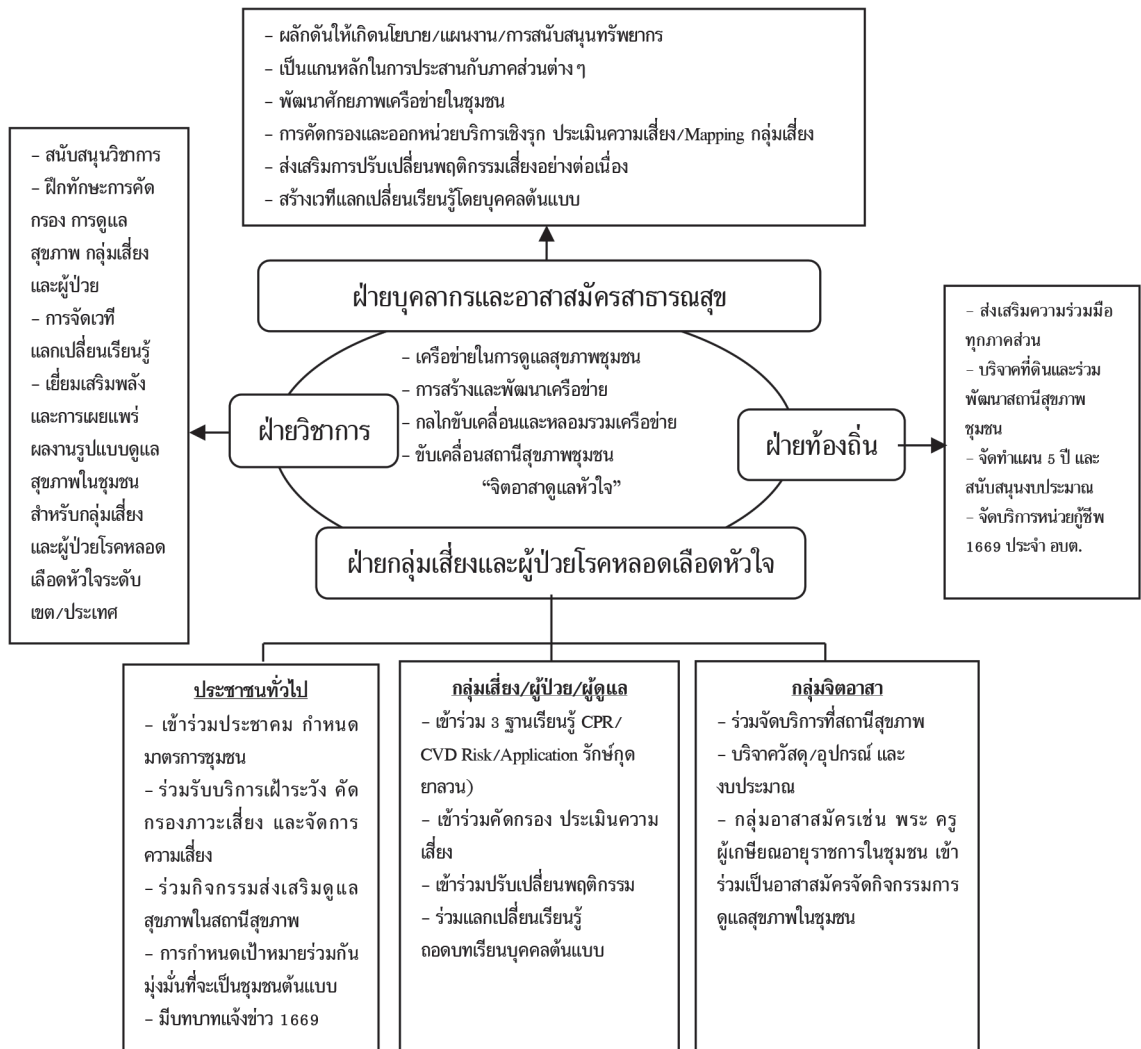
- กลุ่มเสี่ยงต่ำ (<10%) จะให้สุศึกษาตามหลัก 3อ.2ส. และควรได้รับการตรวจร่างกายประจำปีอย่างสม่ำเสมอ

- กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (10-19%) จะเน้นให้สุศึกษาเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ การรับประทานผักผลไม้เป็นประจำ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และควรได้รับการตรวจร่างกายประจำปีอย่างสม่ำเสมอ

- กลุ่มเสี่ยงสูง ($\geq 20\%$) ขึ้นไป ให้คำปรึกษาแนะนำให้ไปพบแพทย์ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ เลิกสูบบุหรี่ และงดดื่มแอลกอฮอล์ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ดี การลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ และติดตามประเมิน CVD Risk ซ้ำภายใน 6 เดือน นอกจากนี้มีการให้ความรู้ 3 ฐาน ได้แก่ 1) ประเมินโอกาสเสี่ยง CVD Risk อาการเตือน อาหารและการออกกำลังกาย 2) การใช้ application แจก 1669 และ 3) สอน CPR จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำ อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร

2.4.2 กลุ่มผู้ป่วย DM/HT

- กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (<20 %) จะให้สุศึกษาตามปัจจัยเสี่ยงรายกลุ่มหรือรายบุคคล ติดตาม



ภาพที่ 2 บทบาทเครือข่ายในการจัดตั้งสถานี่สุขภาพชุมชน “จิตอาสาดูแลหัวใจ”

รายปัจจัยเสี่ยงทุก 6 เดือน และติดตามประเมิน CVD Risk ซ้ำภายใน 1 ปี

- กลุ่มเสี่ยงสูง ($\geq 20\%$) ขึ้นไป จะมีการจัดบริการเช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยงสูงที่ยังไม่ป่วย DM/HT

2.4.3 โรคหลอดเลือดหัวใจ มีการให้ความรู้ 3 ฐานเช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยงสูง แต่เพิ่มความเข้มข้นในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เดือนละ 1 ครั้ง

นอกจากนี้ กลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้จากการคัดกรอง และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังมีกิจกรรมการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม มีการติดตาม

เยี่ยมบ้าน การสำรวจและบันทึกข้อมูลพร้อมพิกัดบ้านในโปรแกรมสำเร็จรูป Google Map และใช้เป็นฐานข้อมูลพัฒนา Application รักษาพยาบาล สำหรับโทรแจ้งเหตุฉุกเฉินที่เชื่อมถึงเครือข่ายทั้ง รพช. รพ.สต. และหน่วยกู้ชีพ 1669 ให้ทราบได้ในเวลาเดียวกัน และได้จัดทำแนวทางขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีฉุกเฉิน กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

จากการพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชน แนวใหม่ก่อให้เกิดสถานี่สุขภาพชุมชนที่เป็นจุดให้บริการคัดกรองและดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ ยังได้มีการขยายบริการในสถานีสภาพชุมชนในการดูแลรักษาผู้ป่วย DM/HT โดยจัดเป็นรูปแบบคลินิก DM/HT เพื่อให้บริการเชิงรุกที่มีแพทย์และทีมสหวิชาชีพหมุนเวียนมาให้บริการแทนการไปรับบริการที่ รพ.สต. เป็นผลทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

2.5 การจัดระบบเยี่ยมติดตาม/ประเมินผล ถอดบทเรียน และขยายผลการดำเนินงาน

มีการจัดระบบเยี่ยมติดตามแบบเสริมพลังโดยทีมแกนนำ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทีมสหวิชาชีพจาก รพช. ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยทุก 1 เดือน ส่วนทีมผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิและทีมผู้วิจัยติดตามเยี่ยมเสริมพลัง และผลจากการติดตามพบว่าภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนในการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย การจัดระบบบริการ การติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียน เพื่อนำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพแนวใหม่ (Innovative Health Care) ในชุมชน ไปขยายผลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดในประเด็นตรวจราชการปัญหา Area based เรื่อง Innovative Health Care: DM ในปีงบประมาณ 2566

3. ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ในชุมชน

3.1 กลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ป่วย DM/HT จำนวน 390 คน ได้รับการคัดกรองประเมินปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในสถานีสภาพชุมชน จำนวน 345 คน (ร้อยละ 88.46) ผลการคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงต่ำและปานกลาง (CVD Risk < 20%) จำนวน 337 คน (ร้อยละ 97.68) และกลุ่มเสี่ยงสูง (CVD Risk $\geq$ 20% ขึ้นไป) จำนวน 8 คน (ร้อยละ 2.32) จะเห็นได้ว่าผลจากการจัดตั้งสถานีสภาพชุมชนทำให้ประชาชน กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการเพิ่มจากเดิมที่คัดกรองเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีการจัดบริการ

คัดกรองเฉพาะที่ รพ.สต. นอกจากนี้ ยังมีแกนนำ/อาสาสมัคร (หมอคนที่ 1) เข้ามามีส่วนร่วมในการคัดกรองและส่งต่อข้อมูลเชื่อมระบบ 3 หมอ จากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพแนวใหม่ในสถานีสภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ที่เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนงานทั้งการคัดกรองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้บริการส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ ส่งผลให้ อสม. มีศักยภาพด้านการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อจนได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 สาขาโรคไม่ติดต่อ

3.2 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จำนวน 65 คน ได้รับการคัดกรองประเมิน CVD Risk (ร้อยละ 100) พบกลุ่มเสี่ยงสูง 26 คน (ร้อยละ 40.00)

หลังการคัดกรองทุกกลุ่มได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติผ่านห้องเรียน 3 ฐาน ประกอบด้วยฐานความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการเตือนที่สำคัญและการป้องกันโรค ฐานการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย Color chart/Application Thai CV Risk Score และฐาน CPR การใช้ Application รักษากุญแจลว สำหรับโทรแจ้งเหตุฉุกเฉิน กลุ่มเสี่ยงต่ำจะเฝ้าระวังโดยการคัดกรองซ้ำปีละครั้ง ส่วนกลุ่มเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงจะมีการนัดเข้ากิจกรรมกลุ่มสนทนา “เพื่อนช่วยเพื่อน” ร่วมกับการสร้างเสริมแรงจูงใจที่สถานีสภาพชุมชนเดือนละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง โดยให้ทุกคนวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงและตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนของตนเอง การติดตามเยี่ยมเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโดย อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต่อเนื่องเดือนละครั้งเป็นเวลา 3 เดือน แล้วประเมิน CVD Risk ซ้ำดำเนินการได้ครอบคลุมร้อยละ 100 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและกลุ่มเสี่ยงสูงจะได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถามให้คำแนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนและการสังเกตอาการเตือน ส่งผลทำให้จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงลดลงร้อยละ 58.82 ในจำนวนนี้พบผู้ที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ใน 6 เดือนร้อยละ 100 และผู้ที่ดื่มสุราสามารถเลิกสุราได้ใน 6 เดือนร้อยละ 60 และมีผู้สงสัยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการช่วยเหลือผ่าน application รักษากุญแจลว จำนวน 3 ราย ส่งผลให้เกิดภาคีเครือข่าย

บ้าน วัด โรงเรียน มีการระดมทุนร่วมพัฒนาและเป็นศูนย์รวมของชุมชนในการทำกิจกรรมร่วมกัน และจากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่สถานีสุขภาพพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 94.36

จากการประเมินผลหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าเจ้าหน้าที่ รพช. รพ.สต. แกนนำ และ อสม. มีคะแนนทักษะในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน

ดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการประเมินกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย ของเจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. พบว่าหลังดำเนินการมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เช่นเดียวกับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย พบว่าหลังดำเนินการกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะ กิจกรรมการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการในพื้นที่ตำบลกุดยาลวน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปร	จำนวน (คน)	คะแนน เต็ม	ค่าเฉลี่ย (X)		D	S.D	p-value
			ก่อน	หลัง			
1. ทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มผู้ป่วยของ จนท.รพช./ รพ.สต.	32	20	17.28	19.31	2.03	1.15	<0.05
2. ทักษะการดูแลของแกนนำ/อสม.	55	20	11.49	18.83	7.34	1.13	<0.05
3. กิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วยของ จนท.รพช./รพ.สต.	32	20	15.56	19.25	3.69	2.83	<0.05
4. พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ ผู้ป่วย	40	10	3.77	8.70	4.92	1.40	<0.05

สรุป

รูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนารูปแบบ 4 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น และฝ่ายประชาชน 2) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน 3) การสร้างระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 4) การจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน และ 5) การจัดระบบการเยี่ยมติดตาม

ประเมินผลแบบเสริมพลัง ทำให้ผู้ให้บริการมีทักษะด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่วนประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเพิ่มมากขึ้น กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านและดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มเสี่ยงสูงลดลงร้อยละ 58.82 ในจำนวนนี้สามารถเลิกบุหรี่ได้ใน 6 เดือนร้อยละ 100 และเลิกสูราได้ใน 6 เดือนร้อยละ 60 และมีผู้สงสัยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการช่วยเหลือผ่าน application รักษากุดยาลวน

3 คน ทำให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จากการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาคีเครือข่ายวัดบ้านโรงเรียน และมีการระดมทุนร่วมพัฒนาสถานีสุขาพชุมชน เพื่อเป็นศูนย์รวมในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันของชุมชน

อภิปรายผล

ข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย ผลสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดอุบลราชธานี เกิดขึ้นเนื่องจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ 4 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายวิชาการ บุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น และฝ่ายประชาชน รวมถึงจิตอาสาต่างๆ และกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพ ที่เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา การจัดทำแผนแก้ไขปัญหา การกำหนดเป้าหมาย มีการดำเนินงานร่วมกัน และร่วมประเมินผล โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในแต่ละภาคส่วน รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม⁽¹³⁾ ทำให้หน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่น เช่น รพ.สต. เกิดเครือข่ายในการทำงาน มีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาแนะนำทั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิสาขาโรคหัวใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งยังมีการเชื่อมต่อกับหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น อปท. ส่งผลให้มีระบบบริการฉุกเฉิน 1669 ส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่อย่างรวดเร็ว ลดโอกาสการเสียชีวิต ส่วนอาสาสมัครและแกนนำในชุมชน มีทักษะ ประสบการณ์จากการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจริง (On the job training & do the real thing) ทำให้มี อสม. ที่ได้รับรางวัลดีเด่นสาขาโรคไม่ติดต่อ ในระดับเขตสุขภาพที่ 10 และเป็นวิทยากรต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริงสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของ Edgar dale ที่เน้นการลงมือทำจริงก่อให้เกิดความรู้มากกว่าร้อยละ 90⁽¹⁴⁾ และกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย รู้จักการประเมินคัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเอง และรู้สถานะสุขภาพ (Know your

risk, Know your number, know you Status) ส่งผลให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับผลการศึกษาคัดกรองและห้วงส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งบุคลากรต้องมีความรู้ความสามารถในการจัดการและดูแลผู้ป่วยได้ทันเวลา⁽¹⁰⁾

กลุ่มประชาชนทั่วไปอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วย DM/HT ได้รับบริการคัดกรองความเสี่ยง CVD Risk ได้ร้อยละ 88.46 จากเดิมที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการคัดกรองจากการดำเนินงานดังกล่าว ส่งผลให้ชุมชนเกิดความตระหนัก รับรู้ และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงเกิดสถานีสุขาพทำให้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชนมารับบริการคัดกรองเบื้องต้น ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยสาธารณสุขอื่น นอกจากนี้ยังเกิดเครือข่ายจิตอาสาหมุนเวียนมาให้บริการ และเกิดการใช้ประโยชน์ในสถานีสุขาพ เช่น ให้บริการตรวจสุขภาพนักเรียน เป็นสถานที่ออกกำลังกาย และเป็นศูนย์รวมการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันของชุมชน จึงเกิดการระดมทุนทำผ้าป่า รวมทั้งผู้มีจิตศรัทธาบริจาคทั้งในรูปของงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ เพื่อพัฒนาสถานีสุขาพประมาณ 400,000 บาท

ความยั่งยืนของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เกิดจากการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนัก รับรู้ว่าเป็นประเด็นปัญหาร่วมกันของครอบครัวและชุมชน ประกอบกับมีการสร้างระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีแกนนำหรือเครือข่ายที่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ และมีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดการดำเนินกิจกรรมในสถานีสุขาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน และชุมชนเห็นว่าเป็นประโยชน์ และสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ไร้รอยต่อ และมีการเชื่อมต่อถึงระบบ 3 หมอ และระบบฉุกเฉินของเครือข่ายชุมชนถึงเครือข่ายระดับจังหวัด นอกจากนี้ยังมีเวทีถอดบทเรียน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปบรรจุในแผนการทำงานของตนเอง และกำหนดมาตรการของชุมชน โดยชุมชนเป็นเจ้าของและมีศักยภาพในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง มีการบูรณาการการดำเนินงานเข้ากับ

วิถีชีวิตของชุมชน และมีมาตรการที่สร้างโดยชุมชนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสู่ความยั่งยืนเกิดจากการพัฒนาและผสมผสานอย่างมีดุลยภาพทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีความเชื่อมโยงกันและเกื้อกูลกัน เพื่อชุมชนมีความเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน และร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน⁽¹⁵⁾ ซึ่งแต่ละระบบต้องมีความสัมพันธ์ทับซ้อนกัน และสามารถพัฒนาไปสู่เป้าหมายของตนเองได้⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนและชุมชนควรสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค สาเหตุ และสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยสื่อที่มีเนื้อหา ภาพ และเสียงที่ชัดเจน น่าสนใจ และมีการดำเนินการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเข้ารับบริการทันเวลา สามารถจัดการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ ควรสนับสนุนสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนทั้งด้านความรู้ ทักษะ งบประมาณ และอุปกรณ์ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ควรมีการคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มประชาชนวัยทำงานอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วย DM/HT เพื่อให้รู้ตัวเลขา รู้ความเสี่ยง รู้สถานะ นำไปสู่การสื่อสารและจัดการความเสี่ยง รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มวัย
4. ควรส่งเสริมให้เกิดสถานีสภาพในชุมชนเพื่อทำให้เกิดการเชื่อมระหว่างชุมชน (community based) และโรงพยาบาล (hospital based) ภายใต้ระบบบริการปฐมภูมิ (3 หมอ) และนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ และแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงาน สถานการณ์ NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ; 2557.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ. แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือด (A practical guide for health behavioral modification to reduce multiple risk factors on cardiovascular disease). นครปฐม: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553.
3. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักควบคุมโรค ไม่ติดต่อ. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อดระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: อิมชั่นอาร์ต; 2560.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัด อุบลราชธานี. รายงานสรุปผลการตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2562. สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี; 2562.
5. HDC กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส 3, 4 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้ จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d-4b1ec16a599d882b&id=cb65de9ec5fa4e5987b43da669b2280d.
6. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่ เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2562.

7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานสรุปผลการนิเทศติดตามการดำเนินงาน NCDs ปี 2562. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี; 2562.
8. พืพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, ชนิษฐา นันทบุตร, บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ศึกษากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วมในตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(2): 29-40.
9. ปรีชา เปรมปรี, จิรภัทร กัลป์ยานพจน์พร, สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, เพชรรอดอารีย์, อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. โครงการการทบทวนระบบข้อมูลโรคหัวใจ หลอดเลือดและเบาหวาน. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
10. Millin MG, Gullett T, Daya MR. EMS management of acute stroke out of hospital treatment and stroke system development (resource document to NAEMSP position statement). Prehosp Emerg Care 2007; 11(3): 318-25.
11. ชนัญญ์วีร์ ฐิตวัฒนานนท์. ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ กรณีศึกษาชุมชนหนองไผ่ล้อม อำเภอมือเมือง จังหวัดนครราชสีมา. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2553; 34(2): 99-104.
12. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Australia Deakin University; 1988.
13. เจมส์ แอล เครย์ตัน. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน. ขอนแก่น: ศิริภณท์ออฟเซ็ท; 2551.
14. Dale, E. *Audiovisual methods in teaching* (3rd ed.). New York: Dryden Press; 1969.
15. Monday JL. Creating a sustainable community after disaster. The Natural Hazards Informer 2002; 3: 3.
16. Barbier EB, The Concept of sustainable economic development. JSTOR 1987; 14(2): 101-10.

ผลการพัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวัง ชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2563 – 2565

Results of The Development of Geographic Mapping Program for The Surveillance of Mosquito Vector Species Health Region 8 in the year 2020 - 2022

วิรัชพัชร ดิษฐาพันธ์ ส.ม. (บริหารสาธารณสุข)

ฝนทิพย์ บุตรระมี ส.ม. (ชีวสถิติ)

มุกดา ราโช วท.บ. (เกษตรศาสตร์)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

Wiranpach Disthapant M.P.H. (Public Health Administration)

Fonthip Buttramee M.P.H. (Biostatistics)

Mookda Lacho B.Sc. (Agriculture)

Office of Disease Prevention and Control, Region 8 Udon Thani

Received: August 7, 2023

Revised: August 10, 2023

Accepted: August 22, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 (2) เพื่อทดลองใช้โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค และ (3) เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ใช้ประโยชน์ระบบจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ที่ 8.1 จังหวัดอุดรธานี ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 8.2 จังหวัดเลย ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ที่ 8.3 จังหวัดสกลนคร และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี รวมทั้งสิ้นจำนวน 19 คน ดำเนินการ ระหว่างปีพ.ศ. 2563 – 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ โปรแกรม GIS ประเด็นการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของนวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูล เชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) สภาพปัญหาในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อ นำโดยแมลง คือระบบข้อมูลการศึกษาทางกีฏวิทยาของยุงพาหะนำโรค นำไปสู่การออกแบบและพัฒนาระบบ ประเมิน ความเสี่ยงของชนิดยุงพาหะ โดยแผนที่ทางภูมิศาสตร์ (GIS) 2) ต้นแบบนวัตกรรมโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2563 – 2565 โดยมีผลลัพธ์ในการจัดทำ 2 ส่วน ได้แก่ แบบฟอร์มนำเข้าข้อมูล และส่วนแสดงผลข้อมูล 3) แนวโน้มชนิดของยุงพาหะนำโรคที่พบมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 คือ ยุงก้นปล่อง 4) ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์การประเมิน ความเสี่ยงของชนิดยุงพาหะโดยใช้แผนที่ทางภูมิศาสตร์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.17$)

ผลจากการพัฒนาการประเมินความเสี่ยงของชนิดยุงพาหะโดยแผนที่ทางภูมิศาสตร์ (GIS) สามารถใช้ประเมิน ความเสี่ยงของชนิดยุงพาหะในพื้นที่ได้รวดเร็วขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลโปรแกรมควรถ่ายทอดและจัดทำคู่มือการใช้ระบบต่อไป คำสำคัญ: โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ GIS ยุงพาหะนำโรค

Abstract

This study was a research and development. The objectives are to (1) Develop a geographic mapping program for the surveillance of mosquito vector species in the area of the 8th Health Region (2) To try out the program (3) Evaluate performance and effectiveness of such program. Target population is the user who takes advantage of the system from The Center for Vector-Borne Disease Control in the study area and from The Office of Disease Prevention and Control Region 8 Udon Thani, total 19 persons. Implemented between 2020 – 2022. Data collection tools include GIS programs, focus group issues, and the performance evaluation form effectiveness of innovation. The data were analyzed by descriptive statistics and qualitative statistics content analysis. Results: 1) Problems in the implementation of surveillance prevention and control of communicable by mosquitoes borne diseases. Mosquitoes vector entomological studies information systems. Leads to the design and development of risk assessments of mosquito vector species by geographical map (GIS) 2) An innovative model for the surveillance of mosquito vector species in the area of the 8th Health Region have 2 parts: data import form and dashboard display 3) The trend of increasing mosquito vector species in 2020 – 2022 is Anopheles species and 4) Overall satisfaction with the system at a high level ($\bar{X} = 3.17$).

The results of this development can quickly assess the risk of mosquito vectors used in the area, should continue to convey and prepare a manual for using the system.

Keywords: Geographical map, GIS, Mosquito vector species

บทนำ

ปัจจุบันแรงขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม (Driving Force) ส่งผลให้การดำเนินงานภาครัฐของประเทศไทยมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัวเพื่อรองรับยุคของการเปลี่ยนผ่านทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Disruption) ที่เข้ามามีบทบาทและทดแทนการทำงานของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้บริโภคและการรับบริการของประชาชนมีแนวโน้มเปลี่ยนไป รวมทั้งการดำเนินการต่าง ๆ ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มมากขึ้น ทำให้หน่วยงานภาครัฐมีความจำเป็นต้องนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาปรับใช้เพื่อให้การทำงานสะดวกคล่องตัวมากขึ้น⁽¹⁾ ประเทศไทยได้เน้นความสำคัญของการนำเทคโนโลยีภูมิสารสนเทศ (Geographic Information System: GIS) ไปประยุกต์ใช้ในด้านต่าง ๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาประเทศ มีการประยุกต์ใช้ในเรื่องการติดตามผลกระทบที่เกิดจากภัยพิบัติ เช่น ใช้ข้อมูลจากดาวเทียมติดตาม

พื้นที่ที่เกิดไฟป่า น้ำท่วม ภัยแล้ง และแผ่นดินถล่ม เป็นต้น การจัดการด้านผังเมืองและชุมชนได้มีการนำข้อมูลจากดาวเทียมความละเอียดสูงมาใช้เพื่อศึกษาพื้นที่ในระดับเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อศึกษาแนวโน้มการขยายตัวของชุมชนเมือง แผนที่ ภาษี การจัดการสาธารณสุขโรค ด้านระบาดวิทยาใช้เทคโนโลยีภูมิสารสนเทศศึกษาการกระจายตัว ความหนาแน่น และแนวโน้มการแพร่กระจายของโรค เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาพื้นที่เสี่ยงที่จะเกิดโรคเพื่อเตรียมมาตรการป้องกันการเกิดโรคระบาดต่อไป เช่น พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดไข้หวัดนก ไข้เลือดออก และมาลาเรีย เป็นต้น ทำให้ข้อมูลที่ปรับทันต่อเหตุการณ์เพื่อตอบสนองการให้บริการประชาชนโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง การบริหารงานแบบบูรณาการ การปรับปรุงขนาดของภาครัฐให้เล็กลงเหมาะสมกับภารกิจ รวมถึงการพัฒนาภาครัฐให้มีความทันสมัย มีบุคลากรเป็นคนดี และมีความสามารถเพื่อมุ่งสู่ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และการเข้าถึง

การให้บริการของภาครัฐ⁽²⁾

การจัดทำข้อมูลที่รวดเร็วและทันเวลาจำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศมีความสำคัญในการพัฒนาการดำเนินงานขององค์กร ส่งผลให้องค์กรสามารถนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนและการตัดสินใจดำเนินการ⁽³⁾ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี (สคร.8 อุดรธานี) เป็นหน่วยงานส่วนกลางที่ตั้งอยู่ภูมิภาค มีศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (ศตม.) จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 8.1 จังหวัดอุดรธานี (ศตม. 8.1 อุดรธานี) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 8.2 จังหวัดเลย (ศตม. 8.2 เลย) และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 8.3 จังหวัดสกลนคร (ศตม. 8.3 สกลนคร) มีภารกิจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออกที่เป็นปัญหาในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลสภาพปัญหาของการดำเนินงานของทีมกีฏวิทยาของ ศตม. 3 แห่ง สังกัด สคร.8 อุดรธานี ในปีงบประมาณพ.ศ.2562 พบสภาพปัญหาการจัดเก็บข้อมูลไม่เป็นระบบ กล่าวคือ มีข้อมูลจำนวนมากและทำการเก็บรวบรวมด้วยกระดาษไว้ในแฟ้มรายงานข้อมูลต่าง ๆ อาทิเช่น การประเมินความเสี่ยงของชนิดยุงพาหะกระจายตาม ศตม. ทั้ง 3 แห่ง ขาดการรวมข้อมูลภาพเขตสุขภาพ ประกอบกับไม่มีผู้รับผิดชอบหลักรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับการศึกษาที่ภูมิต่างกล่าว ส่งผลให้การวิเคราะห์ภาพรวมของเขตล่าช้าและไม่เป็นปัจจุบัน ตลอดจนแบบเก็บข้อมูลการประเมินความเสี่ยงของชนิดยุงพาหะต้องมีความรู้ด้านกีฏวิทยา ทำให้การเผยแพร่ข้อมูลให้หน่วยงานอื่น ๆ นำไปใช้ประโยชน์ได้ช้าและน้อย เนื่องจากข้อมูลจัดเก็บในรูปแบบที่เข้าถึงยาก ซับซ้อนไม่น่าสนใจ⁽⁴⁾ และการดำเนินงานของศตม. ไม่สอดคล้องกับระบบราชการ 4.0 ที่เน้นการสร้างนวัตกรรม (Innovation) และการปรับเข้าสู่ความเป็นดิจิทัล (Digitalization)⁽⁵⁾

จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2563 – 2565 คาดว่าผลการพัฒนา จะทำให้ได้โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ ในการเฝ้าระวังยุงพาหะแต่ละชนิดในเชิงพื้นที่ ส่งผลให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงได้ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรการควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุง และการปรับเข้าสู่ความเป็นองค์กรดิจิทัล (Digitalization) ของ ศตม. ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2563 – 2565
2. เพื่อทดลองใช้โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2563 – 2565
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) พัฒนาข้อมูลการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค โดยใช้โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ แบ่งระยะศึกษา 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ โดยดำเนินการปี พ.ศ. 2563 มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์สภาพปัญหา (Research: R1) และพัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ (Development: D1)

ระยะที่ 2 ทดลองใช้โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ (Research: R2) สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2565 จำแนกประเภทชนิดยุงพาหะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

ระยะที่ 3 ประเมินโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ (Development: D2) ดำเนินการปี พ.ศ. 2565 โดยทำประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ใช้ประโยชน์ระบบจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 8.1 จังหวัดอุดรธานี ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 8.2 จังหวัดเลย ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 8.3 จังหวัดสกลนคร และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี รวมทั้งสิ้นจำนวน 19 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับยุงพาหะ และ 2) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ มี 4 เครื่องมือ ได้แก่

1. โปรแกรม GIS ใช้ในการจัดการข้อมูลเชิงตาราง เพื่อนำเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์ ประกอบด้วย ตำแหน่งที่พบยุงพาหะแต่ละชนิด เวลา อุณหภูมิ ความชื้น และปริมาณยุงพาหะที่พบ
2. ประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่ 1) สาเหตุและสภาพปัญหา ประกอบด้วย บุคลากร อาคารสถานที่ การจัดเก็บรวบรวมรายงาน และเทคโนโลยี และ 2) สรุปปัญหา
3. แบบรายงานข้อมูลการศึกษาทางกีฏวิทยา ยุงพาหะ หรือข้อมูลจากรายงาน (กว. 3)
4. แบบประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของนวัตกรรมต้นแบบ จากรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรอง

การปฏิบัติราชการหน่วยงาน กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มี 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ข้อมูลการใช้ประโยชน์ของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด และ 3) ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อระบบเป็นข้อคำถามแบบปลายปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ อธิบายข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยแยกแยะ และจัดหมู่ประเด็นเนื้อหา

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

1.1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาสำหรับการจัดการข้อมูลยุงพาหะนำโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุง โดยการสนทนากลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 9 คน ผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นสภาพปัญหาของการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุง คือระบบข้อมูลการศึกษาทางกีฏวิทยายุงพาหะนำโรค ดังตารางที่ 1

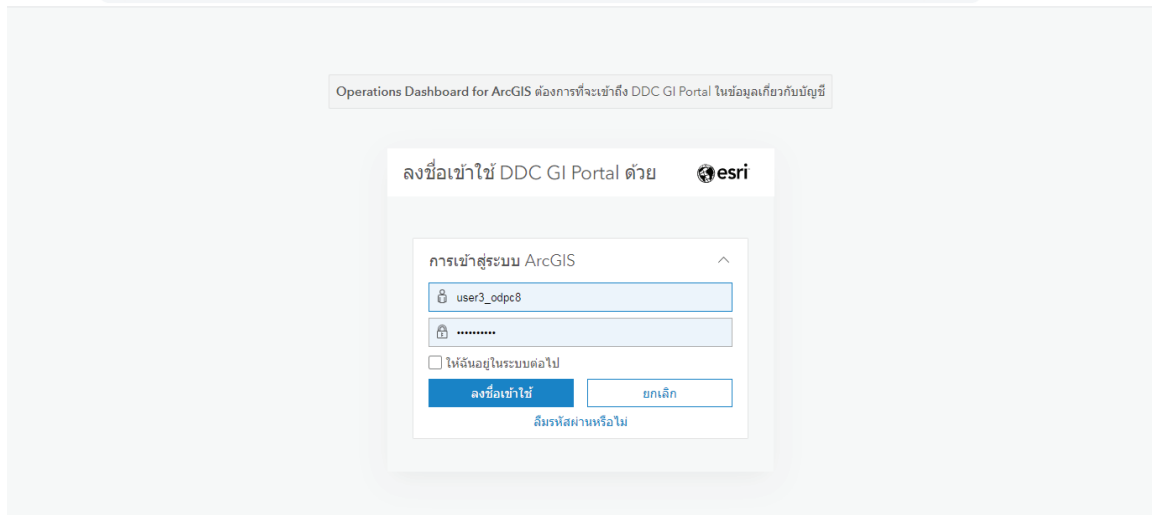
ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาสำหรับการจัดการข้อมูลยุงพาหะนำโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

สาเหตุและสภาพปัญหา	สรุปประเด็นปัญหา
1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและพื้นที่จำกัดในการจัดเก็บ รวบรวมเอกสารการศึกษาทางกีฏวิทยาจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงในเขตรับผิดชอบ 1.1 เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เช่น นักกีฏวิทยาที่รวบรวมข้อมูลมีจำนวน 1 คน 1.2 อาคารสถานที่จำกัดเนื่องจากกำลังพัฒนาสร้างอาคารสำนักงาน ไม่มีพื้นที่เก็บเอกสาร 1.3 การรวบรวมเอกสาร รายงานการศึกษาทางกีฏวิทยาจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง บางแห่งเป็นรูปแบบกระดาษเขียนด้วยมือ ไม่เป็นไฟล์เอกสาร 1.4 ระบบการจัดเก็บรวบรวมยังไม่มีรูปแบบที่สามารถใช้งานร่วมกันได้ทั้งเขต 2. ขาดการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาสำรวจยุงพาหะนำโรคในพื้นที่มีจำนวนมาก หลากหลาย วัตถุประสงค์ในการศึกษาต่างกันทำให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน 2.1 ข้อมูลจำนวนมาก 2.2 ข้อมูลเข้าถึง และเข้าใจยาก 2.3 การตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลยาก 2.4 รูปแบบเผยแพร่เข้าใจยาก ไม่น่าสนใจ 3. เจ้าหน้าที่ที่ศึกษาทางกีฏวิทยาส่งมาอายุมาก การใช้เทคโนโลยีในการรายงานที่ซับซ้อน เป็นปัญหามาก 4. ระบบโปรแกรมสนับสนุนการดำเนินงาน 4.1 รายงานการศึกษาเป็นเอกสาร บันทึกในแบบฟอร์มรูปแบบกระดาษ เข้าใจยาก 4.2 เจ้าหน้าที่เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลยุงพาหะนำโรคในพื้นที่ใช้เวลานานมาก ในการปฏิบัติงานแต่ละครั้ง	ระบบข้อมูล การศึกษาทางกีฏวิทยา ยุงพาหะนำโรค

1.2 ผลการพัฒนาทดลองใช้โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

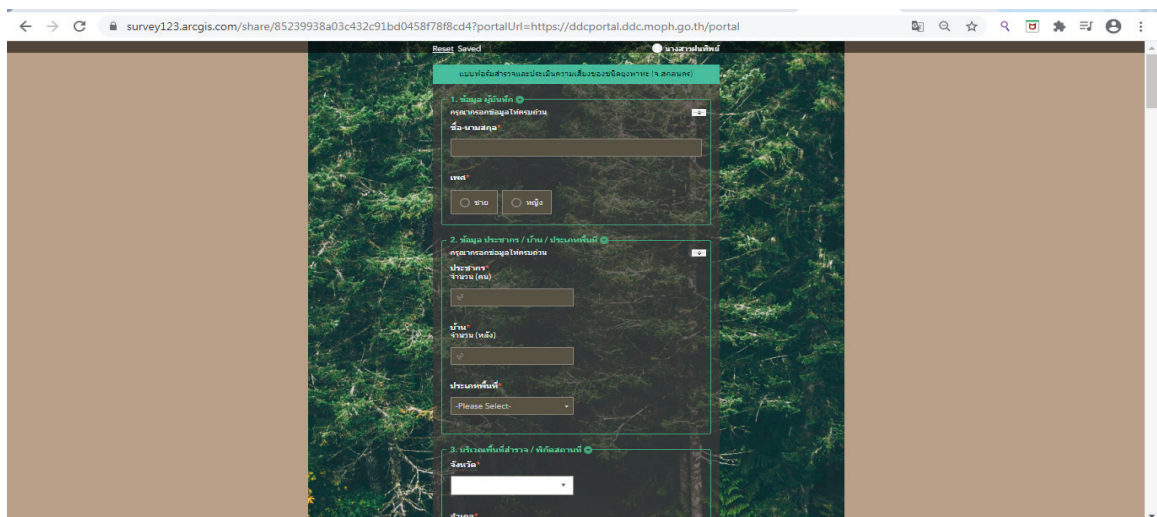
จากผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา นำไปสู่การออกแบบพัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ โดยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านแผนที่ทางภูมิศาสตร์ เพื่อจัดทำต้นแบบนวัตกรรมออกแบบโปรแกรม ประกอบด้วย ตัวแปรชนิด จำนวนยุงพาหะเวลา อุณหภูมิ สถานที่ และแหล่งที่พบยุงพาหะ โดยโปรแกรมมีส่วนประกอบ 2 ส่วน ดังนี้

1.2.1 แบบฟอร์มนำเข้าข้อมูล สำหรับนักกีฏวิทยาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ใช้งานลงทะเบียน เพื่อยืนยันตัวตนเข้าไปนำเข้าข้อมูลแล้วสามารถแก้ไข ลดหรือเพิ่มข้อมูลได้โดยตรงผ่าน <https://survey123.arcgis.com/share/85239938a03c432c91bd0458f78f8cd4?portalUrl=https://ddc.moph.go.th/portal> ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 หน้าการลงทะเบียนเข้าใช้งานระบบเพื่อนำเข้าข้อมูล แก้ไขข้อมูล

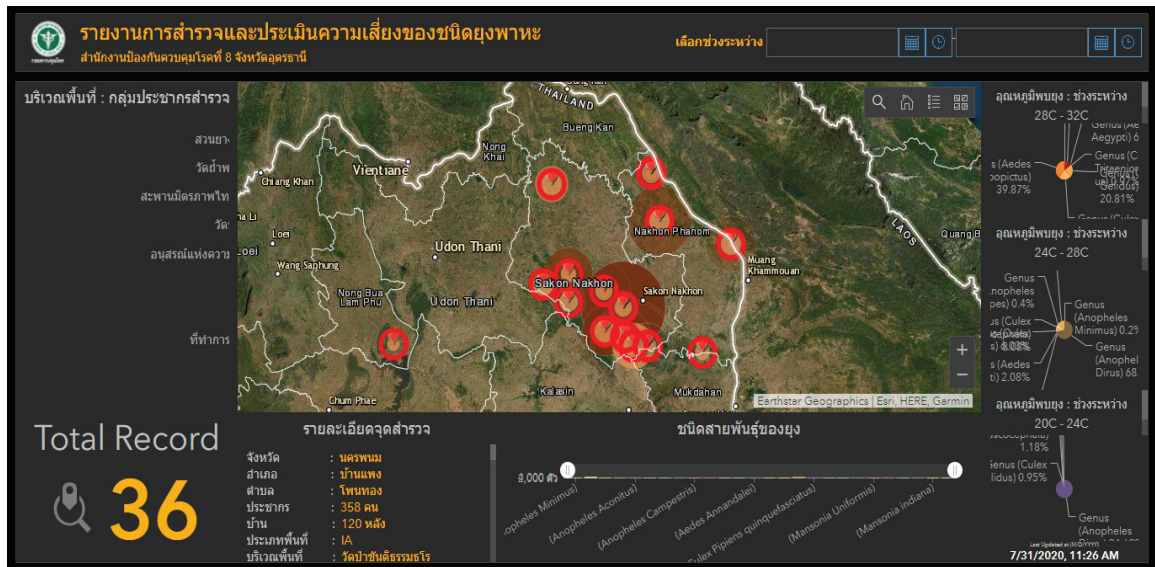
และบันทึกรายละเอียดข้อมูลการศึกษาทางกีฏวิทยาฯ พะ หรือข้อมูลจากรายงาน กว. 3 ผ่านแบบฟอร์มในระบบที่สร้างขึ้นได้ทันที ดังภาพที่ 2



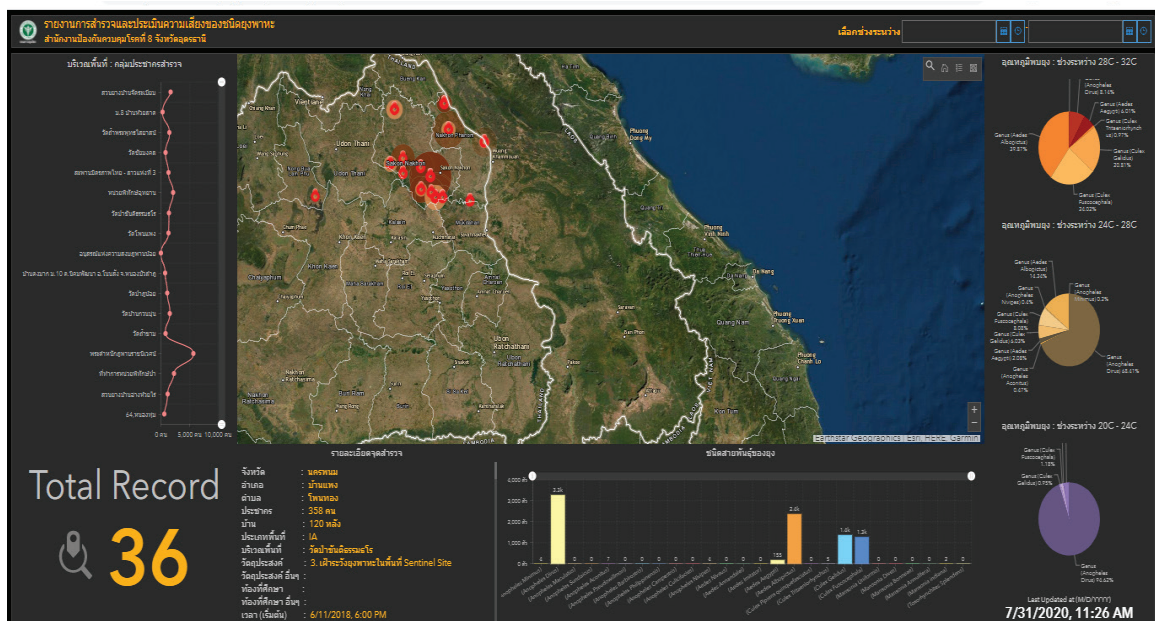
ภาพที่ 2 หน้านำเข้าข้อมูลการศึกษาทางกีฏวิทยาฯ พะ หรือข้อมูลจากรายงาน กว.3

1.2.2 ส่วนแสดงผลข้อมูล (dash board) รายงานการสำรวจและประเมินความเสี่ยงของชนิดของ พะ ในรูปของฐานข้อมูลออนไลน์บนหน้าเว็บไซต์ซึ่งแสดงผลในรูปแบบของแผนที่สนองกลับ (Interactive Web-mapping) แสดงพิกัดแหล่งที่ศึกษาฯ พะ โดยเชื่อมโยงกับข้อมูลที่นำเข้าจากส่วนแรกจากรายละเอียดของข้อมูลทั้งจังหวัดนครพนมและสกลนคร ได้แสดงใน

รูปแบบที่สามารถดูได้ด้วยตา (Visualization) เลือกตัวแปรต่าง ๆ เช่น ชนิด จำนวน พะ เวลา อุณหภูมิ สถานที่ แหล่งที่พบ พะ ได้ตามต้องการ แสดงควบคู่ไปกับแผนที่ ขยายดูข้อมูลเฉพาะพื้นที่ได้จากแผนที่โดยตรง ดังภาพที่ 3-4 ผ่านเว็บลิงค์ :<https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opstdashboard/index.html#/320272ecefee43ff9514876834540f6a>



ภาพที่ 3 รายงานการสำรวจและประเมินความเสี่ยงของชนิดยุงพาหะ (ขยาย)



ภาพที่ 4 รายงานการสำรวจและประเมินความเสี่ยงของชนิดยุงพาหะ

หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูลเสร็จ ได้นำเข้าข้อมูลจริงที่จัดเก็บจากรายงานการศึกษาทางกีฏวิทยาของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงที่ 8. 3 จังหวัดสกลนคร จำนวน 16 รายงาน ศึกษา

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – พ.ศ. 2563 โดยทดสอบต้นแบบนวัตกรรมการประเมินความเสี่ยงพบบุงพาหะ ได้แก่ ยุงก้นปล่อง ยุงรำคาญ ยุงลาย และยุงเสือ จำแนกตามพื้นที่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลข้อมูลจากการศึกษาทางกีฏวิทยาของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 8.3 จังหวัดสกลนคร
ปี พ.ศ.2563

สถานที่/ วัตถุประสงค์	อุณหภูมิ (C)	ความชื้น (%)	ชนิดของยุงพาหะ			
			ยุงก้นปล่อง (ตัว)	ยุงรำคาญ (ตัว)	ยุงลาย (ตัว)	ยุงเสือ (ตัว)
1. อ.บ้านแพง จ.นครพนม / สวนยางพารา	27.6 – 28.3	99	<i>An.dirus</i> (43)	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (97)	<i>Ae.albopictus</i> (117)	ไม่พบ
2. อ.เต่างอย จ.สกลนคร / สอสวนแหล่ง	24.3 – 25.9	99	<i>An.nivipes</i> (4) <i>An.minimus</i> (2)	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (108)	<i>Ae.albopictus</i> (57)	ไม่พบ
3. เมืองสกลนคร/ เขตแปรรพระราชฐาน	25.6 – 27.9	83 – 94	<i>An.dirus</i> (2)	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (121)	<i>Ae.albopictus</i> , <i>aegypti</i> (114)	ไม่พบ
4. อ.เต่างอย จ.สกลนคร / ทดสอบสารเคมี	22.4 – 26.5	76 – 92	<i>An.diru</i> (1,565)	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (28)	<i>Ae.albopictus</i> (38)	ไม่พบ
5. อ.นิคมน้ำอุ่น จ.สกลนคร / ปรับลดพื้นที่	25.6 – 26.5	72 – 77	<i>An.aconitus</i> (7)	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (114)	<i>Ae.albopictus</i> , <i>aegypti</i> (136)	ไม่พบ
6. เมืองนครพนม/ ชายแดน	29.5 – 30.3	64 – 67	ไม่พบ	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (105)	<i>Ae.albopictus</i> (203)	ไม่พบ
7. อ.วาริชภูมิ จ.สกลนคร/ สอสวนแหล่ง	30.3 – 30.6	58 – 61	ไม่พบ	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (37)	<i>Ae.albopictus</i> , <i>aegypti</i> (119)	ไม่พบ
8. อ.วาริชภูมิ จ.สกลนคร/ แหล่งท่องเที่ยว	31.2 – 31.6	40 – 41	ไม่พบ	<i>Cx.gelidus</i> (252)	<i>Ae.albopictus</i> (258)	ไม่พบ
9. อ.ภูพาน จ.สกลนคร / ปรับลดพื้นที่	31 – 32.8	26 – 54	<i>An.splendidus</i> (54)	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (185)	<i>Ae.albopictus</i> , <i>aegypti</i> (79)	ไม่พบ
10. อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร/ แหล่งท่องเที่ยว	32.8 – 32.9	10 – 33	<i>An.dirus</i> (4)	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (95)	<i>Ae.albopictus</i> (85)	ไม่พบ
11. อ.ภูพาน จ.สกลนคร / ปรับลดพื้นที่	28.3 – 33.1	42 – 65	ไม่พบ	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (265)	<i>Ae.albopictus</i> , <i>aegypti</i> (173)	ไม่พบ

ตารางที่ 2 สรุปผลข้อมูลจากการศึกษาทางกีฏวิทยาของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 8.3 จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ.2563 (ต่อ)

สถานที่/ วัตถุประสงค์	อุณหภูมิ (C)	ความชื้น (%)	ชนิดของยุงพาหะ			
			ยุงก้นปล่อง (ตัว)	ยุงรำคาญ (ตัว)	ยุงลาย (ตัว)	ยุงเสือ (ตัว)
12. อ.เต่างอย จ.สกลนคร/ ทดสอบสารเคมี	26.5 – 26.9	69 – 70	<i>An.dirus</i> (1,612)	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (290)	<i>Ae.albopictus</i> (328)	ไม่พบ
13. เมืองสกลนคร/ เขตแปรรพระราชฐาน	25.6 – 27.9	83 – 94	<i>An.minimus</i> (1)	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (117)	<i>Ae.albopictus</i> (76)	ไม่พบ
14. อ.นาแก จ.นครพนม / แหล่งท่องเที่ยว	19.8 – 23	55 – 63	ไม่พบ	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (43)	<i>Ae.albopictus</i> (73)	<i>Mn.</i> <i>indiana</i> (2)
15. อ.ศรีสงคราม จ.นครพนม / สวนยางพารา	26.5 – 29	81 – 94	ไม่พบ	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (271)	<i>Ae.albopictus</i> (397)	ไม่พบ
16. อ.บ้านม่วง จ.สกลนคร / สวนยางพารา	31 – 33	72 – 75	ไม่พบ	<i>Cx.fuscocephala</i> , <i>gelidus</i> (439)	<i>Ae.albopictus</i> (336)	ไม่พบ

2.2 ผลการทดลองใช้โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2563 – 2565

ผลจากการพัฒนาใช้โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 โดยใช้โปรแกรม

แผนที่ทางภูมิศาสตร์จำแนกรายปี พบว่าแนวโน้มของยุงพาหะนำโรคที่เพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2563 คือ ยุงก้นปล่องในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ในปีพ.ศ.2564 คือ ยุงก้นปล่องในพื้นที่จังหวัดสกลนครและจังหวัดบึงกาฬ และในปี พ.ศ. 2565 คือ ยุงก้นปล่องในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปผลข้อมูล/ผลการทดลองใช้โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2563 – 2565

จังหวัด	ปี พ.ศ.2563 (ตัว)				ปี พ.ศ.2564 (ตัว)				ปี พ.ศ.2565 (ตัว)			
	ยุง ก้นปล่อง	ยุง รำคาญ	ยุง ลาย	ยุง เสือ	ยุง ก้นปล่อง	ยุง รำคาญ	ยุง ลาย	ยุง เสือ	ยุง ก้นปล่อง	ยุง รำคาญ	ยุง ลาย	ยุง เสือ
อุดรธานี	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
หนองคาย	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	798	97	32
บึงกาฬ	NA	NA	NA	NA	5	98	149	0	NA	NA	NA	NA
เลย	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
หนองบัวลำภู	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
สกลนคร	1,612	729	664	0	1,850	112	76	0	1,620	50	140	0
นครพนม	0	271	397	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

หมายเหตุ: NA คือ ไม่มีข้อมูล update ในโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ ประกอบกับสถานการณ์โควิด-19

2.3 ผลประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล
โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิด
ยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

ผลการวิเคราะห์การประเมินประสิทธิภาพ
ประสิทธิผลโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการ
เฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 คน ผลการศึกษาพบว่า

2.3.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.4 ค่ามัธยฐานอายุ
35.5 ปี (ต่ำสุด 26 ปี สูงสุด 56 ปี) อยู่ในช่วง 26-35 ปี
ร้อยละ 47.4 เป็นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข
ร้อยละ 47.5 ทำงานที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดย
แมลง ร้อยละ 89.5 และมีอายุการทำงานมากกว่า 5 ปี
ร้อยละ 63.2 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n =19 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	31.6
หญิง	13	68.4
อายุ		
26 – 35 ปี	9	47.4
36 – 45 ปี	6	36.1
46 – 55 ปี	2	10.5
มากกว่า 55 ปี	2	10.5
ค่ามัธยฐาน 35.5 ต่ำสุด = 26 ปี และสูงสุด = 56 ปี		

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n =19 คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งงาน		
นักวิชาการสาธารณสุข	9	47.5
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	2	10.5
นักกัญญาวิทยา	4	21
พนักงานปฏิบัติการทดลองพาหะนำโรค	4	21
หน่วยงานที่สังกัด		
ศตร. 8 อุดรธานี	2	10.5
ศตม. 8.1 อุดรธานี	5	26.3
ศตม. 8.2 เลย	6	31.6
ศตม. 8.3 สกลนคร	6	31.6
ระยะเวลาการทำงาน		
1 – 5 ปี	7	36.8
มากกว่า 5 ปี	12	63.2

2.3.2 ข้อมูลการใช้ประโยชน์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ประโยชน์พบว่า กลุ่มเป้าหมายเคยทราบถึงโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรคพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 89.5 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

นวัตกรรมผ่านการประชุม/อบรม และจากหน่วยงานต้นสังกัดมากที่สุด ส่วนมากการได้รับประโยชน์จากนวัตกรรมนี้เพื่อติดตามข้อมูลข่าวสาร เผยแพร่ สืบค้นและใช้ในการทำงานเป็นข้อมูลในการอ้างอิง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการใช้ประโยชน์

ประเด็นข้อคำถาม	จำนวน (19 คน)	ร้อยละ
การทราบถึงนวัตกรรม		
เคย	17	89.5
ไม่เคย	2	10.5
การได้รับข้อมูลข่าวสารนวัตกรรม		
สืบค้นเอง	2	10.5
เข้าร่วมอบรม/ประชุม	12	63.2
ได้รับต่อจากเพื่อน/คนรู้จัก	0	0
ได้รับจากหน่วยงานต้นสังกัด	11	57.9

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการใช้ประโยชน์ (ต่อ)

ประเด็นข้อคำถาม	จำนวน (19 คน)	ร้อยละ
การได้รับประโยชน์จากนวัตกรรม		
ไม่ได้รับประโยชน์	0	0
ติดตามข้อมูลข่าวสาร	15	78.9
สืบค้นข้อมูล	10	52.6
เผยแพร่	12	63.2
ใช้เป็นแนวทางในการทำงาน	10	52.6
ใช้เป็นตัวอย่งในการผลิตนวัตกรรม	6	31.6
ใช้ข้อมูลในการอ้างอิง	8	42.1
รวม	19	100

3.3 ความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบว่า ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.17$) เมื่อพิจารณารายประเด็น ประเด็นที่

มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถใช้เป็นแนวทางการกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายได้ หรือสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานของหน่วยงานได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.2$) และประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ ลงทุนน้อยแต่ได้ประโยชน์มาก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.9$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจ/การใช้ประโยชน์ของการใช้โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2563 – 2565

ประเด็นความพึงพอใจ/การใช้ประโยชน์	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	แปลผล
1. ความพึงพอใจ		
1.1 ความเป็นปัจจุบัน/ทันสมัย	3.2	มาก
1.2 ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์การใช้งาน	3.1	มาก
1.3 สารประโยชน์ ครบถ้วนตามความต้องการสำหรับการใช้งาน	3.2	มาก
1.4 เข้าใจง่าย	3.2	มาก
1.5 ดำเนินการถูกต้องตามหลักวิชาการ	3.2	มาก
รายด้านความพึงพอใจ	3.18	มาก
2. การใช้ประโยชน์		
2.1 ใช้อย่าง หรือสะดวก หรือขั้นตอนไม่ซับซ้อน	3.2	มาก
2.2 การส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้พัฒนา/ผู้เกี่ยวข้อง ต้องศึกษา ค้นคว้า และแสวงหาความรู้ จนทำให้รู้สึกได้ว่าผลิตภัณฑ์/กระบวนการ/การบริการที่ได้รับ เป็น “นวัตกรรมใหม่”	3.2	มาก

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจ/การใช้ประโยชน์ของการใช้โปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวัง
ชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2563 – 2565 (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจ/การใช้ประโยชน์	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	แปลผล
2.3 การใช้เทคโนโลยีหรือความรู้ใหม่เข้ามาพัฒนาทั้งต้นแบบและผลงานนวัตกรรม ที่ช่วยให้นวัตกรรมมีประสิทธิภาพ	3.2	มาก
2.4 สามารถแก้ไขปัญหา หรือตอบสนองต่อกระบวนการ หรือบริการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ	3.1	มาก
2.5 เกิดประโยชน์ต่อการนำไปใช้ได้จริง	3.2	มาก
2.6 ความสามารถในการบอกต่อ หรือแนะนำให้ผู้อื่นได้รับผลิตภัณฑ์/ กระบวนการ/การบริการ	3.2	มาก
2.7 ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ ลงทุนน้อยแต่ได้ประโยชน์มาก	2.9	มาก
2.8 นวัตกรรมสามารถขยายขอบเขตทั้งเชิงพื้นที่ เชิงพาณิชย์ หรือการใช้ประโยชน์ ในวงกว้างมากขึ้น	3.2	มาก
2.9 สามารถใช้เป็นแนวทางการกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายได้ หรือสามารถ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานของหน่วยงานได้	3.3	มาก
2.10 ท่านคิดว่าจะนำไปใช้ บอกต่อ หรือแนะนำให้ผู้อื่นได้รับผลิตภัณฑ์/ กระบวนการ/การบริการ นี้อีกหรือไม่	3.2	มาก
รายด้านการใช้ประโยชน์	3.17	มาก
ภาพรวม	3.175	มาก

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

1. จากผลการศึกษากระบวนการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาทางภูมิศาสตร์ ได้พิจารณาถึงปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานแบบเดิมที่กระบวนการทำงานผ่านการบริหารและเก็บข้อมูลลงระบบกระดาษ ดำเนินการศึกษาความเป็นไปได้พร้อมทั้งวางแผนพัฒนาและจัดทำเป็นนวัตกรรมด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) โดยผู้ใช้และ/หรือผู้ดูแลระบบยืนยันตัวตนเข้าระบบได้โดยตรงผ่านลิงค์ทางเว็บเบราว์เซอร์ เพื่อบันทึกรายละเอียดข้อมูลการศึกษาทางภูมิศาสตร์ของพาหะ หรือข้อมูลจากรายงาน กว.3 พื้นที่ที่มีการศึกษาสามารถแก้ไข ลบหรือ เพิ่ม นำเข้า ข้อมูลให้ทันสมัยได้ตลอดเวลา แทนการทำงานแบบเดิม หลังจากกรอกข้อมูลสำเร็จโปรแกรมจะแสดงผลข้อมูล (Dash board) รายงานการสำรวจและประเมินความเสี่ยงของชนิดยุงพาหะ

ออนไลน์บนหน้าเว็บไซต์เป็นข้อมูลแบบแผนที่ทางภูมิศาสตร์ (GIS) ตอบสนองกลับผู้ใช้งาน (Interactive Web-Mapping) โดยเชื่อมโยงกับข้อมูลที่นำเข้าจากส่วนแรก สามารถแสดงพิกัดแหล่งที่ศึกษาของพาหะเลือกตัวแปรต่าง ๆ เช่น ชนิด จำนวนยุงพาหะ เวลา อุณหภูมิ สถานที่แหล่งที่พบยุงพาหะได้ตามต้องการเพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยงของชนิดยุงพาหะตามตัวแปรที่เลือกให้แสดงผลได้สะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลา และเข้าใจง่ายมากขึ้น เช่นเดียวกับสืบพงษ์พงษ์สวัสดิ์ และชนันธร ชติยะ⁽⁶⁾ ศึกษาแบบแผนที่ออนไลน์เพื่อรายงานแหล่งเพาะพันธุ์ ลูกน้ำยุงลายกรณีศึกษาตำบลบ้านตาล อำเภอสอด จังหวัดเชียงใหม่ แสดงผลข้อมูลรายละเอียดของจุดสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในลักษณะตารางสถิติพร้อมทั้งแสดงข้อมูลพิกัด

ของจุดสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่กระจายตัวอยู่ในพื้นที่ในลักษณะของแผนที่โดยแสดงผลผ่านเว็บเบราว์เซอร์ที่ไม่ต้องใช้ซอฟต์แวร์ด้านระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องมีความรู้ทางระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์หรือระบบฐานข้อมูลเช่นเดียวกับ ซมมัลท์ซ์ สุวรรณ และรัชฎาภรณ์ ทองแป้น⁽⁷⁾ ศึกษาการจัดทำฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์: กรณีเทศบาลตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จัดทำในรูปของแผนที่เฉพาะเรื่อง (Thematic Map) แบ่งตามชุดข้อมูลทั้งในระบบออนไลน์และออฟไลน์ ฐานข้อมูลดังกล่าวนำเสนอแบบที่สามารถดูได้ด้วยตา (Visualization) เพื่อให้สามารถตีความจากแผนที่เฉพาะเรื่องทดแทนการอ่านข้อมูลสถิติจากตาราง และสามารถปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยได้ตลอดเวลา นอกจากนี้แล้วยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เช่นเดียวกับสัญลักษณ์ บัญญัติธรรม⁽⁸⁾ ศึกษาการพัฒนากระบวนการข้อมูลปัญหาและความต้องการของชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี กรณีศึกษาอำเภอบ้านลาด (บ้านลาดโมเดล) นำระบบฐานข้อมูลมาประยุกต์ใช้กับข้อมูลของชุมชน เช่น ข้อมูลปัญหาและความต้องการของชุมชน ข้อมูลตำแหน่งพิกัดที่อยู่ของชุมชน และข้อมูลพื้นฐานของชุมชน สามารถแสดงผลตำแหน่งของพื้นที่ที่มีปัญหาและความต้องการชุมชน จัดแสดงตำแหน่งหรือพิกัด แยกตามประเภทของความต้องการตามสีของมาร์คเกอร์ สามารถบอกรายละเอียดเบื้องต้นได้ ก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดการเก็บข้อมูลที่ซ้ำซ้อน ข้อมูลมีความถูกต้องอยู่เสมอ และสามารถป้องกันและรักษาความปลอดภัยให้กับข้อมูลได้อย่างสะดวก ซึ่งต้นแบบนี้จะเป็เครื่องมือที่สนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาในการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาและความต้องการของชุมชนได้ ซึ่งการพัฒนาสารสนเทศภูมิศาสตร์กับพาหะนำโรคเป็นที่แพร่หลายในต่างประเทศเช่นกัน ดังการศึกษาของ Evans atoni, Lu Zhao และคณะ⁽⁹⁾ ได้นำแผนที่ภูมิศาสตร์เก็บข้อมูลในการวิเคราะห์การแพร่กระจายและความหนาแน่นของโรคไวรัสที่นำโดยยุงและชนิดของยุงพาหะในประเทศจีนตามพิกัดพื้นที่ในระดับ

มณฑล โดยประเมินตามช่วงเวลาและเขตภูมิอากาศในประเทศจีน

2. การประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 จากการประเมินความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.2 และการใช้ประโยชน์ที่จะสามารถใช้เป็นแนวทางกำหนดข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หรือสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานของหน่วยงานได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของพิสิฐ ตั้งพรประเสริฐ⁽¹⁰⁾ ศึกษาการออกแบบเครื่องหมายบนแผนที่เพื่อใช้กับความหมายบ่งชี้จุดท่องเที่ยวจังหวัดเชียงรายพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก และงานวิจัยของชนะชัย อวนวัง⁽¹¹⁾ การจัดทำระบบคลังพืชสมุนไพรในพื้นที่สวนสมุนไพร 90 พรรษา พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

สามารถสรุปได้ว่า ผลการพัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2563 – 2565 เพื่อพัฒนาให้มีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินความเสี่ยงของยุงพาหะแต่ละชนิดในเชิงพื้นที่ได้รวดเร็วขึ้น ลดขั้นตอน ลดเวลาและค่าใช้จ่ายของภาครัฐ เพื่อเป็นข้อมูลให้หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมีโปรแกรมแสดงผลเข้าถึง เข้าใจง่าย และสามารถประเมินความเสี่ยงของชนิดยุงพาหะใช้ในพื้นที่ นำข้อมูลจากโปรแกรมไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุง และช่วยตัดสินใจพิจารณาเลือกใช้มาตรการควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุงที่เหมาะสมให้พื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการพัฒนาโปรแกรมแผนที่ทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 สามารถนำมาใช้ในการเฝ้าระวัง ควรมีการขยายการใช้ไปยังพื้นที่อื่นๆ โดยสื่อสารจัดทำคู่มือการใช้ในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ดูแลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้งานด้านการศึกษากฎวิทยา

1.2 ควรมีการต่อยอดการศึกษาเชิงระบาดวิทยา โดยเชื่อมโยงข้อมูลการเฝ้าระวังชนิดยุงพาหะนำโรคกับการเกิดโรคติดต่อมาโดยยุงในพื้นที่ เพื่อให้สามารถควบคุมการระบาดของโรคติดต่อที่นำโดยยุงในพื้นที่ได้

1.2 กระบวนการนำเข้าสู่ข้อมูลมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อการแสดงผลและนำผลไปใช้ในการเสนอแนวทาง มาตรการต่างๆ ในภาพรวมได้อย่างทันทั่วทั้ง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาต่อยอดการพัฒนาให้ระบบที่สามารถที่จะเชื่อมโยงข้อมูลทางแผนที่ทางภูมิศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับยุงพาหะนำโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่จากฐานข้อมูลแหล่งอื่นๆ อาทิเช่น โปรแกรมทันรบาด โปรแกรมมาลาเรียออนไลน์ โปรแกรม อสม.ออนไลน์ เป็นต้น เพื่อให้สามารถแสดงผลไว้ในแหล่งเดียวกันได้ครบถ้วน

2.2 ควรเชื่อมข้อมูลจากรายงานโรคติดต่อมาโดยยุงที่เฝ้าระวังในพื้นที่เข้ามาใช้ร่วมประเมินความเสี่ยงแต่ละพื้นที่ให้ครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรคและผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ที่ได้ให้คำแนะนำเป็นอย่างสูงในการศึกษา ดร.บุญทนากร พรหมภักดี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณโปรแกรม GIS จากกองสารสนเทศกรมควบคุมโรค นักคอมพิวเตอร์จากกองนวัตกรรมและดิจิทัล กรมควบคุมโรค และที่สำคัญต้องขอขอบคุณทีมงาน ศตม.ทั้ง 3 แห่ง ที่ให้ข้อมูลและร่วมพัฒนางานวิจัยจนสำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. แผนปฏิบัติการด้านดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561 – 2565) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://ict.moph.go.th/upload_file/files/e5ce1222011b38e3d3ee8b73468ba7ee.pdf.
2. สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน). ตำราเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศศาสตร์. กรุงเทพฯ: 2552.
3. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8 กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการพัฒนาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 3. ลพบุรี: ลพบุรีดีไซน์; 2561.
4. ศูนย์โรคติดต่อมาโดยแมลงที่ 8.3 จังหวัดสกลนคร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. สรุปผลการดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุง ปีงบประมาณพ.ศ. 2562; 2562.
5. สำนักวิจัยและพัฒนากระบวนการ สำนักงาน ก.พ. ระบบราชการไทยในบริบทไทยแลนด์ 4.0 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/thai-gov-system-context-thailand-4-0.pdf>.
6. สืบพงษ์ พงษ์สวัสดิ์, ชนันธร ชติยะ. ระบบแผนที่ออนไลน์เพื่อรายงานแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย กรณีศึกษาตำบลบ้านตาล อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น 2559; 10(2): 190-9.
7. ชนม์ธัช สุวรรณ, รัชฎาภรณ์ ทองแป้น. การจัดทำฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ ด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์: กรณีเทศบาลตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วารสารบัณฑิตวิจัย บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ 2562; 10(1): 219-34.

8. สุกัญชลิกา บุญมาธรรม. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลปัญหาและความต้องการของชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี กรณีศึกษาอำเภอบ้านลาด (บ้านลาดโมเดล). วารสารวิชาการ นวัตกรรมการจัดการเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2563; 7(1): 51-62.
9. Atoni E, Zhao L, Hu C, Ren N, Wang X, Liang M, et al. A dataset of distribution and diversity of mosquito-associated viruses and their mosquito vectors in China. Scientific data 2020; 7(342): 1-7.
10. พิสิฐ ตั้งพรประเสริฐ. การออกแบบเครื่องหมายบนแผนที่เพื่อใช้กำกับความหมายบ่งชี้จุดท่องเที่ยวจังหวัดเชียงราย. Veridian E-Journal Silpakorn University ฉบับภาษาไทย 2562; 10(2): 2871-82.
11. ชนะชัย อวนวัง. ระบบสารสนเทศการจัดทำระบบคลังพืชสมุนไพรในพื้นที่สวนสมุนไพร 90 พรรษาพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 2563; 17(76): 300-6.

การพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการ ระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ตำบลจานลาน อำเภอฟานา จังหวัดอำนาจเจริญ

Development of Diabetic Care Service Model of Primary Care Unit during
COVID-19 Pandemic, Chan Lan Subdistrict, Phana District,
Amnat Charoen Province

จุติพร ผลเกิด ปร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) Jutipon Ponkert Ph.D. (Health Social Sciences and Humanity)

จินตภา อันพิมพ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) Jintapa Unphim M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี Office of Disease prevention and Control, Region 10 Ubon Ratchathani

Received: June 9, 2023

Revised: October 5, 2023

Accepted: October 6, 2023

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) ตำบลจานลาน อำเภอฟานา จังหวัดอำนาจเจริญ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการวิจัย ทำความเข้าใจปัญหาในพื้นที่ และพัฒนา Mobile Application ประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย 2) ขั้นดำเนินการวิจัย เป็นการทดลองปฏิบัติ และปรับปรุงรูปแบบฯ และ 3) ขั้นประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง 47 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพานา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จานลาน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฟานา นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจ และ Mobile Application ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิจัยพบว่าในช่วงการระบาดของ COVID-19 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ปรับมาตรการเพื่อลดการรวมกลุ่มของผู้ป่วย โดยให้ อสม. คัดกรองและติดตามผู้ป่วยในชุมชน ส่งข้อมูลผ่านกลุ่มไลน์ นำสมุดผู้ป่วยส่งที่ รพ.สต. และส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน อสม. จึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเป็นผู้แพร่เชื้อสู่ชุมชน รูปแบบการบริการในชุมชนแบบใหม่โดย อสม. ใช้ Mobile application เป็นเครื่องมือประเมินผลความเสี่ยงและประเมินพฤติกรรมเสี่ยงรายข้อของผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งโปรแกรมจะประมวลผลและแสดงผลให้ทันทีพร้อมมีคำแนะนำการปฏิบัติตนให้ผู้ป่วย รพ.สต. ได้รับข้อมูลแบบ real time และ อสม. ยังสามารถจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้งาน Application และรูปแบบการบริการใหม่อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานทุกด้านหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบบริการ ผู้ป่วยเบาหวาน หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ การระบาดของโรคโควิด 19

Abstract

The action research aimed to develop a diabetic care service model of Primary Care Unit during the COVID-19 pandemic in Chan Lan subdistrict, Phana district, Amnat Charoen province. The research methodology was divided into three stages: 1) Research preparation phase, which involved understanding local issues and developing a mobile application, assessing risks and health behaviors of patients; 2) Research implementation phase, which included conducting practical experiments and improving the model; and 3) Evaluation phase, which involved purposively selecting a sample comprising 47 people, including diabetes clinic staff, Phana hospital staff, Chan Lan subdistrict municipality health promoting hospital, representatives of the community health volunteers, diabetic patients, officials from Phana district public health office, president of subdistrict administrative organization, subdistrict headmen and village headmen. The tools used were in-depth interview, semi-structured interview, patient health behavior assessment, satisfaction assessment, and a mobile application to verify the content validity and improve the tools according to expert recommendations.

The research findings indicated that during the COVID-19 pandemic, subdistrict municipality health promoting hospital staff adjusted measures to reduce the grouping of patients. Screening and monitoring of patients were carried out by the community health volunteers who then sent the information to the hospital via Line group, sending the patient notebook to the subdistrict municipality health promoting hospital, delivering medication to homes, which put the volunteers at risk of contracting COVID-19 and spreading it to the community. The novel community-based diabetes care service model by the community health volunteers using a mobile application is a tool for assessing the risk and the risk behavior of each individual. The program would process and immediately display results along with providing proper advice to patients. Subdistrict municipality health promoting hospital could obtain real-time data and the community health volunteers could also organize peer assist activities in the community, resulting in sample's satisfaction with the use of the mobile application. The satisfaction with the newly developed model was at the high level. After implementing the model, the mean health behavior scores of all diabetes patients were significantly higher than before with a statistical significance level of .05. Finally, good control of blood sugar levels tended to increase.

Keywords: Service model, Diabetes patient, Primary Care Unit, COVID-19 Pandemic

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศจีน และแพร่ระบาดไปในหลายประเทศทั่วโลก พบผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก และยังพบแนวโน้มการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ จากข้อมูลสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย⁽²⁾ ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราป่วยตายร้อยละ 14.57 และโรคประจำตัวที่พบร่วมของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก COVID-19 ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง

หรือกลุ่มโรคไม่ติดต่อ อันดับหนึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 41.00 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.00 ไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 18.00 และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 14.00 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลว่าผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหอบหืด มีโอกาสที่จะเกิดอาการป่วยโรค COVID-19 ได้รุนแรงกว่าบุคคลทั่วไป และพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง

ร้อยละ 7.30 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตโดยรวมพบเพียงร้อยละ 2.30⁽³⁾ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถติดต่อผ่านทางละอองสารคัดหลั่งจากปากและจมูกจากการพูด การไอหรือจาม ไวรัสสามารถมีชีวิตรอดในธรรมชาติอาจเป็นชั่วโมงหรือวัน สามารถติดต่อผ่านทางสัมผัส หรือได้รับสัมผัสทางละอองสารคัดหลั่งจากปากและจมูกของผู้ที่ติดเชื้อ

จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงจำนวนคนที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ได้เป็นจำนวนมาก ถึงแม้จะได้รับวัคซีนแล้ว แต่ก็มีโอกาสแพร่เชื้อและรับเชื้ออยู่เพราะประสิทธิภาพของวัคซีนที่วัดผลได้ในขณะนี้คือสามารถลดโอกาสเจ็บป่วยและเสียชีวิต แต่ยังไม่สามารถวัดผลในเรื่องลดโอกาสในการติดเชื้อได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันและควบคุมโรค สิ่งที่จะช่วยป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ได้ดีที่สุดคือหลัก 4 เสา ประกอบด้วย วัคซีน การล้างมือ การสวมหน้ากาก และการเว้นระยะห่างทางสังคม⁽⁴⁾ เช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ได้มีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการช่วยให้ประเทศไทยสามารถรับมือกับโรคระบาดครั้งนี้ ประกอบด้วย การจำกัดการแพร่เชื้อจากคนสู่คน รวมถึงลดการติดเชื้อทุติยภูมิในกลุ่มบุคคลที่สัมผัสใกล้ชิดกันและผู้ป่วยปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ป้องกันการลุกลามของการแพร่เชื้อ และป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อทั้งในและนอกประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ที่แนะนำให้หลีกเลี่ยงการเข้าไปในห้องที่แออัด ห้องประชุม/ชุมนุมขนาดใหญ่ เพื่อลดโอกาสการรับและแพร่กระจายเชื้อโรค รวมถึงควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีคนจำนวนมาก ควรอยู่ในบ้านให้มากที่สุด เมื่อไม่ออกไปรับเชื้อนอกบ้านก็จะมีโอกาสติดเชือน้อยลง กรมควบคุมโรคจึงเน้นย้ำให้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อและทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลงได้⁽⁵⁾ ดังนั้นการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลตามสถานที่ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นลดการออกนอกบ้านโดยไม่จำเป็น งดเข้าร่วมกิจกรรมที่มีคนหมู่มาก การเดินทางไปยังสถานที่แออัดหรือสัมผัสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 เช่น “สถาน

พยาบาล” ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการป่วยเพียงเล็กน้อยหรือกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องมาตามนัดหรือรับยาจึงมีความสำคัญ⁽⁶⁾ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง การพบแพทย์และทีมงานด้านสุขภาพเป็นระยะเพื่อตรวจและประเมินผลการรักษาคือความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน นอกจากนี้ควรมีการประเมินและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และควรมีการตรวจค้นหาโรคแทรกซ้อนในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่แสดงออก เพื่อให้การรักษาอย่างเหมาะสม แต่ด้วยการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการที่ไม่สามารถค้นหาปัญหาเฉพาะบุคคลหรือวางแผนการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และข้อจำกัดของระบบบริการที่ต้องป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 โดยต้องเว้นระยะระหว่างบุคคล ลดแออัด ลดการสัมผัส/และการติดเชื้อดังกล่าวของผู้ป่วย

ดังนั้นจะต้องมีการจัดระบบบริการให้ครบวงจรและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย ได้รับบริการภายในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายในระดับปฐมภูมิสอดคล้องกับนโยบาย “คนไทยทุกคนครบถ้วน มีหมอประจำตัว 3 คน”⁽⁷⁾ โดย อสม. ซึ่งเป็นหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน ลงพื้นที่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด หมอที่ 2 หมอสาธารณสุขช่วยดำเนินการร่วมกับ อสม. และหากพบปัญหาสุขภาพที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมก็จะมีประสานกับหมอคนที่ 3 คือหมอครอบครัวที่โรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และต่อเนื่อง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จานลาน อำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในความดูแลจำนวน 253 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจำนวน 197 ราย (ร้อยละ 77.87) จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมาตรวจที่คลินิกเบาหวานวันละ 30 ถึง 50 ราย การจัดการบริการในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.จานลาน ไม่สามารถค้นหาปัญหาเฉพาะบุคคล

หรือวางแผนการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จากสภาพปัญหาและข้อจำกัดของระบบบริการที่ต้องป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 จึงเป็นความท้าทายในการพัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุม เพราะในการที่ผู้ป่วยเข้า-ออกเพื่อรับบริการใน รพ.สต. แต่ละครั้งก็ถือเป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเสี่ยงต่อการผัดผ่อนและรับยาเนื่องจากไม่ได้มีการนัดติดตามตามรูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยมีการรอรับยาที่บ้าน การได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนลดน้อยลง ทำให้เสี่ยงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นด้วย ประกอบกับการดำเนินงานตามนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” ของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการติดตามนัดคัดกรองสุขภาพภาวะแทรกซ้อนได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง พร้อมคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และรับยาอย่างต่อเนื่องในช่วงการระบาดของ COVID-19 คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในช่วงการระบาดของ COVID-19

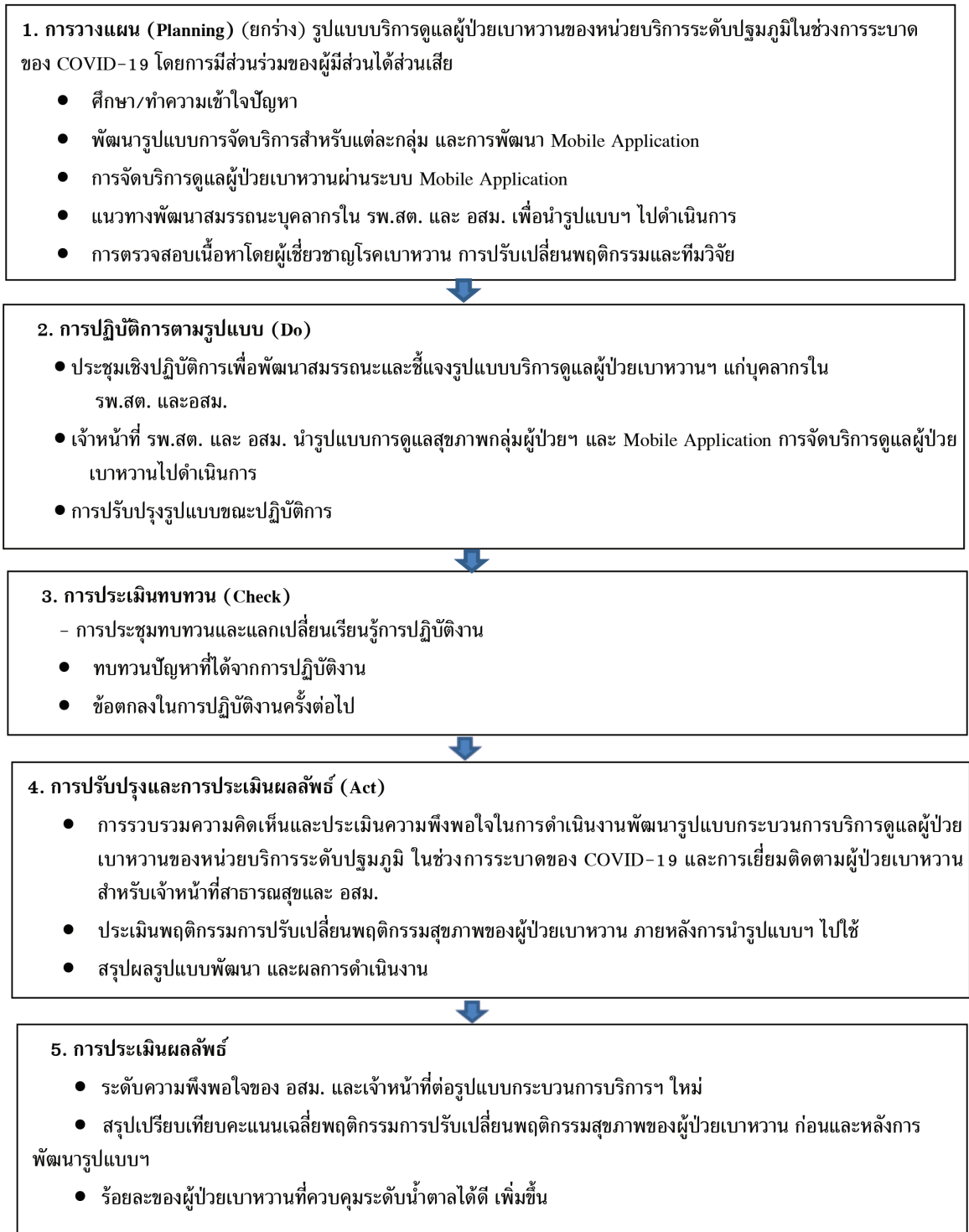
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ตำบลจานลาน อำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ

2. เพื่อประเมินผลรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ตำบลจานลาน อำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ตามวงจรของ Edward Deming⁽⁹⁾ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) เตรียมความพร้อมทีมวิจัย และวางแผนการดำเนินงาน ทำความเข้าใจปัญหาในพื้นที่ ทั้งด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากร นำข้อมูลมาทำการทบทวนวิเคราะห์เพิ่มเติมจากรูปแบบในการจัดบริการสำหรับแต่ละกลุ่มที่วางไว้ และพัฒนา Mobile Application การปฏิบัติตามรูปแบบ (Do) มีการพัฒนาการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จานลาน และ อสม. นำรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยฯ และ Mobile Application การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไปดำเนินการ การประเมินทบทวน (Check) สะท้อนการปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติการจัดรูปแบบโดยการสนทนากลุ่ม และการปรับปรุงและการประเมินผลลัพธ์ (Act) มีการร่วมกันประเมินผลและมีการปรับปรุงแผนใหม่ และปฏิบัติตามรูปแบบที่ปรับปรุงใหม่ จนเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ และสรุปผลรูปแบบพัฒนาและผลการดำเนินงาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดสำหรับการพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการบริการ ในคลินิกเวชปฏิบัติชุมชนและครอบครัว โรงพยาบาลพนา จำนวน 7 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 9 คน อสม. 110 คน และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) พนา ซึ่งมีหน้าที่และเป็นผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ และผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน จำนวน 253 คน ซึ่งเป็นผู้รับบริการและเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อจัดการความเสี่ยงและความเจ็บป่วยโรคเบาหวาน รวมถึงผู้น้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนา รพ.สต. จำนวน 16 คน ตัวแทน อสม. ตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่ สสอ. พนา นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 47 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 253 ราย ที่อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 4 ฉบับ ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ สสอ. ผู้อำนวยการ รพ.สต. 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพนา และ รพ.สต. และ 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์โรคเบาหวานในพื้นที่ทิศทางและนโยบายบทบาทต่อการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การสนับสนุนและประสานงานกับเครือข่ายระบบการกำกับติดตามแผนงานและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เป็นต้น

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง มีทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้ 1) แบบประเด็นคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม อสม. 2) แบบประเด็นคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน เพื่อสอบถามประเด็นความรู้โรคเบาหวาน และโรคโควิด 19 อาการและอาการบ่งชี้ แนวทางการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อค้นหาการติดเชื้อ COVID-19 การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในช่วงการระบาดของ COVID-19 เป็นต้น

3. โปรแกรมสารสนเทศเพื่อวิเคราะห์/แปลผลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โปรแกรมจะเชื่อมต่อข้อมูลกับแม่ข่าย รพ.สต. ช่วยลดขั้นตอนการรายงานข้อมูล การใช้งาน Application จะเป็น อสม. หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มีบทบาทในการเข้าคัดกรองผู้ป่วยที่บ้านก่อนวันนัด ซึ่งใน Mobile Application จะประกอบด้วยประวัติส่วนบุคคล ผลการตรวจเบาหวาน การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3.0.2ส. มีการแสดงผลการประมวลผล และข้อเสนอแนะการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล

4. แบบประเมินพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และ 4) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเกณฑ์ประเมินโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เป็น 3 ระดับ ซึ่งในแต่ละข้อมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตนในเรื่องนั้นๆ มากกว่า 5 วัน/สัปดาห์
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตนในเรื่องนั้นๆ 1-4 วัน/สัปดาห์
- ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติตนในเรื่องนั้นๆ เลย

โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน
- ไม่ปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน

สรุปเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ โดยแบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ

คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึงพฤติกรรมระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึงพฤติกรรมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึงพฤติกรรมระดับน้อย

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objectives Congruence: IOC) พบว่า ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66–1.0 สรุปว่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไปทุกประเด็น และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้นำแบบประเมินพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ทดสอบกับผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) **ขั้นเตรียมการวิจัย (Pre-Research Phase)** เป็นการเข้าถึงอาสาสมัคร ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเครื่องมือ Mobile Application การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน และการบันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ประชากรที่ศึกษาในการทำความเข้าใจปัญหาในพื้นที่ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) เจ้าหน้าที่ สสอ. ผู้อำนวยการ รพ.สต. 2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพนา และ รพ.สต. และ 3) เจ้าหน้าที่ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เครื่องมือใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมกลุ่ม (Focus Group) เป็นการประชุมร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บุคลากรผู้รับผิดชอบงาน

NCDs ของโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต.งานลาน สสอ. นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.งานลาน

2) **ขั้นตอนการวิจัย (Research Phase)** ดำเนินการพัฒนาระบบบริการ NCD Clinic ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตามที่กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคได้พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM.) ของ Edward Wagner⁽¹⁰⁾ โดยมุ่งพัฒนาให้เพิ่มการเข้าถึงบริการตามนัด การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และลดการติดเชื่อในช่วงการระบาดของ COVID-19 สำหรับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.งานลาน อำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ ตามวงจรคุณภาพของ Edward Deming มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการตามรูปแบบ (Do) การประเมินทบทวน (Check) และการประเมินผลลัพธ์ (Act) ดำเนินการ จำนวน 2 วงรอบ กิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 30-90 นาที ดังนี้

การวางแผน (Planning) (ร่าง) รูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อศึกษา/ทำความเข้าใจปัญหา พัฒนารูปแบบการจัดบริการสำหรับแต่ละกลุ่ม และการพัฒนา Mobile Application เพื่อนำไปใช้ในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่านระบบ Mobile Application รวมทั้งแนวทางพัฒนาสมรรถนะบุคลากรใน รพ.สต. และ อสม. เพื่อนำรูปแบบฯ ไปดำเนินการ ดังนี้

- ประชุมครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมการประชุมชี้แจงรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลา 30 นาที

- ประชุมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนา เพื่อสอบถามประเด็นตามแบบประเด็นคำถาม แบบแบ่งกลุ่ม โดยกลุ่ม อสม. ใช้เวลา 60 นาที และกลุ่มผู้ป่วยใช้เวลา 90 นาที

- ประชุมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน NCDs รพ.สต.งานลาน สสอ. พนา โรงพยาบาลพนา นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ใช้เวลาคนละ 45 นาที

การปฏิบัติการตามรูปแบบ (Do)

- ประชุมครั้งที่ 4 หลังได้ยกร่างรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในช่วงการระบาดของ COVID-19 ได้นำเสนอรูปแบบวงจรรอบที่ 1 ที่สร้างขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ กำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติ จากนั้นประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสมรรถนะและองค์ความรู้ในรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และทีมวิจัย ก่อนมีการนำรูปแบบวงจรรอบที่ 1 ที่สร้างขึ้น ไปปฏิบัติโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. นำรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยฯ และ Mobile Application ไปดำเนินการ

การประเมินทบทวน (Check, Act)

- ประชุมครั้งที่ 5 นัดประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนการปฏิบัติตามรูปแบบตามแผนการปฏิบัติการจัดรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในช่วงการระบาดของ COVID-19 วงจรรอบที่ 1 ภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบวงจรรอบที่ 1 ครบ 3 เดือน ทบทวนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติ การปรับปรุงรูปแบบขณะปฏิบัติการ และมีการติดตามประเมินผล จากนั้นนำรูปแบบฯ ที่ได้หลังทบทวนปรับปรุงแล้วนำไปปฏิบัติในวงจรรอบที่ 2

- ประชุมครั้งที่ 6 สะท้อนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 วงจรรอบที่ 2 และติดตามประเมินผลวงจรรอบที่ 2 ภายหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้

3) **ขั้นประเมินผล (Evaluation Phase)** นำเสนอและยืนยันข้อมูลผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การสะท้อนความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดกลุ่มข้อมูลให้ได้ประเด็นสำคัญในการนำไปกำหนดรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน และ สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังดำเนินการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) ภายหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โครดและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 รหัสโครงการ 64053 ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ตำบลจานลาน อำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ

1.1 รูปแบบเดิมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ รพ.สต.จานลาน ในช่วงการระบาดของ COVID-19

จากการระดมความคิดเห็นและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ารูปแบบเดิมๆ ประกอบด้วย 1) ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการ 2) รูปแบบการคัดกรอง 3) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย 4) การจัดการข้อมูลภายหลังการคัดกรอง และ 5) กิจกรรมการให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รายละเอียดดังนี้

1) ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการ มีการแบ่งผู้ป่วยตามระดับการควบคุมโรคเพื่อสื่อสารการควบคุมโรคโดยแต่ละกลุ่มจะมีแนวทางการจัดบริการที่แตกต่างกัน เกิดระบบคัดกรองผู้ป่วยแบบ one stop service ในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ จัดสถานที่แบบรักษาระยะห่าง (social distancing) ปรับระบบการเติมยา (Drug refilled) โดยแพทย์

2) รูปแบบการคัดกรอง เพื่อประเมินสถานะสุขภาพ อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และวัดความดันโลหิตที่บ้าน เกิดมาตรการของหมู่บ้านในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะเตรียมรายชื่อกลุ่มเป้าหมายให้กับ อสม. ล่วงหน้าอย่างน้อย 1-2 วัน เพื่อให้ อสม. ได้รับทราบกลุ่มเป้าหมายและเตรียมพร้อมนัดหมายการปฏิบัติตน งดน้ำตาลในวันนัดเจาะเลือด จากนั้น อสม. ก็จะไปคัดกรองเจาะเลือดที่บ้านผู้ป่วย

3) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย กระดาษแบบฟอร์มคัดกรอง แบบสอบถามประเมินความเสี่ยง สมุดประจำตัวผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่าเครื่องมือที่ใช้ยังเป็นกระดาษที่อาจจะมีการสูญหายได้

4) การจัดการข้อมูลภายหลังการคัดกรอง อสม. คัดกรองและส่งข้อมูลมาที่ รพ.สต. ผ่านกลุ่มไลน์ และนำสมุดมาส่งที่ รพ.สต. จะเห็นว่าย้งพบการเดินทางของ อสม. ที่มีการเข้าออกโรงพยาบาล/รพ.สต. หลายครั้ง อสม. จึงยังคงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเสี่ยงต่อการเป็นผู้แพร่เชื้อสู่ชุมชน อีกทั้งการส่งข้อมูลคัดกรองพร้อมกัน ผ่านกลุ่มไลน์ อาจเกิดความผิดพลาดในการนำข้อมูลมาลงในระบบ

5) กิจกรรมการให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง จะเน้นพูดคุย ไม่ใช่เครื่องมือในการประเมินหรือวิเคราะห์ผู้ป่วยรายบุคคล โดยจะพิจารณาจากค่าน้ำตาล พูดคุยเพื่อหาสาเหตุ เช่น การทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ความเครียด การรับประทานอาหาร การไม่มาพบแพทย์ตามนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังเป็นอุปสรรคเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายไม่ได้มา รพ.สต. นอกจากกรณีที่มีปัญหา เจ้าหน้าที่จะประสานติดตามโดยตรง ส่วนในรายที่ไม่มีปัญหาผู้ป่วย

จะยังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำเดิมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงจะเน้นในรายที่มีปัญหาการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลไม่สามารถทำได้ต่อเนื่อง เช่น การติดตามพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัญหาของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

1.2 รูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาใหม่สำหรับดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ รพ.สต.จานลาน ในช่วงการระบาดของ COVID-19

ผลจากการอภิปรายเกี่ยวกับรูปแบบเดิมๆ นำสู่การพัฒนาปรับเปลี่ยนใหม่ โดยมีการนำเครื่องมือซึ่งเป็น Mobile Application มาใช้เชื่อมต่อข้อมูลระหว่างแม่ข่าย รพ.สต. กับ อสม. ได้ จึงช่วยลดขั้นตอนการรายงานข้อมูลโดยผู้ใช้งาน Application จะเป็น อสม. หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มีบทบาทในการคัดกรองผู้ป่วยที่บ้าน/ในชุมชน และส่งข้อมูลได้แบบ real time ถึงเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยไม่ต้องเขียนบันทึกในกระดาษ และไม่ต้องเดินทางเพื่อไปส่งรายงานข้อมูลที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. สามารถจัดการข้อมูลและใช้ประกอบการตรวจรักษาเป็นรายบุคคลได้ทันที ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีจะได้รับยาและใบนัดครั้งต่อไปส่งให้ถึงบ้านโดย อสม. ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (กลุ่มสีแดง) ให้ไปพบแพทย์และสหวิชาชีพในคลินิกที่โรงพยาบาลเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป กระบวนการดำเนินงานในชุมชนครั้งนี้ที่พัฒนาขึ้น สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น เน้นสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิในการป้องกัน การคัดกรอง การให้บริการ และการรักษาที่เหมาะสมเพื่อลด/หยุดการระบาดซ้ำ ลดเสี่ยง/ลดการเสียชีวิตจาก COVID-19 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยองค์ประกอบของรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในช่วงการระบาดของ COVID-19 ประกอบด้วย

1) ใช้ Mobile Application เป็น Web Application ซึ่งเป็นโปรแกรมหรือเครื่องมือที่จะเชื่อมต่อข้อมูลกับแม่ข่าย รพ.สต. ช่วยลดขั้นตอนการรายงานข้อมูลโดยผู้ใช้งาน Mobile Application จะเป็น อสม. หรือเจ้าหน้าที่

รพ.สต. ที่มีบทบาทในการคัดกรองผู้ป่วยที่บ้านก่อนวันนัด ซึ่งมีรายละเอียด Application ดังนี้

1.1) ข้อมูลเบื้องต้นผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ - สกุล โรคประจำตัว วัน - เวลา นัดหมายรับยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี ซึ่งหากยังไม่ได้รับการตรวจในปีนั้น ๆ จะมีระบบแจ้งเตือนเพื่อไม่ให้เกิดการตกหล่นข้อมูลสุขภาพ

1.2) การลงบันทึกคัดกรองสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว หากมีการบันทึกข้อมูล ระบบจะช่วยให้การแบ่งผู้ป่วยตามกลุ่มสีได้แก่ สีเขียว เหลือง และสีแดง

1.3) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา โดยระบบจะทำการวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย เพื่อให้ อสม. ได้ทราบปัญหา และให้คำแนะนำได้ถูกต้อง ตรงประเด็น ปัญหา

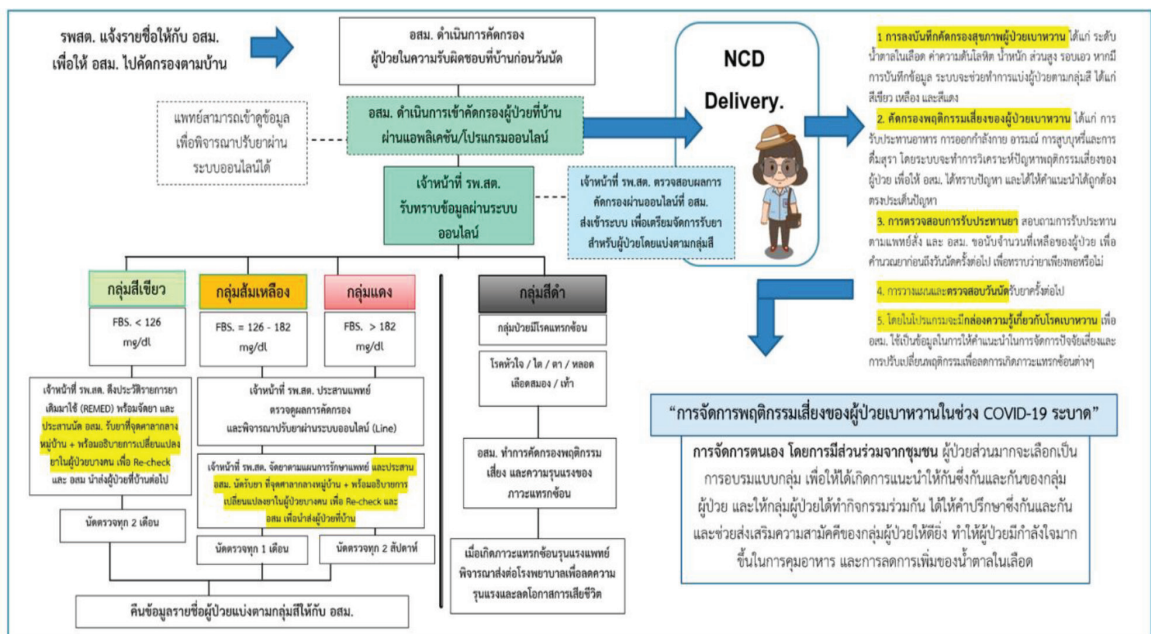
1.4) การตรวจสอบการรับประทานยาสอบถาม

การรับประทานตามแพทย์สั่ง และ อสม. ขอนับจำนวนที่เหลือของผู้ป่วย เพื่อคำนวณยาจนถึงวันนัดครั้งต่อไป เพื่อทราบว่ายาเพียงพอหรือไม่

1.5) การวางแผนนัดรับยาครั้งต่อไป

1.6) โดยในโปรแกรมจะมีกล่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อ อสม. ใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

2) การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานผ่านกระบวนการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมจากชุมชน ผู้ป่วย ผู้ดูแล และอสม. เป็นการจับกลุ่มเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน กลุ่มละ 4-5 คน เพื่อให้เกิดการแนะนำกันของกลุ่มผู้ป่วย และให้กลุ่มผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ได้ให้คำปรึกษา และช่วยส่งเสริมความสามัคคีของกลุ่มผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้นในการคุมอาหาร และการลดการเพิ่มของน้ำตาลในเลือด การพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงการระบาดของ COVID-19 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงการระบาดของ COVID-19 ตำบลลานลาน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอำนาจเจริญ

2. ผลการประเมินรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ตำบลจานลาน อำเภอนาหว้า จังหวัดอำนาจเจริญ

2.1 ผลความพึงพอใจของ อสม. และเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบกระบวนการบริการฯ ใหม่

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นความพึงพอใจ

ของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในช่วงการระบาดของ COVID-19 พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบกระบวนการบริการฯ ใหม่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 0.82) และความพึงพอใจในการใช้งาน Application มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.76) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงการระบาดของ COVID-19 ตำบลจานลาน อำเภอนาหว้า จังหวัดอำนาจเจริญ

ประเด็นความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความพึงพอใจในการใช้งาน Application	3.96	0.76	มาก
ด้านรูปแบบกระบวนการบริการฯ ใหม่	3.97	0.82	มาก

2.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าก่อนดำเนินการอยู่ในระดับ

ปานกลาง ($\bar{X} = 0.99$, S.D.=0.35) และคะแนนโดยรวมหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.95$, S.D.=0.10) และพบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม $\bar{d} = 0.96$ (95% CI: 0.89 ถึง 1.02) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยสถิติ Paired t test

คะแนนพฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean difference ($\bar{d}$)	95% CI	t	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	0.99	0.35	0.96	0.89 ถึง 1.02	32.34	20	<0.001
หลังดำเนินการ	1.95	0.10					

2.3 การเปรียบเทียบผลการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

ผลการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีระหว่างก่อนและหลังดำเนินงาน พบว่าก่อนการดำเนินการ และหลังดำเนินการภายหลังสิ้นสุดกระบวนการ

การปฏิบัติตามรูปแบบฯ และได้มีการติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีต่อเนื่องอีก 3 เดือน คือเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 พบว่าผลการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยมีอัตราร้อยละ 45.82, 45.68 และ 45.85 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ตำบลจานลาน อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดอำนาจเจริญ

1. การบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการคัดกรองสุขภาพ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง พร้อมคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและรับยาอย่างต่อเนื่องในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยลดขั้นตอนการรายงานข้อมูล ความครอบคลุมของชุดข้อมูลที่เป็นที่นำมาใช้ในการพัฒนาแอปพลิเคชันเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพต้องการใช้สำหรับจัดบริการสุขภาพ โดยผลการศึกษาค้นคว้าจะช่วยลดภาระงานในการลงพื้นที่ให้บริการสุขภาพที่บ้านได้ สามารถนำแอปพลิเคชันไปใช้ในการติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ลุ่มน้ำชีให้เห็นการปรับระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวคิดการปรับระบบบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งองค์การอนามัยโลก⁽¹¹⁾ ได้เสนอไว้ในกฎบัตรออตตาวาเกี่ยวกับการปรับระบบบริการสุขภาพที่มีการอธิบายในหลักการไว้ว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพการบริการสุขภาพ เป็นการดำเนินงานร่วมกันในระดับบุคคล กลุ่มในชุมชน สหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพ และรัฐบาล การเสนอแนวคิดดังกล่าวหากจะลงสู่การปฏิบัติสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ งานวิจัยฉบับนี้ได้แสดงถึงการใช้เว็บแอปพลิเคชันที่ออกแบบจากชุดข้อมูลที่เป็นจากเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพและ อสม. โดยตรงจึงสามารถนำไปใช้ในการต่อยอดการดำเนินงานในพื้นที่ได้เป็นการปรับระบบบริการเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ อีกทั้งในส่วนของการให้คำแนะนำหลังการประเมินคัดกรองผู้ป่วย แอปพลิเคชันจะช่วยในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นจุดเน้นของการให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม การให้ข้อมูลสุขภาพมีหลากหลายรูปแบบ

การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาเป็นช่องทางหนึ่งในการเข้าถึงผู้ป่วยกำลังได้รับความนิยม ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาสื่อการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่โดยใช้เทคโนโลยี “DM smart card” แสดงค่าระดับน้ำตาลในเลือดพร้อมคำแนะนำเมื่อค่าเกินหรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และแสดงระบุตำแหน่งการฉีดยาหน้าท้องเพื่อป้องกันการฉีดซ้ำตำแหน่งเดิม⁽¹²⁾ โดยผลการเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้ DM smart card พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในทุกด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วมในตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่าภาคประชาชนและภาควิชาชีพมีกระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมในกระบวนการใช้ข้อมูล การสนับสนุนกิจกรรม และการสนับสนุนกำลังคน⁽¹³⁾

2. การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานผ่านกระบวนการจัดการตนเองในชุมชนจะส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดการเพื่อดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังมีรูปแบบการจัดการต้องเปลี่ยนแปลงแนวคิดที่เน้นการรักษาโรคในระยะเฉียบพลันโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นการให้ความสำคัญกับการทำงานอย่างเป็นระบบ และการดูแลรักษาเชิงรุก การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจที่สามารถจัดการกับพฤติกรรมของตนเองได้ในระดับใด การเรียนรู้จากบุคคลที่ประสบความสำเร็จ การมุ่งใจเป็นเครื่องมือสำคัญในการผลักดันให้กลุ่มทดลองมีแรงบันดาลใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น การสอนให้คนในกลุ่มได้เรียนรู้การวางแผนการจัดการตนเองล่วงหน้าเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความสามารถที่ทำได้ การประเมินตนเองในรอบสัปดาห์ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพรวมของการปฏิบัติตนของตนเอง ช่วยในการวางแผนพัฒนาตนเองได้ในสัปดาห์ถัดไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่สูงขึ้น⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในช่วงการระบาดของ COVID-19 เพิ่มศักยภาพให้บริการในชุมชนโดย อสม. ที่ใช้ Mobile Application ดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชน สามารถให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล รวมทั้งการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันของผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน มีผลกับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีขึ้น สามารถนำไปเป็นต้นแบบและขยายบริการในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>.
2. สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.idthai.org/Contents/Views/?d=!67!12!!634!>
3. ระวีวรรณ เลิศพัฒนารักษ์. ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลตัวเองอย่างไรในช่วง COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/diabetes-with-covid>.
4. ปัญจวรา บุญสร้างสม. 7 กลุ่มโรคที่ควรฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://chan.nfe.go.th/ThungBenchai/index.php?name=knowledge&file=readknowledge&id=45>.
5. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค เผยนักท่องเที่ยวชาวจีนติดเชื้อโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 รายที่สองในไทย หายป่วยและเดินทางกลับประเทศแล้ว [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=11134&deptcode=brc&news_views=1440.
6. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง). นนทบุรี: สันทนาการพิมพ์; 2565.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แผนปฏิบัติการการประจำปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2022-04-12-34-22-104013-141.pdf
8. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. หมอประจำตัว ครอบครัวละ 3 คน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://healthserv.net/1451>.
9. Deming WE. Out of the Crisis. Cambridge MIT Press: 1986.
10. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract 1998; 1(1): 2-4.
11. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and Methods. 7th ed. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins: 2004.
12. จรัสดาว เรโนลด์, ศิริพรรณ ปิติ, มานะ อารี, สุมิตรา ชูแก้ว. การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้สื่อเทคโนโลยีเสมือนจริง Augmented reality (AR) กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลตากสิน(รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสยาม; 2562.
13. พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, ชนิษฐา นันทบุตร, บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ศึกษากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วมในตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 5(2): 29-40.

14. รัตพร พัฒนาคัด. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอนิคมνάอัน. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร; 2561.

การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทย

An In-depth Study of Drowning Among Children Under 5 Years of Age In Thailand

สุชาดา เกิดมงคลการ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*

Suchada Gerdmongkolgan M.Sc. (Public Health)*

สั้ม เอกเฉลิมเกียรติ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Som Ekchaloemkiet M.Sc. (Public Health)

กิงกาญจน์ จงสุขไกล ประ.ด. (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และชุมชน)** Kingkan Jongsukklai Ph.D. (Human and Community Resource Development)**

*กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

Division of Injury Prevention, Department of Disease Control

**สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Chulalongkorn University Social Research Institute

Received: September 2, 2023

Revised: September 27, 2023

Accept: October 7, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาสาเหตุเชิงลึกของการจมน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเริ่มต้นจากการสืบค้นฐานข้อมูลรณบัตรและข่าวจากสื่อดิจิทัลในช่วงปี 2561-2564 เพื่อหาข้อมูลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำจำนวน 40 กรณีศึกษา จากนั้นทำการสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์กับเครือข่ายเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยแบบเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธี snowball sampling technique วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า เด็กที่จมน้ำส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.0) อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีฐานะยากจน ผู้ดูแลหลักมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 42.5) เหตุการณ์เสียชีวิตมักเกิดขึ้นขณะที่ผู้ดูแลทำงานบ้าน/ทำงาน/เผอเรอ (ร้อยละ 80.0) โดยผู้ดูแลหลักในกลุ่มอายุ 0 - 2 ปี คือพ่อและแม่ร่วมกับปู่ย่าหรือตายาย (ร้อยละ 50.0) ส่วนในกลุ่มอายุ 3 - 4 ปีคือ พ่อและแม่ (ร้อยละ 59.1) แหล่งน้ำที่จมน้ำมากที่สุดในกลุ่มอายุ 0 - 2 ปีคือ แหล่งน้ำภายในบ้าน ได้แก่ ถังน้ำ อ่างปลา โอ่งน้ำ (ร้อยละ 33.3) ส่วนกลุ่มอายุ 3 - 4 ปีคือ บ่อน้ำ สระน้ำสาธารณะ (ร้อยละ 21.8) นอกจากนั้นยังพบว่า เหตุการณ์จมน้ำเสียชีวิตพร้อมกันหลายคนมักมีเด็กอายุ 5 - 7 ปีจมน้ำเสียชีวิตร่วมอยู่ด้วยเนื่องจากเด็กที่โตกว่าจะชวนเด็กเล็กไปเล่นด้วยกัน และผู้ดูแลหลักหรือผู้ที่พบเหตุการณ์ส่วนใหญ่ไม่รู้วิธีการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ทั้งนี้เกือบทุกกรณีศึกษาเป็นการจมน้ำที่เป็นอุบัติเหตุ (accidental drowning) มี 3 กรณีมีสาเหตุมาจากภัยธรรมชาติ (อุทกภัย) และ 2 กรณีที่อาจมีสาเหตุมาจากความตั้งใจ (intentional drowning)

สำหรับสาเหตุเชิงลึกที่พบได้แก่ พ่อแม่ หรือผู้ดูแลหลักขาดความรอบคอบและความเอาใจใส่ในการดูแลเด็ก การปล่อยให้เด็กเล็กอยู่กันเองตามลำพัง การปล่อยให้อยู่กับสัตว์เลี้ยง ของเล่น การฝากเด็กไว้กับผู้ที่ไม่มีความพร้อม เช่น ต่อดูแลเด็กหลายคน และ/หรือเป็นผู้สูงอายุ การพลัดตกลงไปในแหล่งน้ำเนื่องจากพาเด็กไปอยู่ใกล้แหล่งน้ำหรือไปแหล่งท่องเที่ยวทางน้ำ ภัยธรรมชาติ ได้แก่อุทกภัย น้ำท่วม น้ำป่าไหลหลาก และการเสียชีวิตที่มีสาเหตุไม่ชัดเจน

คำสำคัญ: การจมน้ำ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

This research is a qualitative study which aimed at in-depth identifying the causes of drowning among children age under 5 years. We started conducting the current study by investigating the information from death certificates and digital media during 2018 – 2021 which limited criteria to children's age under 5 years who lost their lives by drowning as a cause of death. Forty events were reported death, therefore, we performed in-depth telephone interviews directly to the key informants i.e., relevant individuals, community leaders and healthcare personnel from the sub-district health promotion hospital. The snowball sampling method and developed data collection forms were applied. The quantitative and qualitative data were analyzed by descriptive statistics and content analysis method, respectively.

The study found that half of the death cases were living with financially disadvantaged families (50%). The most of their primary caregivers attained elementary school level (42.5%). About 80% were reported that the events often occurred while the primary caregiver was doing household chores/working/off guard. In the age group of 0–2 years, half of the primary caregivers were typically parents or grandparents (50.0%), while over half (59.1%) of the 3–4 years group's parents was primarily caregiver. The most common drowning site (33.3%) for age 0–2 years was in-house water resources (water tanks, fish tanks, buckets), whereas public wells or ponds (21.8%) were the incident site for children age 3–4 years. Furthermore, it was noted that multiple individuals often drowned simultaneously which frequently involved with children aged 5–7 years because the older children usually lead the younger ones to play together. Moreover, most of primary caregivers or those witnessing the incidents were unaware of cardiopulmonary resuscitation (CPR) techniques. It is worth mentioning that nearly all death cases were caused by accidental drownings, 3 cases were lost by natural disasters (flood), and 2 fatal cases might have been caused by intentional drownings.

The in-depth analysis revealed that the drowning incidence are associated with their primary caregiver(s) presented lack of supervision or inappropriate care, leaving young children unattended, allowing them to be alone with pets or toys, entrusting them to unprepared caregivers (such as those who are responsible for multiple children or elderly individuals), wandering close to water sources, or visiting water recreational areas, natural disasters (such as floods or forest streams), and deaths with unclear causes.

Keywords: Drowning, Children's age under 5 years, Risk factors

บทนำ

การจมน้ำเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยต่าง ๆ ทั่วโลก โดยแต่ละปีมีคนจมน้ำ 372,000 คน ทั้งนี้มากกว่าร้อยละ 90 ของการจมน้ำเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีคนจมน้ำมากเป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากภูมิภาคแอฟริกา สำหรับในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีทั่วโลกพบว่าการจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิต

อันดับ 2 โดยแต่ละปีมีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำปีละ 145,739 คน⁽¹⁻³⁾

สำหรับประเทศไทย การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งและสองในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีมาโดยตลอด⁽⁴⁻⁷⁾ ข้อมูลค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 10 ปี (ปี พ.ศ. 2555–2564) พบว่า เด็กไทยเสียชีวิตจากการจมน้ำเฉลี่ยปีละ 738 คนหรือวันละ 2 คน มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ใน

ช่วง 5.0 – 8.6 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกออกเป็นรายกลุ่มอายุจะพบว่า กลุ่มอายุ 0 – 4 ปี และ 5 – 9 ปี มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนสูงที่สุดเท่ากันคือ 7.3 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 4.7 อย่างไรก็ตามแม้ว่าการจมน้ำของเด็กในภาพรวมจะลดลงอย่างต่อเนื่องแต่จะเห็นว่าการจมน้ำในกลุ่มเด็กเล็กลดลงน้อยมากเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ^(8,9) ทั้งนี้การจมน้ำเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY) อันดับที่ 3 ในเด็กชาย (DALY = 26,000 ปี) และอันดับที่ 6 ในเด็กหญิง (DALY = 10,000 ปี)⁽¹⁰⁾

ทั่วโลกพบการจมน้ำเสียชีวิตในกลุ่มเด็กอายุ 1 – 4 ปี สูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 5 – 9 ปี ทั้งนี้กลุ่มเด็กเล็กส่วนใหญ่มักพบการจมน้ำในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง โดยสาเหตุสำคัญคือการจมน้ำในสระว่ายน้ำภายในบ้าน เนื่องจากการปล่อยให้เด็กอยู่ตามลำพัง และไม่เคร่งครัดในการดำเนินการตามมาตรการป้องกัน⁽¹¹⁻¹³⁾ ส่วนประเทศไทย การจมน้ำในเด็กเล็กมักพบมากในแหล่งน้ำภายในบ้าน หรือในบริเวณบ้าน หรือ ไม่ไกลจากบ้านมากนัก โดยมักมีปัจจัยมาจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กคาดไม่ถึง ไม่มีการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ไม่มีความรู้เรื่องการป้องกันการจมน้ำ^(14 - 17)

คนไทยยังประสบกับปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลให้ป่วยและเสียชีวิตด้วยภัยที่ป้องกันได้ ดังนั้น เพื่อให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 85 ปี ตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี⁽¹⁸⁾ จึงต้องมุ่งลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Premature Mortality) โดยเฉพาะการเสียชีวิตจากสาเหตุภายนอก (External Causes) ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการจมน้ำ โดยมีเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กให้เป็นไปตามเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)⁽¹⁹⁾ เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ

20 ปี และข้อเสนอแนะตามมติสหประชาชาติ (UN)⁽²⁰⁾ การศึกษาถึงสาเหตุเชิงลึกและปัจจัยเสี่ยงของการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำผลการศึกษาไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะต่อมาตรการป้องกันและลดโอกาสการเสียชีวิตจากการจมน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ และอยู่ในการปกครองของครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้หากสามารถลดการเสียชีวิตในเด็กกลุ่มนี้ได้ คาดว่าประเทศไทยจะสามารถยับยั้งเข้าใกล้เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทราบถึงสาเหตุเชิงลึกของการจมน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

นิยามศัพท์เฉพาะ

ศึกษาเชิงลึก หมายถึง การค้นหาสาเหตุที่แท้จริงและปัจจัยเสี่ยงของการจมน้ำในกลุ่มเด็กเล็ก เช่น ขาดการดูแล การเล่นน้ำ การมีสัตว์เลี้ยงเข้ามาเกี่ยวข้อง เป็นต้น

Unintentional drowning หมายถึง การจมน้ำที่มีสาเหตุมาจากความไม่ตั้งใจหรืออุบัติเหตุ

Intentional drowning หมายถึง การจมน้ำที่มีสาเหตุมาจากความตั้งใจ เช่น การจมน้ำเพื่อปลอบประโลมใจทั้งเด็กตามลำพังเป็นเวลานานโดยรู้ว่าบริเวณนั้นมีความเสี่ยงหรือเคยเกิดเหตุจมน้ำมาแล้ว

ปัจจัยเสี่ยงการจมน้ำ หมายถึง การวิเคราะห์ด้วยการประยุกต์ตาราง Haddon Matrix เพื่อแสดงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์จมน้ำเป็น 3 ช่วงเวลา คือ ก่อนเกิดเหตุการณ์ (pre-event) ขณะเกิดเหตุการณ์ (event) และหลังเกิดเหตุการณ์ (post-event) โดยในแต่ละช่วงเวลามีตัวแปรที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 ตัวแปร คือ ตัวบุคคล (host) สิ่งก่อเหตุ (agent) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) และทางเศรษฐกิจและสังคม (social environment)

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผ่านทางโทรศัพท์กับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยการใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูล (interview form) และวิธี snowball sampling technique เพื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติม

ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงธันวาคม 2564 โดยมีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ ในช่วงปี 2561-2564 ในพื้นที่เกิดเหตุ 26 จังหวัด ซึ่งได้ข้อมูลจาก 2 ฐานข้อมูลคือมรณบัตรและข่าวจากสื่อดิจิทัล และกลุ่มเครือข่ายเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 204 คน

การศึกษานี้เริ่มต้นจากการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่สำคัญ จำนวน 2 ฐานข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลการเสียชีวิตจากมรณบัตรที่ได้ตรวจสอบกับหนังสือรับรองการเสียชีวิต ซึ่งแพทย์จะวินิจฉัยว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากการจมน้ำ โดยข้อมูลจะประกอบด้วยข้อมูลวันเดือนปีที่เด็กเสียชีวิต ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน อายุของเด็ก และชนิดของแหล่งน้ำ และ 2) ข้อมูลจากการสืบค้นข่าวจากสื่อดิจิทัล จากนั้นคณะผู้วิจัยได้จัดทำบัญชีพื้นที่เกิดเหตุ และทำการติดต่อไปยังส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ที่ว่าการอำเภอ สำนักงานเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อขอข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกับผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) เมื่อได้ข้อมูลสำหรับติดต่อครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้การติดต่อและดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์กับผู้นำชุมชน ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลรายแรกได้กล่าวถึงผู้มีประสบการณ์ร่วมในเหตุการณ์รายอื่น ๆ และสามารถให้ข้อมูลสำหรับติดต่อได้ ผู้วิจัยจะทำการติดต่อเพื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติม (เป็นรูปแบบการเก็บข้อมูลแบบการอ้างอิงต่อเนื่องปากต่อปาก หรือ Snowball Sampling Technique)

ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อเก็บข้อมูลโดยใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูล (interview form) ที่สร้างขึ้น ซึ่งได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรง

เชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 คน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of item objective congruence: IOC) มีค่าคะแนนที่ 0.88 แบบเก็บข้อมูลประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ 2) ข้อมูลการจมน้ำของเด็กเล็ก 3) พฤติกรรมพัฒนาการ และการเจ็บป่วยของเด็ก 4) ข้อมูลบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูหลัก 5) เรื่องเล่าเหตุการณ์และการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง 6) เรื่องเล่าก่อนเกิดเหตุ 7) เรื่องเล่าหลังเกิดเหตุ และ 8) ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการป้องกันการตกน้ำ จมน้ำของเด็กเล็ก

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสะท้อนเรื่องเล่าและถ้อยคำด้านความรู้สึกนึกคิดของผู้ที่รับรู้หรือสัมผัสเหตุการณ์นั้น ๆ และใช้ตาราง Haddon Matrix⁽²¹⁾ เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยง โดยแสดงถึงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์จมน้ำของเด็กเล็กออกเป็น 3 ช่วงเวลา คือ ก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การจมน้ำเสียชีวิตที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้ข้อมูลตั้งต้นที่ได้มาจากรายชื่อข้อมูลการเสียชีวิตจากมรณบัตรซึ่งมาจากหนังสือรับรองการเสียชีวิตที่แพทย์วินิจฉัยและระบุสาเหตุการเสียชีวิตว่าเป็นการขาดอากาศหายใจจากการจมน้ำ ทั้งนี้กรณีที่เด็กจมน้ำแต่ไม่ได้เสียชีวิตทันทีแล้วได้รับการรักษาระยะหนึ่งและมีการเสียชีวิตภายหลังเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรืออื่นๆ แพทย์จะไม่ระบุว่าเสียชีวิตจากการจมน้ำ

การศึกษาเรื่องราวเหตุการณ์จมน้ำเสียชีวิตของเด็กเล็กครั้งนี้ เป็นการศึกษาผ่านคำบอกเล่าเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มาจากบุคคลที่มีความใกล้ชิดโดยเป็นเครือข่ายหรือเพื่อนบ้าน ผู้นำในชุมชนประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่ได้รับรู้และยังคงจดจำ

เหตุการณ์ความสูญเสียนั้นๆ ได้ค่อนข้างชัดเจน ทั้งนี้ไม่สามารถสอบถามโดยตรงจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กได้เนื่องจากไม่พร้อมในการบอกเล่าและสร้างผลกระทบทางจิตใจ

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลเด็กที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ จำนวน 40 กรณีศึกษา ซึ่งเป็นจำนวน 46 ราย (5 กรณีศึกษาจมน้ำเสียชีวิตพร้อมกัน 2-3 ราย) โดยจำแนกออกเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 41 ราย และเด็กอายุ 5 - 7 ปี จำนวน 5 ราย ทั้งนี้จากข้อมูลในกรณีศึกษาที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 41 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มเด็กอายุ 0 - 2 ปี จำนวน 18 ราย โดยเป็นเพศชาย 16 ราย และเพศหญิง 2 ราย และกลุ่มเด็กอายุ 3 - 4 ปี จำนวน 23 ราย โดยเป็นเพศชาย 18 ราย และเพศหญิง 5 ราย

ผลการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับการจมน้ำของกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 สาเหตุของการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงการจมน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อแนวทางป้องกันการจมน้ำของเด็กเล็กจากผู้เกี่ยวข้องในชุมชน

การศึกษาหาสาเหตุของการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

กลุ่มเด็กอายุ 0 - 2 ปี พบสาเหตุหลักและสาเหตุร่วมที่ส่งผลต่อเหตุการณ์การจมน้ำของกรณีศึกษา ดังนี้ 1) พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักเผลอเรอ/ขาดความรอบคอบและความเอาใจใส่ในการดูแลเด็ก ทำให้เด็กพลัดตกลงไปในแหล่งน้ำใกล้บ้าน ถึงถึงน้ำในอ่างล้างจานรอบๆ บ้าน อ่างน้ำ หรือการที่ผู้ปกครองพาเด็กไปเสี่ยงวิ่งใกล้สระน้ำ จำนวน 9 กรณีศึกษา 2) การปล่อยให้เด็กเล็กอยู่กันเองตามลำพัง จำนวน 1 กรณีศึกษา 3) สาเหตุจากสัตว์เลี้ยง จำนวน 2 กรณีศึกษา 4) สาเหตุจากของเล่น เช่น ลูกบอล จักรยาน จำนวน 2 กรณีศึกษา 5) การฝากเด็กไว้กับผู้อื่นในวันที่เกิดเหตุ จำนวน 1 กรณีศึกษา 6) จากภัยธรรมชาติ (อุทกภัย/น้ำท่วม) จำนวน 1 กรณีศึกษา และ 7) การเสียชีวิตจากการจมน้ำที่มีสาเหตุไม่ชัดเจน จำนวน 2 กรณีศึกษา

กลุ่มเด็กอายุ 3 - 4 ปี พบสาเหตุหลักและสาเหตุร่วมที่ส่งผลต่อเหตุการณ์การจมน้ำของกรณีศึกษา ดังนี้ 1) พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักเผลอเรอ/ขาดความรอบคอบและความเอาใจใส่ในการดูแลเด็ก ทำให้เด็กพลัดตกลงไปในสระน้ำใกล้บ้าน ถึงน้ำพลาสติกในห้องน้ำ สระน้ำพลาสติกเป่าลม ใต้ถุนบ้าน หรือการนำลูกไปช่วยล้างรถจักรยานยนต์ที่ริมน้ำจำนวน 11 กรณีศึกษา 2) การปล่อยให้เด็กเล็กอยู่กันเองตามลำพัง เช่น เล่นน้ำขณะฝนตก พลัดตกคลอง ขนกันไปเล่นน้ำ จำนวน 5 กรณีศึกษา 3) สาเหตุจากของเล่น จำนวน 1 กรณีศึกษา 4) การฝากเด็กไว้กับผู้อื่นในวันที่เกิดเหตุจำนวน 1 กรณีศึกษา 5) ผู้ดูแลเด็กสูงวัย จำนวน 1 กรณีศึกษา 6) จากภัยธรรมชาติ (อุทกภัย/น้ำท่วม) จำนวน 1 กรณีศึกษา และ 7) การพลัดตกลงไปในแม่น้ำที่กระแสน้ำเชี่ยวแรง จำนวน 2 กรณีศึกษา

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการจมน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยเสี่ยง และการจำแนกปัจจัยเสี่ยง และการช่วยเหลือต่อเหตุการณ์การจมน้ำของเด็ก พบว่า

1. ด้านผู้ดูแลหลัก และด้านฐานะครอบครัว

กลุ่มอายุ 0 - 2 ปี เด็กมีผู้ดูแลหลักที่เป็นพ่อแม่ และแม่ และ/หรือปู่ย่าหรือตาายเป็นผู้ดูแลหลักมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) ส่วนกลุ่มอายุ 3 - 4 ปี เด็กมีผู้ดูแลหลักที่เป็นพ่อแม่และแม่มากที่สุด (ร้อยละ 59.1) รองลงมาคือ อยู่ในความดูแลของปู่ย่าหรือตาายเป็นผู้ดูแลหลักเด็กที่เสียชีวิตจากการจมน้ำครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) อาศัยในครอบครัวที่มีฐานะยากจน รองลงมาคือครอบครัวมีฐานะปานกลาง (ร้อยละ 37.5) เมื่อพิจารณารายกลุ่มอายุพบว่า ร้อยละ 50.0 ของกลุ่มอายุ 0 - 2 ปี ครอบครัวมีฐานะปานกลาง ขณะที่ร้อยละ 59.1 ของกลุ่มอายุ 3 - 4 ปี มีฐานะค่อนข้างยากลำบาก (ยากจน)

เด็กมีผู้ดูแลหลักที่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 42.5) รองลงมาคือ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 35.0) และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า (ร้อยละ 30.0) เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 0 - 2 ปี มีผู้ดูแลหลักจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา

(ร้อยละ 50.0) ขณะที่กลุ่มอายุ 3 - 4 ปี ผู้ดูแลหลัก ตอนปลาย/เทียบเท่า ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 36.4 และ 31.8) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเหตุการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กในแต่ละช่วงกลุ่มอายุจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ดูแลหลักและฐานะครอบครัว

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มอายุ		
	0 - 2 ปี (n=18) จำนวน (ร้อยละ)	3 - 4 ปี (n=22) จำนวน (ร้อยละ)	0 - 4 ปี (n=40) จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ดูแลหลัก*			
พ่อและแม่เป็นผู้ดูแลหลัก	9 (50.0)	13 (59.1)	22 (55.0)
พ่อหรือแม่เท่านั้น (แยกทาง)	5 (27.8)	2 (9.1)	7 (17.5)
ปู่ย่าหรือตายายเป็นผู้ดูแลหลัก	8 (44.4)	10 (45.5)	18 (45.0)
ญาติ (กำพร้า/ถูกทอดทิ้ง)	1 (5.6)	2 (9.1)	3 (7.5)
ฐานะครอบครัว			
ค่อนข้างยากลำบาก (ยากจน)	8 (44.4)	12 (54.5)	20 (50.0)
ปานกลาง (พออยู่พอกิน)	9 (50.0)	6 (27.3)	15 (37.5)
ค่อนข้างดี (มีฐานะ)	1 (5.6)	4 (18.2)	5 (12.5)
ระดับการศึกษาผู้ดูแลหลัก (ระบุทุกผู้ดูแลหลัก)*			
ประถมศึกษา	9 (50.0)	8 (36.4)	17 (42.5)
มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (38.9)	7 (31.8)	14 (35.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	6 (33.3)	6 (27.3)	12 (30.0)
ปริญญาตรี	1 (5.6)	2 (9.1)	3 (7.5)

*ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

2. ด้านช่วงวันและเวลาที่เกิดเหตุการณ์

การจมน้ำเกิดเหตุในช่วงวันธรรมดา (จันทร์-ศุกร์) ร้อยละ 72.5 และช่วงวันหยุดราชการ (เสาร์-อาทิตย์) ร้อยละ 27.5 ขณะที่ช่วงเวลาที่เกิดเหตุพบว่า ร้อยละ 35.0 เกิดเหตุการณ์ในช่วงบ่าย (13.00-15.00 น.) รองลงมา ร้อยละ 30.0 เกิดเหตุในช่วงสาย (10.00-12.00 น.) แต่เมื่อพิจารณาอายุกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 0 - 2 ปี เกิดเหตุในช่วงบ่ายมากที่สุด (ร้อยละ 49.9) ส่วนกลุ่มอายุ 3 - 4 ปี เกิดเหตุในช่วงสายมากที่สุด (ร้อยละ 40.9)

3. ด้านเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุ

เหตุการณ์การจมน้ำเสียชีวิตของเด็กเล็กมักเกิดขึ้นขณะที่ผู้ดูแลทำงานบ้าน/ทำงาน/ทำอะไรทำสวน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ละสายตาจากเด็ก (เผอเรอ) ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือการปล่อยให้เด็กที่มีวัยใกล้เคียงกัน อยู่กันเอง หรือเล่นกันเองตามลำพัง (ร้อยละ 30.0) และมีถึงร้อยละ 15.0 ที่เกิดเหตุในครอบครัวหรือในขณะที่ผู้ดูแลมีเด็กเล็กที่ต้องดูแลพร้อมกันมากกว่า 1 คน ทำให้ไม่สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มอายุ 0 - 2 ปีพบว่า เกิดเหตุขณะที่ผู้ดูแลละสายตาจากเด็กใน

ลักษณะของการทำภารกิจอื่น เช่น ทำงานบ้าน/ทำกับข้าว (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือ ผู้ดูแลแผลหลัง (ร้อยละ 22.2) และมีเด็กเล็กที่ต้องดูแลพร้อมกันมากกว่า 1 คน (ร้อยละ 22.2) ส่วนกลุ่มอายุ 3 - 4 ปี พบว่า เหตุการณ์

เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ดูแลแผล (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือเหตุการณ์เกิดขึ้นขณะที่เด็กอยู่กันเอง หรือเล่นกันเองตามลำพัง (ร้อยละ 40.9) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเหตุการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กในแต่ละช่วงกลุ่มอายุ จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงด้านเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุ

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มอายุ		
	0 - 2 ปี (n=18)	3 - 4 ปี (n=22)	0 - 4 ปี (n=40)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เหตุการณ์ขณะเกิดเหตุ (ระบุทุกสาเหตุ)*			
ผู้ดูแลทำงานบ้าน/ทำงาน/ทำไร้อื่น (แผลเรื้อรัง)	12 (66.7)	11 (50.0)	32 (80.0)
พาไปท่องเที่ยวต่างพื้นที่ (แผลเรื้อรัง)	0 (0.0)	3 (13.6)	3 (7.5)
ผู้ดูแลแผลหลัง (เด็กตื่น/ลุกเดิน)	4 (22.2)	1 (4.5)	5 (12.5)
เด็กเล็กอยู่กันเอง/เล่นกันเองลำพัง	3 (16.7)	9 (40.9)	12 (30.0)
สัตว์เลี้ยง/ของเล่น (ลูกบอล/จักรยาน)	5 (27.8)	1 (4.5)	6 (15.0)
วันเกิดเหตุฝากเด็กกับผู้อื่น	2 (11.1)	2 (9.1)	4 (10.0)
ภัยธรรมชาติ (น้ำท่วม/ฝนตกหนักกระแสน้ำพัดร่าง)	1 (5.6)	2 (9.1)	3 (7.5)
ผู้ดูแลสู่วัย	1 (5.6)	1 (4.5)	2 (5.0)
มีเด็กเล็กที่ต้องดูแลมากกว่า 1 คน	4 (22.2)	2 (9.1)	6 (15.0)
ผู้ช่วยดูแลหลักไม่อยู่	2 (11.1)	3 (13.6)	5 (12.5)
ไม่ชัดเจน/ควรตั้งข้อสงสัย	2 (11.1)	0 (0.0)	2 (5.0)
เด็กไม่ปกติ (ป่วย/ละเมอเดิน)	0 (0.0)	2 (9.1)	2 (5.0)

*ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

4. ด้านแหล่งน้ำ และระดับความลึกของน้ำ

กลุ่มอายุ 0 - 2 ปี จมน้ำในแหล่งน้ำในบ้านหรือใกล้บ้าน ทั้งประเภทอ่างน้ำ/อ่างปลา/โอ่งน้ำมากที่สุดถึงร้อยละ 33.3 เนื่องจากผู้ดูแลเด็กมักจะวางของเล่นไว้ในภาชนะประกอบกับสระเด็กวัยนี้จะมีสระที่โตกว่าลำตัว เมื่อสระจมน้ำในภาชนะเหล่านี้จึงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รองลงมายังคงเป็นแหล่งน้ำที่อยู่ใกล้บ้านทั้งบ่อ/สระของที่บ้าน คูน้ำข้างบ้าน และแม่น้ำ/คลองธรรมชาติที่อยู่ใกล้บ้าน ร้อยละ 22.2 เท่ากัน และร้อยละ

16.7 เป็นการจมน้ำในบ่อน้ำ/สระน้ำของชุมชน (สาธารณะ) โดยเด็กมักติดตามผู้ดูแลหลักไปยังแหล่งน้ำเสี่ยงดังกล่าว ทั้งนี้ระดับความลึกของน้ำน้อยที่สุดที่เด็กจมน้ำเสียชีวิตคือประมาณ 5 - 10 เซนติเมตร และความลึกของน้ำมากที่สุดคือ 3 เมตร

ขณะที่กลุ่มอายุ 3 - 4 ปี จมน้ำในแหล่งน้ำที่ไกลจากบ้านออกไป โดยเป็นแหล่งน้ำประเภทบ่อ/สระน้ำชุมชน (สาธารณะ) ที่มีน้ำค่อนข้างลึก (ร้อยละ 31.8) และหลายกรณีเด็กติดตามผู้ดูแลหลักไปในบริเวณใกล้แหล่งน้ำ

ดังกล่าว และเมื่อผู้ดูแลหลักผล/ยุ่งกับการทำไร้ทำสวน ทำปุ๋ยสัตว์เด็กได้แอบเล่นน้ำจนเป็นเหตุให้จมน้ำ รองลงมา เป็นการจมน้ำในคลองธรรมชาติหรือแม่น้ำ (ร้อยละ 18.2) ทั้งที่อยู่ไม่ไกลจากบ้าน การปั่นจักรยานไปลำพัง รวมทั้งการไปท่องเที่ยวกับผู้ดูแลหลัก เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีเด็กที่จมน้ำในคลองชลประทาน สระน้ำพลาสติก และ บ่อเลี้ยงปลาท้ายหมู่บ้าน ทั้งนี้ระดับความลึกของน้ำน้อยที่สุดคือ ประมาณ 50 เซนติเมตร และลึกที่สุดประมาณ 6 เมตร

5. ด้านเหตุผลการไปใกล้แหล่งน้ำเสี่ยงและ ระยะห่างจากบ้านกับแหล่งน้ำที่เกิดเหตุ

กลุ่มอายุ 0 - 2 ปี เกิดเหตุในแหล่งน้ำที่อยู่ใน บ้านตัวเอง/อาณาเขตบ้านมากที่สุด (ร้อยละ 55.6) รองลงมาคือเด็กไปยังแหล่งน้ำเสี่ยงนั้นด้วยตัวเองโดย ลำพัง (ร้อยละ 38.9) ดังนั้นระยะห่างจากบ้านและแหล่ง น้ำจึงอยู่ที่ 0 - 15 เมตร มากที่สุด (ร้อยละ 61.1) ส่วนที่ เหลือเป็นแหล่งน้ำที่มีระยะห่างจากบ้านไม่เกิน 100 เมตร ทั้งนี้มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่เกิดเหตุในแหล่งน้ำที่อยู่ห่าง จากบ้านมากกว่า 500 เมตร ซึ่งผู้ดูแลหลักเป็นผู้พา เด็กไป

กลุ่มอายุ 3 - 4 ปีพบว่า เด็กเดินไปยังแหล่งน้ำ เสี่ยงนั้นโดยลำพังมากที่สุด (ร้อยละ 36.4) รองลงมาคือ ติดตามผู้ดูแลไปยังแหล่งน้ำ (ร้อยละ 27.3) ทั้งนี้มีเด็กที่ เกิดเหตุในแหล่งน้ำภายในบ้านหรืออาณาเขตบ้าน (ร้อยละ 13.6) เท่ากับกลุ่มที่ผู้ดูแลหลักเป็นผู้พาเด็กไป ใกล้แหล่งน้ำเสี่ยง (ร้อยละ 13.6) ในกลุ่มอายุนี้นพบว่าเกิด เหตุจมน้ำในแหล่งน้ำที่มีระยะห่างจากบ้าน 100-300 เมตรมากที่สุด (ร้อยละ 27.3) รองลงมาคือเกิดเหตุ จมน้ำใกล้บ้าน หรืออาณาเขตบ้านที่มีระยะทาง 0 - 15 เมตร เท่านั้น (ร้อยละ 22.7) เท่ากับกลุ่มที่เกิดเหตุไกลจากบ้าน มาก เนื่องจากผู้ดูแลหลักพาไปท่องเที่ยว (ร้อยละ 22.7)

6. ด้านระยะเวลาที่เด็กจมน้ำอยู่ในน้ำ และการช่วย พันคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR)

เหตุการณ์การจมน้ำของเด็กเล็ก เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90.0) เป็นการจมน้ำนานกว่า 30 นาทีโดยจมน้ำ เป็นเวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 50.0) และ

มีเด็กที่จมน้ำในน้ำนานกว่า 3 ชั่วโมงจนถึงข้ามวันร้อยละ 25.0 ดังนั้นในภาพรวมด้านการทำ CPR พบว่าร้อยละ 65.0 ไม่มีการทำ CPR เนื่องจากเด็กเสียชีวิตแล้ว สำหรับ กรณีที่มีการทำ CPR พบว่าร้อยละ 27.5 เป็นการทำโดย ทีมกู้ชีพ/กู้ภัย และร้อยละ 7.5 เป็นการทำ CPR โดย ครอบครัว/ญาติ ผู้นำชุมชน/เพื่อนบ้าน และผู้พบเห็น เหตุการณ์/ผู้ช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังพบวิธีการช่วยเหลือ เด็กจมน้ำที่ไม่ถูกต้องในกลุ่มเด็กอายุ 0 - 2 ปี จำนวน 2 ราย โดยผู้ดูแลหลักและผู้ช่วยเหลือใช้วิธีเขย่าตัวเด็กเพื่อ เอน้ำออก

7. ด้านการนำส่งโรงพยาบาล/การรักษา

เด็กเกือบทั้งหมดเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ มีเด็ก เพียง 4 รายเท่านั้นที่เมื่อได้รับการทำ CPR แล้วเด็กมี สัญญาณชีพ จึงส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมี ทั้งรักษาตัวหลายชั่วโมง หรือรักษาตัวข้ามคืน แต่ในที่สุด เด็กได้เสียชีวิตทั้งหมด แพทย์วินิจฉัยว่าขาดอากาศหายใจ จากการจมน้ำ ผู้เห็นเหตุการณ์ส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก กรณีที่หาเด็กไม่พบจึงจะแจ้งให้คนในชุมชน ช่วยออกตามหาสรุปปัจจัยเสี่ยงของการจมน้ำในเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี

1) ปัจจัยด้านลักษณะทางครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ของบิดามารดา การประกอบอาชีพ ฐานะ ของครอบครัว ครอบครัวที่มีลักษณะเป็นกลุ่มเครือญาติ ที่ตั้งบ้านเรือนใกล้กัน นอกจากนั้นยังพบว่าการจมน้ำของ เด็กเล็กจะมีความสัมพันธ์กับวันและช่วงเวลาของ การทำงานของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก

2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ไม่ตระหนักถึงความเสี่ยง ขาดการประเมิน ความเสี่ยงของสภาพแวดล้อม การฝากเด็กให้บุคคลอื่น ดูแล การพาเด็กไปแหล่งท่องเที่ยวทางน้ำ

3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านเช่น ไม่มีคอกกั้นเด็ก ไม่ปิดล็อคประตูห้องน้ำ วางสิ่งของที่เด็ก สามารถปีนป่ายเพื่อเปิดประตูหรือชะโงกลงภาชนะที่ บรรจุน้ำและรอบๆ บ้าน เช่น บ่อน้ำ/สระน้ำ ไม่มีรั้วและ ไม่มีราวสะพาน

4) ปัจจัยด้านชุมชนและส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น การขาดการซ่อมบำรุงรั้วล้อมบ่อน้ำ/สระน้ำสาธารณะ

ให้แข็งแรงปลอดภัย และการไม่ปิดฝาท่อระบายน้ำให้มิดชิด

จากการศึกษายังพบว่า เหตุการณ์ที่เป็นการจมน้ำเสียชีวิตพร้อมกันมากกว่า 1 ราย มักมีเด็กอายุ 5 - 7 ปีที่จมน้ำรวมอยู่ด้วย และมี 2 กรณีศึกษาที่เกิดเหตุจมน้ำในแหล่งน้ำเดียวกันซ้ำ ๆ รวมทั้งยังพบผู้ดูแลหลักหรือผู้ที่พบเหตุการณ์ส่วนใหญ่ไม่รู้วิธีการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) เพื่อช่วยชีวิตเบื้องต้น และยังมีผู้ที่พยายามช่วยเหลือผิดวิธีโดยการเขย่าตัวเด็กหรือจับเด็กอุ้มพาดบ่าเพื่อให้ น้ำออก นอกจากนั้นมี 3 กรณีศึกษาที่พบการจมน้ำที่มีสาเหตุมาจากภัยธรรมชาติ (อุทกภัย) และมี 2 กรณีศึกษาที่อาจมีสาเหตุมาจากความตั้งใจ (Intentional drowning)

ข้อเสนอแนะต่อแนวทางป้องกันการจมน้ำจากผู้นำชุมชน สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กควรดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ไม่ควรเผลอเผลอแม้แต่เสี้ยววินาทีเดียว โดยเฉพาะเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
2. ไม่ปล่อยให้เด็กอยู่กันเองหรือเล่นน้ำตามลำพัง แม้ในกะละมัง ถังน้ำ โถง
3. สอนให้เด็กเล็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยงภายในบ้าน เช่น กะละมัง ถังน้ำ และวิธีการหลีกเลี่ยง
4. กรณีในครอบครัวมีเด็กหลายช่วงวัยทั้งอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กอายุ 5-14 ปี ต้องเน้นย้ำกลุ่มเด็กโตไม่ให้พาเด็กเล็กไปเล่นน้ำกันเองตามลำพัง แต่ต้องมีผู้ใหญ่ไปด้วยเสมอ
5. จัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน ได้แก่ เทน้ำทิ้งหลังใช้งาน หาฝาปิดภาชนะ การสร้าง/จำกัดพื้นที่ปลอดภัยที่เด็กจะไม่ออกไปพบความเสี่ยง เช่น ปิดล็อกประตูห้องน้ำ ทำคอกกั้นนอน ปิดล็อกประตูบ้าน กรณีมีสระชุดที่เป็นสระส่วนตัวควรล้อมรั้วและมีราวกันสะพานกันตก และไม่วางสิ่งของที่เด็กจะสามารถปีนป่ายเพื่อจะโงกลงโถงน้ำ หรือเอื้อมมือไปปลดล็อกประตูได้
6. ชุมชนและส่วนราชการที่เกี่ยวข้องจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ดังนี้ 1) สำรวจและซ่อมบำรุงรั้วของสระน้ำสาธารณะให้แข็งแรงปลอดภัยเสมอ และให้มั่นใจว่าเด็กเล็กจะไม่สามารถลอดรั้วหรือปีนเข้าไปได้ 2) สำรวจจุดเสี่ยงในชุมชน เช่น ฝาท่อระบายน้ำต่าง ๆ และ

ทำการปิดฝาให้มิดชิด และ 3) จัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครเฝ้าระวังภัยในแหล่งน้ำสาธารณะ โดยขอความร่วมมือสมาชิกในชุมชนที่บ้านอยู่ใกล้แหล่งน้ำคอยสังเกตเฝ้าระวังไม่让孩子เข้าใกล้แหล่งน้ำเหล่านั้น

7. สำรวจข้อมูลครอบครัวที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีผู้เลี้ยงดูหลักเป็นผู้สูงอายุ และหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่ควรให้ความรู้ในการดูแลเด็ก และจัดระบบดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันการจมน้ำของเด็กเล็กตามความจำเป็นและเหมาะสม

8. สวมใส่เสื้อชูชีพให้เด็กทุกครั้งกรณีพาเด็กไปท่องเที่ยวทางน้ำ (กรณีพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์ซ้ำควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษ)

9. ให้ความรู้ด้านการช่วยเหลือที่ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลจำนวน 40 กรณีศึกษาในพื้นที่เกิดเหตุ 26 จังหวัด โดยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 41 ราย จากข้อมูลพบว่า เด็กส่วนใหญ่มีพ่อแม่และปู่ย่าตายายเป็นผู้ดูแลหลัก ครึ่งหนึ่งของครอบครัวเด็กมีฐานะยากจน และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลหลักมีการศึกษาระดับประถมศึกษา แหล่งน้ำที่เกิดเหตุเป็นแหล่งน้ำตามธรรมชาติหรือแหล่งน้ำที่อยู่ในชุมชนซึ่งเกือบครึ่งอยู่ภายในบ้านหรือรอบ ๆ บ้าน และส่วนใหญ่ไม่มีการกั๊วขึ้นเนื่องจากเด็กเสียชีวิตนานแล้ว

สาเหตุเชิงลึกของการจมน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สามารถสรุปได้ดังนี้ 1) พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักขาดความรอบคอบและความเอาใจใส่ในการดูแลเด็ก 2) ปล่อยให้เด็กเล็กอยู่กันเองตามลำพัง 3) สัตว์เลี้ยง/ของเล่น เช่น วังเล่นหรือเดินตามสุนัข ลูกบอล จักรยาน 4) ผูกเด็กไว้กับผู้อื่นโดยผู้รับผูกไม่มีความพร้อม เช่น ต้องดูแลเด็กหลายคน เป็นผู้สูงอายุ 5) ภัยธรรมชาติ (อุทกภัย/น้ำท่วม/น้ำป่าไหลหลาก) 6) การพลัดตกลงไปในแหล่งน้ำเนื่องจากพาเด็กไปอยู่ใกล้แหล่งน้ำหรือไปแหล่งท่องเที่ยวทางน้ำ และ 7) การเสียชีวิตจากการจมน้ำที่มีสาเหตุไม่ชัดเจน

ทั้งนี้ ในการศึกษาพบข้อสังเกตคือ เหตุการณ์ที่มีเด็กจมน้ำเสียชีวิตพร้อมกันหลายคน มักมีเด็กที่โตกว่า

จมน้ำรวมอยู่ด้วย เนื่องจากชวนเด็กเล็กไปเล่นด้วยกัน บางเหตุการณ์มีเด็กเล็กอยู่ร่วมในเหตุการณ์มากกว่า 1 คน ซึ่งเด็กที่เห็นเหตุการณ์มีวัยที่ไม่แตกต่างกันมากนัก จึงไม่สามารถบอกเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน หรือกลัวความผิดจึงไม่กล้าบอก มี 2 กรณีศึกษาที่เกิดเหตุซ้ำ ๆ ในแหล่งน้ำเดิม ซึ่งคนในชุมชนมองว่าเป็นเรื่องของการตั้งใจปล่อยปละละเลยลูก เพราะเคยเกิดเหตุเช่นนี้กับพี่คนโตของครอบครัวนี้เมื่อหลายปีก่อน ส่วนอีกหนึ่งกรณีศึกษา ชุมชนมองว่าเรื่องอาชญากรรม นอกจากนั้นยังพบว่า มี 1 กรณีศึกษาที่จมน้ำในถึงน้ำที่มีระดับน้ำเพียง 5 - 10 เซนติเมตร เนื่องจากผู้ปกครองปล่อยให้เด็กเล่นตามลำพัง หากเด็กหายไปมักคิดว่าไปอยู่กับญาติคนใดคนหนึ่ง ประกอบกับเปิดประตูห้องน้ำทิ้งไว้ เมื่อเด็กหัวทิ่มลงถึงน้ำจะสามารถเอาตัวเองขึ้นมาได้ เพราะสรีระร่างกายของเด็กวัยนี้จะมีศีรษะที่โตกว่าลำตัว บางเหตุการณ์ผู้ดูแลเป็นผู้สู้อยู่ทำให้บอกตำแหน่งจุดเกิดเหตุได้ไม่ชัดเจน นอกจากนั้นยังพบผู้ดูแลหลักหรือผู้ที่พบเหตุการณ์ส่วนใหญ่ไม่รู้อิโหน่อิเหน่อช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้เด็กที่ตกน้ำ/จมน้ำ ต้องจมน้ำอยู่ในน้ำนานขึ้น และโอกาสในการรอดชีวิตน้อยลง

ปัจจัยเสี่ยงของการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สรุปได้ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านลักษณะทางครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ของบิดามารดา การประกอบอาชีพ ฐานะของครอบครัว 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก โดยขาดการประเมินความเสี่ยงของสภาพแวดล้อม 3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านที่มีความเสี่ยงและรอบ ๆ บ้าน เช่น บ่อน้ำ/สระน้ำไม่มีรั้วและไม่มีราวสะพาน และ 4) ปัจจัยด้านชุมชนและส่วนราชการ เช่น ขาดการซ่อมบำรุงรั้ว และการไม่ปิดฝาท่อระบายน้ำ

เมื่อนำผลการศึกษาวิจัยนี้มาเปรียบเทียบกับข้อมูลการจมน้ำในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค จะพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของวันที่เกิดเหตุ ส่วนช่วงเวลามีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดเหตุจมน้ำมากในช่วงเวลา 12.00 - 17.59 น. แต่การศึกษาที่พบการจมน้ำมากในช่วงเวลา 10.00 - 15.00 น. ^(9, 22, 23)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับข้อมูลจากระบบรายงานผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ ⁽⁹⁾ และการศึกษาที่ผ่านมา ^(14, 24, 25) ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในช่วงก่อนเกิดเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการดูแล ความเผลอเรอของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก และการปล่อยเด็กไว้ตามลำพัง ผู้ดูแลหลักมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด แหล่งน้ำที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นแหล่งน้ำตามธรรมชาติซึ่งไม่มีรั้วกั้น เช่น บ่อน้ำ สระน้ำ คลอง และอยู่ไม่ไกลจากบ้าน หรือแหล่งน้ำที่อยู่ในบ้านที่เด็กเข้าถึงได้ง่าย เช่น ถังน้ำ โอ่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ระบุว่า การจมน้ำของเด็กเล็กมักเป็นอุบัติเหตุที่ผู้ปกครองคาดไม่ถึง เพราะเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลเด็กได้ตลอดเวลา และไม่คิดว่าสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันทั่วไปจะเสี่ยงต่อการจมน้ำของเด็ก เช่น เข้าห้องน้ำ ทำกับข้าว คุยโทรศัพท์ เปิด-ปิดประตูบ้าน ⁽²⁴⁾ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบการจมน้ำสูงในบ่อขุด/คูน้ำ/บ่อน้ำตามธรรมชาติ และสาเหตุสำคัญของการจมน้ำคือการเล่นใกล้แหล่งน้ำ ⁽¹¹⁾

ปัจจัยเสี่ยงต่อการจมน้ำในช่วงขณะเกิดเหตุพบว่า เด็กวัยนี้มีความรับรู้ในความเสี่งต่ำ ศีรษะมีขนาดใหญ่ จึงล้มง่าย และไม่สามารถดูแลตัวเองได้ จึงสามารถจมน้ำได้แม้มีระดับน้ำเพียง 1 - 2 นิ้ว ⁽⁴⁾ กระแสน้ำรุนแรงเนื่องจากเกิดอุทกภัย และผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์เป็นเด็กจึงไม่กล้าบอกผู้ใหญ่ ^(14, 25) หรือเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกตำแหน่งการจมน้ำได้อย่างแม่นยำ

นอกจากนั้นยังพบว่าการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีผลมาจากหลายสาเหตุร่วมกัน หลายกรณีในการศึกษานี้พบว่า เด็กเดินออกไปนอกบ้านตามลำพังและตกน้ำ จนทำให้เกิดการจมน้ำเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศที่พบว่า เด็กวัยนี้จมน้ำสูงในบริเวณบ้านหรือรอบ ๆ บ้าน ^(26, 27) เนื่องจากเด็กวัย 1 - 2 ขวบเป็นวัยที่เพิ่งเรียนรู้การหัดที่จะเดิน จึงมีความอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมโดยรอบ แต่ในทางกลับกัน เด็กวัยนี้มีความสามารถในการประเมิน

อันตรายต่ำเกินไป และไม่สามารถป้องกันตนเองได้

สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการจมน้ำในช่วงหลังเกิดเหตุพบว่า บุคคลที่เป็นผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ หรือ ไม่รู้วิธีการทำ CPR ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ^(14, 24, 25, 27) โดยการศึกษาพบว่า เด็กส่วนใหญ่อยู่กับปู่ย่าหรือตายาย และผู้ดูแลหลักหรือผู้ที่พบเหตุการณ์ ส่วนใหญ่ไม่รู้วิธีการทำ CPR นอกจากนั้นยังพบว่ามีเด็ก 2 รายที่ได้รับการช่วยเหลือผิดวิธีโดยการจับอุ้มพาดบ่าเพื่อกระแทกเอาน้ำออก ซึ่งนับว่าน้อยลงไปมากเมื่อเทียบกับ 10 ปีที่แล้ว

แม้ว่าการศึกษานี้จะเป็นการศึกษาในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีสาเหตุการเสียชีวิตจากการจมน้ำที่มาจากความไม่ตั้งใจ (Unintentional drowning) แต่พบว่า มี 2 กรณีศึกษาที่อาจจะมีส่วนมาจากการจมน้ำที่มาจากความตั้งใจ (Intentional drowning) ทั้งนี้ประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะที่เกี่ยวกับการจมน้ำที่มีสาเหตุมาจากความตั้งใจ แต่จากข้อมูลสถานการณ์การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (Injury) ของเด็ก ปี พ.ศ. 2558 – 2562 ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 0 – 4 ปีถูกทำร้าย (X85-Y09) เป็นอันดับ 2 รองจากกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี⁽⁶⁾ สำหรับในต่างประเทศมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมากเช่นเดียวกัน โดยจากการศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่า การจมน้ำที่มีสาเหตุมาจากความตั้งใจยังคงพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และคนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีแนวโน้มที่จะจมน้ำโดยเจตนา มากกว่าคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลถึง 4.0 เท่า⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะ

1. มีข้อกำหนดด้านมาตรฐานความปลอดภัยขั้นต่ำในครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก (เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี) และให้หน่วยงานในระดับท้องถิ่นตรวจสอบการปฏิบัติตามข้อกำหนดของครัวเรือนอย่างสม่ำเสมอ เช่น การมีคอกกั้นเด็กให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี การกำหนดให้มีพื้นที่เล่นที่ปลอดภัยสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

2. มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์และรณรงค์เพื่อสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง และทักษะเพื่อความปลอดภัย

ปลอดภัยทางน้ำ (water safety education and awareness) ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม

3. มีการฝึกอบรมผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้เรื่องความเสี่ยงต่อการจมน้ำตามระดับพัฒนาการต่างๆ ของเด็ก รวมถึงการประเมินความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการจมน้ำในบ้านและละแวกบ้าน รวมถึงการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)

4. ให้ชุมชน องค์การท้องถิ่น และหน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม (community and sector engagement) ในการแก้ไขปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นมิตรกับเด็ก (child friendly environment) โดยแยกพื้นที่เล่น/เคลื่อนไหวของเด็กออกจากแหล่งน้ำ

5. มีการสอบสวนกรณีเกิดเหตุจมน้ำในเด็กทุกราย ทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต เพราะในบางกรณี การจมน้ำอาจเกิดจากการถูกผู้ปกครอง/ผู้ดูแลทำร้าย หรือตั้งใจละเลย

6. มีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง เพื่อคุ้มครองสิทธิในการมีชีวิตอยู่ของเด็ก เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน เจ้าหน้าที่และบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The global burden of disease:2004 update. Geneva: WHO Press; 2008.
2. World Health Organization. Global report on drowning: preventing a leading killer. Geneva: WHO Press; 2014.
3. World Health Organization. Preventing drowning: an implementation guide. Geneva: WHO Press; 2017.

4. สัม เอกเฉลิมเกียรติ. ทบทวนวรรณกรรมการจมน้ำของเด็ก. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การตกล้ำจมน้ำของเด็กในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
6. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (Injury) ของเด็กในประเทศไทย ปี 2558 - 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1343520221109024056.pdf>.
7. กองป้องกันการบาดเจ็บ. สถานการณ์การตกล้ำจมน้ำของเด็กในประเทศไทย ปี 2552 - 2561. นนทบุรี: ราไทยเพลส; 2563.
8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ พ.ศ. 2553 - 2564 [ไม่ได้ตีพิมพ์]; 2565.
9. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://dip.ddc.moph.go.th/satdrowning/>
10. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556: การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY). นนทบุรี: เดอะกราฟิกซิสเต็มส์; 2558.
11. Liu Z, Kong F, Yin L, Wang A, Xiong L, Xie D, et al. Epidemiological characteristics and influencing factors of fatal drowning in children under 5 years old in Hunan Province, China: case-control study. BMC Public Health 2019; 19(1): 955.
12. Cenderadewi M, Franklin RC, Peden AE, Devine S. Pattern of intentional drowning mortality: a total population retrospective cohort study in Australia, 2006-2014. BMC Public Health 2019; 19: 207.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Drowning Prevention [Internet]. 2021 [Cited 2022 Nov 10]. Available from: https://www.cdc.gov/drowning/pdf/CDC-DIP_At-a-Glance_Drowning_508.pdf.
14. กมลทิพย์วิจิตรสุนทรกุล, อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, อภิชาติ เมฆมาลิน. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการจมน้ำในเด็ก พ.ศ. 2543 - 2545. วารสารกรมควบคุมโรค 2546; 29: 229 - 36.
15. ปรมปัทธ ผลิตผลการพิมพ์. ภัยใกล้ตัวลูกที่พ่อแม่ไม่ถึงเด็กไทยจมน้ำตายอันดับหนึ่ง. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์; 2551.
16. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. เรื่องเล่าปิดเทอมอันตราย เด็กไทยจมน้ำตายมากที่สุด. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
17. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (Injury Surveillance System: IS) ปี พ.ศ. 2563 [ไม่ได้ตีพิมพ์]; 2564.
18. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
19. United Nations Thailand. Sustainable Development Goals in Thailand [Internet]. 2017 [Cited 2017 Jul 22]. Available from: <https://thailand.un.org/th/sdgs>.
20. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 28 April 2021: Global drowning prevention [Internet]. 2021 [Cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/106/27/PDF/N2110627.pdf?OpenElement>.

21. Haddon W. Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. *Public Health Rep* 1980; 95(5): 411–21.
22. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การตักน้ำจมน้ำในประเทศไทยปี 2558 – 2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
23. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. จำนวน ร้อยละ และอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ พ.ศ. 2546 – 2564 [ไม่ได้ตีพิมพ์]; 2565.
24. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาทบทวนสถานการณ์และโครงสร้างพื้นฐานของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2549 [ไม่ได้ตีพิมพ์]; 2549.
25. Plitponkarnpim A, Andersson R. Drowning: a hidden leading cause of death in Thai children. In: *Book of abstract. World congress on drowning 2002; June 26–28, 2022; Stichting Foundation Drowning 2002. Amsterdam: Consumer Safety Institute Amsterdam; 2002. p.108.*
26. Zhang PB, Deng JY, Chen RH. Analysis on the causes of accidental suffocation and drowning among children aged 0~4 in countryside of Jiangsu. *Chin J Dis Control Prev* 2001; 5 (3): 243–4.
27. Yang L, Nong QQ, Li CL, Feng QM, Lo SK. Risk factor for childhood drowning in rural regions of a developing country: a case-control study. *Injury Prevention* 2007; 13 (3): 178–1.

ประเมินผลการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มเยาวชน อายุ 15 - 19 ปี พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

Evaluation of alcohol consumption control in youths aged 15 - 19 years old, Health Regional Area 7

สารัช บุญไตรย์ วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน)

Sarach Buntrai M.Sc. (Community medicine)

กังสดาล สุวรรณรงค์ พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)

Kangsadal Suwanarong M.N.S. (Community health nursing)

พิรพรรณ ไชยวงศ์ วท.ม. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

Pirawan Chaiyawong M.Sc. (Occupation health and safety)

กานตกรัตรา อัมมะเหียะ วท.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

Kantakiratra Ummahia B.Sc. (Occupation health and safety)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Office of Disease Prevention and Control, Region 7 Khon Kaen

Received: July 22, 2022

Revised: January 20, 2023

Accept: March 2, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม หัวข้อประเด็นการสัมภาษณ์ และหัวข้อประเด็นแนวทางการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ รวม 39 คน ผู้จำหน่าย 47 คน และเยาวชนนักเรียนอายุ 15-19 ปี 354 คน ดำเนินการในเดือนพฤษภาคมถึงตุลาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ความชุกของนักดื่มที่เป็นเยาวชนในรอบปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.7 ในช่วงปี 2554 - 2557 ทั้งนี้ กรอบแนวทางการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดกำหนดตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ และมาตรการของสำนักงานคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค ด้านทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานตามบริบทโครงสร้างของแต่ละหน่วยงาน ระดับ สสจ. มีงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ดำเนินงานเพียงพอ แต่ระดับ สสอ. ยังมีไม่เพียงพอ และทุกระดับมีแผนปฏิบัติการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ โดยมีเครือข่ายภาครัฐ องค์กรเอกชน ภาคประชาชน และสื่อมวลชนที่เกี่ยวข้องร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน การขับเคลื่อนงานระดับจังหวัดดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ฝักระวังบังคับใช้กฎหมาย รมรงค์ประชาสัมพันธ์ การรับและจัดการเรื่องร้องเรียน สนับสนุนขับเคลื่อนมาตรการระดับชุมชน และการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้ติดสุรา และระดับอำเภอดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ตรวจเตือน บังคับใช้กฎหมาย อบรมชี้แจงร้านค้า ผู้จำหน่าย รมรงค์ประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนพัฒนาชุมชนต้นแบบ ส่วนการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับจังหวัดกำกับผ่านการประชุมติดตามของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระบบรายงานตัวชี้วัด ส่วนระดับอำเภอนั้นติดตามงานเฉพาะในช่วงเทศกาลสำคัญ ผ่านระบบรายงานและการประชุมประจำเดือนส่วนราชการ ผลที่เกิดขึ้นคือ ทุกจังหวัดมีการจัดทำและขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และรับเรื่องร้องเรียนในพื้นที่ โรงเรียนมัธยมศึกษาทุกแห่งในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษาเข้าร่วมโครงการโรงเรียนปลอดเครื่องดื่ม

ดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มผู้จำหน่ายที่ไม่รู้การจำกัดเวลาห้ามจำหน่ายประมาณร้อยละ 25 การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามขาย และขายให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี พบที่ร้านชำมากที่สุด เยาวชนอายุ 15-19 ปี กว่าร้อยละ 50 เคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 3 เดือน และยังพบว่า ผู้ที่ซื้อมีโอกาสที่จะเป็นนักดื่มประมาณ 11 เท่าของกลุ่มที่ไม่เคยซื้อ เจ้าหน้าที่ประมาณร้อยละ 4 ไม่ทราบเกี่ยวกับการจำกัดสถานที่จำหน่ายและอายุของผู้ซื้อ ประมาณร้อยละ 25 ที่ไม่รู้ช่วงการจำกัดเวลาจำหน่าย และมีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายเพียงร้อยละ 40 ของกรณีพบการกระทำผิด

สรุปและข้อเสนอแนะ ความซุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในพื้นที่สูง เยาวชนสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย ผู้จำหน่ายและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบบางส่วนยังมีการรับรู้ข้อจำกัดข้อห้ามตามกฎหมายที่ไม่ชัดเจน และมีข้อจำกัดของทรัพยากรสนับสนุนทั้งด้านปริมาณและการจัดการให้ทั่วถึงและเพียงพอ ดังนั้น การขับเคลื่อนการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนจึงควรมีการบริหารจัดการที่เป็นระบบทั้งด้านนโยบาย แผนปฏิบัติการ ทรัพยากรสนับสนุน การกำกับติดตาม และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายภาคการศึกษา ท้องถิ่น ชุมชนในการดำเนินงานให้ชัดเจนต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความซุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เยาวชนอายุ 15-19 ปี การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Abstract

This study aims to evaluate alcohol consumption control in youth aged 15-19 years old, health regional area 7 (HRA7). Four components were explored, Context, Input, Process, and Results. A mixed qualitative and quantitative research method was done with collection by questionnaires, interviews, and focus groups. The study participants were government officers, merchants, and youths.

The results show that 1) Context, youth drinkers in 12 months were 16.6 % and alcohol consumption control work keep following national alcohol policy and suggestion guideline of the department of disease control, ministry of public health 2) Inputs, both the provincial public health office (PPHO) and district public health office (DPHO) were adequate for the responsible person, therefore regarding the budget, there was appropriate for PPHO, but DHPO was not. PPHO assigned any work group to responsibility obviously and standing on national alcohol policy, recommendation of alcohol control committee, and routine activities (follow alcohol Act. 2008) 3) Process, these activities were exercised, at the provincial level, such as law enforcement, public campaign, channels, and compliance management, supporting community movement for alcohol control, and screening and treating alcohol-dependent drinkers. At the district level, law enforcement, public campaign, support community movement for alcohol control, and educate merchants related alcohol act. All provinces and districts work through committee meetings and report for monitoring and evaluation. All provinces progress alcohol control action plan, all government high schools took in alcohol-free school projects. 4) Performance in 2018, about 25% of the merchants did not know the time limit. Alcoholic beverages are sold in prohibited places, and sold to youth under 20 years old, which is found at most grocery stores. More than 50 percent of youth aged 15-19 had purchased alcohol in the past three months, and those who bought it were 11 times as likely to become a drinker than those who had never bought it. About 4 percent of staff are unaware of the location restrictions and the age of the shoppers, and about 25% are unaware of the time limit, and only 40 percent of law enforcement cases were found guilty.

Summary and suggestions, the prevalence of alcohol consumption among youth in the area is still high. Any vendors and responsible officers are also aware of unclear legal restrictions. Young people also have easy access to alcoholic beverages, and having limited resources to support both quantity and management thoroughly. Therefore, the drive to control alcohol consumption among youth should be managed systematically in terms of policies, plans, support, supervision, and monitoring. Also cooperating with network partners in the education sector, localities, and communities should be performed continually with clearing the operation.

Keywords: alcohol consumption, alcohol used, alcohol control in youth

บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อหลายประการทั้งต่อผู้ดื่มและสังคม อาทิเช่น ปัญหาสุขภาพ การสูญเสียสุขภาพ โดยเฉพาอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น และวัยทำงาน⁽¹⁾ และยังพบว่าปัจจุบันสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีปริมาณเพิ่มขึ้นด้วย ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2548 เฉลี่ยเท่ากับ 6.8 ลิตรต่อคน ต่อปีเพิ่มเป็น 7.1 ลิตรต่อคนต่อปีในปี 2553 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มในกลุ่มประเทศอาเซียน ด้วยกัน (3.5 ลิตรต่อคนต่อปี) ประมาณ 2 เท่า⁽²⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปในรอบ 12 เดือน มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน จากร้อยละ 31.5 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 32.3 และมีนักดื่มรายใหม่เพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ เป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี มากที่สุด คิดเป็นประมาณร้อยละ 49.6 ของนักดื่มที่เริ่มดื่มทั้งหมด และนักดื่มในรอบ 3 เดือนก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันจากร้อยละ 14.0 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 18.1 ในปี 2557^(3,4)

มาตรการดำเนินการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ประกอบด้วยการจำกัดอายุของผู้ซื้อ การจำกัดเวลาขาย การควบคุมการโฆษณา มาตรการควบคุมด้านราคาและภาษี และการจำกัดปริมาณของระดับแอลกอฮอล์ในกระแสดื่ม (50 mg%) ซึ่งเป็นมาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเน้นการจำกัดขอบเขตทั้งด้านเวลา สถานที่ และลักษณะของผู้ดื่ม ทั้งนี้เพื่อชะลอการเข้าถึงของผู้ที่คิดจะดื่ม ด้วยการออกและบังคับใช้กฎหมายข้อบังคับอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดด้านสถานที่ขายหรือการดื่ม กำหนด

เวลาขาย อายุผู้ซื้อ และอายุผู้ดื่ม^(5,6) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (พ.ศ. 2554 - 2563) เป็นกรอบในการปฏิบัติ มีเป้าหมายคือ การควบคุมปริมาณการบริโภค การป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ การลดความเสี่ยงของการบริโภค และการจำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยยุทธศาสตร์หลัก 5 ยุทธศาสตร์ คือ การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ การปรับเปลี่ยนค่านิยมและแรงสนับสนุนในการดื่ม การลดอันตรายจากการบริโภค การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ และการพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง เพื่อลดอัตราความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 12.7⁽⁵⁾

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มเยาวชน อายุ 15 - 19 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.8 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 23.6 ในปี 2557⁽⁷⁾ โดยพื้นที่จังหวัดที่มีความชุกลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ มหาสารคาม ขอนแก่น ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ (ร้อยละ 24.1, 22.9, 18.5, และ 14.9 ตามลำดับ)^(8,9) เห็นได้ว่าความชุกการดื่มในระดับเขต และรายจังหวัด ส่วนมากสูงกว่าค่าเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติที่กำหนดไว้ร้อยละ 12.7 ภายในปี 2558 และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ซึ่งเท่ากับร้อยละ 18.1 ซึ่งผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ดังนั้น การศึกษานี้ จึงต้องการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตามแนวคิดเชิงระบบของสตฟเฟิลบีม (Stufflebeam)^(10,11) ในระดับพื้นที่ และเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะการพัฒนา ปรับปรุงมาตรการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ตามกรอบแนวคิด 4 องค์ประกอบ คือ บริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ดำเนินงาน และผลลัพธ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research)

เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยประเมินการดำเนินงานควบคุมการ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี ตามกรอบแนวคิดเชิงระบบ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ดำเนินการศึกษาวิจัยในช่วงปี 2561

ประชากรที่ศึกษา

ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบ งานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับ จังหวัด ระดับอำเภอ เยาวชนนักเรียนอายุ 15 - 19 ปี

สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษาที่ 24, 25, 26, 27 และผู้ประกอบการร้านค้าที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

ขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่เลือกแบบเจาะจง จำนวน 40 คน และกลุ่มตัวอย่างร้านค้า เลือกแบบเจาะจง เช่นกัน จำนวน 67 คน (ร้านค้า)

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชน อายุ 15-19 ปี ใช้วิธีการ สุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยใช้สูตร⁽¹²⁾ การประมาณค่า สัดส่วนกรณีประชากรขนาดใหญ่ โดยกำหนดขนาดของ design effect เท่ากับ 2 ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2} \times \text{design effect} = 354$$

n ขนาดจำนวนตัวอย่าง

Z ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

d ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการ ประมาณค่าสัดส่วน เท่ากับ 0.05

p ค่าสัดส่วนความชุกการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของประชากร อายุ 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับร้อยละ 16.1⁽¹³⁾

Design effect คือ ค่าความแปรปรวนจากการสุ่ม ตัวอย่างหลายขั้นตอน กำหนดให้ค่าความแปรปรวน เท่ากับ 2⁽¹⁴⁾

ตารางที่ 1 จำนวนขนาดตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่รายจังหวัดและอำเภอ

จังหวัด	อำเภอ	โรงเรียน	จำนวน (คน)
ขอนแก่น	น้ำพอง	ลำน้ำพอง	58
	เขาสวนกวาง	ดงบังวิทยา	18
มหาสารคาม	โกสุมพิสัย	เขวไร่ศึกษา	68
	นาเชือก	นาเชือกพิทยาสรรค์	48
กาฬสินธุ์	หนองกุงศรี	หนองบัวไชยวารพิทยาสรรพ์	48
	สามชัย	สามชัย	21
ร้อยเอ็ด	จตุรพักตรพิมาน	โคกลำพญา	41
	หนองพอก	หนองพอกวิทยาลัย	52
รวม			354

การสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-stage cluster simple random sampling) ครอบคลุมทั้ง 4 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 7 เลือกจังหวัดละ 2 อำเภอ ตาม สัดส่วนประชากร (Proportional to size) สุ่มเลือกโรงเรียน แบบง่าย (Simple random) แต่ละอำเภอ 1 โรงเรียน และ สุ่มเลือกนักเรียนจากบัญชีรายชื่อให้ได้ครบตามจำนวน ขนาดตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

กลุ่มเจ้าหน้าที่ต้องเป็นผู้เกี่ยวข้อง หรือมีหน้าที่ การดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่น้อยกว่า 3 เดือนก่อนเก็บข้อมูล และยินดีเข้าร่วม โครงการวิจัย

กลุ่มผู้จำหน่ายต้องเป็นผู้จัดการ หรือพนักงานที่ ดูแลร้านค้าที่จำหน่าย หรือมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ จำหน่าย สามารถให้ข้อมูลและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มเยาวชน ต้องเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ใน วันที่เก็บข้อมูล สามารถอ่านและตอบแบบสอบถามเองได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ

แบบสอบถามแบบตอบเอง สำหรับเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการดำเนินงานควบคุม การดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลการปฏิบัติตามกฎหมายเมื่อ พบการละเมิดกฎหมาย

แบบสอบถามแบบตอบเอง สำหรับเยาวชน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ประสบการณ์ เกี่ยวกับการเข้าถึง/การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และการรับรู้กฎหมายระเบียบที่ เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แบบสอบถามแบบถามให้ตอบ สำหรับผู้จำหน่าย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ข้อมูลเกี่ยวกับร้านค้า และการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมาย ระเบียบ เกี่ยวกับการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การประเมินคุณภาพเครื่องมือ ด้วยวิธีตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการวิจัยที่เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยและนักวิชาการ สาธารณสุข 3 ท่าน สำหรับแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ และความรู้ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.65 - 1 และทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของคำถามการรู้กฎหมายระเบียบที่ เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่เท่ากับ 0.78 แบบสอบถาม สำหรับเยาวชนเท่ากับ 0.65 และแบบสอบถามสำหรับผู้จำหน่ายเท่ากับ 0.68

สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ

แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้บริหาร ประกอบด้วย นโยบาย มาตรการ ผลสำเร็จและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ความคาดหวังและสิ่งที่ควรดำเนินการในอนาคต และ ข้อเสนอแนะการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชน

แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ได้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอ ผลสำเร็จของการ ดำเนินงานที่มีความโดดเด่นและปัจจัยแห่งความสำเร็จ การปรับหรือพัฒนาวิธีการทำงานของพื้นที่ ความต้องการ สนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ความคาดหวัง ต่อการดำเนินงาน และข้อเสนอประเด็นที่มีความจำเป็นต้อง ดำเนินการในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

การประเมินคุณภาพเครื่องมือ ด้วยวิธีตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวิจัยที่เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยและนักวิชาการ สาธารณสุข 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.89 - 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพ⁽¹⁵⁾ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา รวบรวม แยกแยะประเด็น

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

รหัส No.FWA00013622 และรับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ 39 คน เป็นระดับผู้บริหาร 14 คน ระดับผู้ปฏิบัติงาน 25 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท อายุระหว่าง 41- 55 ปี (Median = 53, IQR = 23) และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเป็นระยะเวลา 6-10 ปี (Mean = 6.24, S.D. = 4.06) กลุ่มผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 47 คน การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.70 มีอายุระหว่าง 46-59 ปี (Mean = 53.83, S.D. = 12.31) และกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี 354 คน เป็นชาย ร้อยละ 48.3 เป็นหญิง ร้อยละ 51.70 ส่วนใหญ่มีอายุ 15 และ 17 ปี ร้อยละ 31.40 และ 31.60 ตามลำดับ (Median = 16, IQR=2) และอาศัยอยู่กับบิดามารดาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.3

1) บริบททั่วไป

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนอายุ 15-19 ปี ในปี 2557 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีความชุกเท่ากับร้อยละ 16.1 ยังสูงกว่าเป้าหมายการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554 - 2563 ที่ต้องลดความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชน 15-19 ปี ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 12.4 ภายในปี 2564 ทั้งนี้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบระดับเขตได้มีการดำเนินงานสนับสนุนหน่วยงานในพื้นที่ระดับจังหวัด และอำเภอ ให้ขับเคลื่อนดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง 4 มาตรการหลัก คือ มาตรการด้านกฎหมาย มาตรการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ มาตรการด้านการคัดกรองและบำบัดรักษา และการขับเคลื่อนมาตรการระดับชุมชน สอดคล้องกับมาตรการของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (พ.ศ.2554 - 2563) ใน 3 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (การเข้าถึงของเยาวชน)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การปรับเปลี่ยนค่านิยมและแรงสนับสนุน และยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ (นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชุมชน) และแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการการเชิงยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) อีกทั้งสอดคล้องกับแนวทางที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ คือ มาตรการที่ควรดำเนินการที่สุด (Best buy intervention) คือ มาตรการควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพ และมาตรการที่ควรดำเนินการ (Good buy intervention) คือ มาตรการควบคุมการขบขันยานพาหนะของผู้ดื่ม และมาตรการคัดกรองและให้การบำบัดรักษา กับมาตรการเสริมอื่นๆ ตามบริบทพื้นที่

2) ทรัพยากร และกลไกสนับสนุนการดำเนินงาน

ด้านทรัพยากรหรือปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ บุคลากร วัสดุสื่ออุปกรณ์ งบประมาณ และกลไกการจัดการ ในระดับจังหวัดมีความเพียงพอสำหรับดำเนินงาน แต่ระดับอำเภอ ปัจจัยที่เป็นวัสดุ สื่ออุปกรณ์ และงบประมาณ ไม่เพียงพอสำหรับดำเนินงาน ทั้งนี้บุคลากรผู้รับผิดชอบมีความต้องการพัฒนาศักยภาพเป็นระยะเพื่อเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ส่วนงบประมาณ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากงบโครงการประจำปีหน่วยงาน แต่ไม่พอสำหรับการดำเนินกิจกรรม ส่วนงบจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) มีเพียงบางพื้นที่อำเภอเท่านั้น

ด้านกลไกการจัดการ ระดับจังหวัดมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นเจ้าภาพหลัก โดยมอบหมายให้งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรับผิดชอบ กรอกรวบรวมแผนกิจกรรมดำเนินงานกำหนดตามแนวทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดเป็นหลัก และอาจมีแผนกิจกรรมเฉพาะกิจกรรมที่มีการร้องเรียนเกิดขึ้น ส่วนระดับอำเภอมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นเจ้าภาพหลัก กิจกรรมดำเนินงานเน้นการตรวจเตือนเฝ้าระวังการละเมิดข้อห้ามตามที่กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กำหนดไว้ และข้อเสนอแนะอื่นๆ ของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ

3) กระบวนการดำเนินงาน

ระดับจังหวัด

ด้านกิจกรรมดำเนินการ (ตารางที่ 2) ได้แก่

1) การตรวจเฝ้าระวังบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉลี่ย 4 ครั้ง/ปี 2) การรับเรื่องร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ เช่น เว็บไซต์หน่วยงาน กลุ่มไลน์งานแอลกอฮอล์ ศูนย์ดำรงธรรมประจำจังหวัด 3) การณรงคืประชาสัมพันธ์ในโอกาสสำคัญ 4) การคัดกรองและบำบัดรักษาผู้ติดสุรา และ 5) การขับเคลื่อนมาตรการระดับชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ เช่น รูปแบบการดำเนินงาน โดยกำหนดเชิงนโยบายเป็นวาระจังหวัด ซึ่งได้สร้างแรงผลักดันในการขับเคลื่อนงานและความร่วมมือที่ดีในระดับพื้นที่ ส่วนโครงการโรงเรียนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เขตพื้นที่มัธยมศึกษาส่วนใหญ่ไม่ทราบแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงาน จึงไม่ค่อยได้ให้ความสำคัญเหมือนโครงการโรงเรียนสีขาว (ปลอดยาเสพติด) ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานปราบปรามยาเสพติด (ปปส.)

ด้านการประสานงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ใช้รูปแบบ 1) ดำเนินการผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดที่มีการประชุมประมาณ 1-2 ครั้ง/ปี 2) การประชุมชี้แจงถ่ายทอด

นโยบาย เช่น โครงการโรงเรียนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ/หรือ 3) การประสานเป็นหนังสือเวียนแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ส่วนด้านการกำกับติดตามโดยปกติจะใช้ระบบการรายงาน แต่หากพื้นที่กำหนดเป็นวาระจังหวัดจะติดตามในการประชุมจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

ระดับอำเภอ

ด้านกิจกรรมที่ทุกพื้นที่ดำเนินการส่วนใหญ่ ได้แก่

1) การตรวจเฝ้าระวัง บังคับใช้กฎหมาย เฉพาะช่วงเทศกาลสำคัญ 2) การณรงคืประชาสัมพันธ์ในโอกาสสำคัญๆ ซึ่งส่วนใหญ่บูรณาการกับกิจกรรมณรงคือื่น ๆ และ 3) การขับเคลื่อนมาตรการระดับชุมชน เช่น งานบุญงานศพปลอดเหล้า ซึ่งในพื้นที่มี 2 รูปแบบการดำเนินงาน คือ รูปแบบการดำเนินงานเชิงนโยบายของนายอำเภอ และรูปแบบดำเนินงานที่เกิดจากประชาคมตำบลหมู่บ้านที่เกิดจากความต้องการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง (ตารางที่ 2)

การประสานและการกำกับติดตาม หากพื้นที่กำหนดเป็นนโยบายให้รายงานในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการประจำเดือนของอำเภอ ส่วนอีกรูปแบบเป็นไปตามมติประชาคมหมู่บ้าน/ตำบลของแต่ละชุมชน

ตารางที่ 2 ลักษณะกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่

ระดับพื้นที่	กิจกรรม
จังหวัด (4 จังหวัด)	1. ตรวจเตือน บังคับใช้กฎหมาย (4 จังหวัด) 2. ณรงคื ประชาสัมพันธ์ ร่วมกับภาคีเครือข่าย (4 จังหวัด) 3. โครงการโรงเรียนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี (4 จังหวัด) 4. ส่งเสริมมาตรการชุมชน - สร้างต้นแบบบ้านวัดโรงเรียนปลอดบุหรีแอลกอฮอล์ (มหาสารคาม) - งานศพงานบุญปลอดเหล้า (ขอนแก่น) - ธรรมบุญสุขภาพ (ร้อยเอ็ด) 5. การคัดกรองและบำบัดผู้ติดสุรา (4 จังหวัด) 6. การจัดการช่องทางและเรื่องร้องเรียน (4 จังหวัด)

ตารางที่ 2 ลักษณะกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ (ต่อ)

ระดับพื้นที่	กิจกรรม
อำเภอ (8 อำเภอ)	1. ตรวจเตือน บังคับใช้กฎหมาย (8 อำเภอ) 2. รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ - งดเหล้าเข้าพรรษา (1 อำเภอ: มหาสารคาม) - ให้ความรู้แก่นักเรียนมัธยม (8 อำเภอ) - ติดป้าย สติกเกอร์ในชุมชน ร้านค้า (2 อำเภอ: ร้อยเอ็ด) 3. ส่งเสริมมาตรการชุมชน - สร้างชุมชนต้นแบบลดละเลิก บุหรี่ สุรา งานศพงานบุญปลอดเหล้า (7 อำเภอ): ภาพสนธิ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด) - ธรรมนูญสุขภาพ (1 อำเภอ: ร้อยเอ็ด) 4. อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ (8 อำเภอ) 5. อบรมผู้จำหน่าย และ อสม. (2 อำเภอ: ร้อยเอ็ด)
เขตพื้นที่มัธยมศึกษาจังหวัด (4 จังหวัด)	1. กิจกรรมสถานศึกษาสีขาว (ป.ส.) 2. กิจกรรมโรงเรียนปลอดบุหรี่และแอลกอฮอล์ (กรมควบคุมโรค)

4) ผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความรู้และการปฏิบัติตามกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เจ้าหน้าที่ มีประมาณร้อยละ 4 ที่ไม่รู้จักเกี่ยวกับการจำกัดการจำหน่ายในบางสถานที่ และการห้ามจำหน่ายให้แก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และการห้ามจำหน่ายให้แก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 อีกประมาณ 1 ใน 5 ที่ไม่รู้จักการจำกัดช่วงเวลาห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประมาณร้อยละ 5 ที่ไม่รู้จักการจำกัดห้ามดื่มในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง และสวนสาธารณะของราชการรัฐวิสาหกิจ ประมาณร้อยละ 5 ที่ไม่รู้จักข้อจำกัดการห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขาย การพบเห็นการกระทำที่ละเมิดกฎหมาย พบมากที่สุด 3 กรณี คือ กรณีห้ามจำหน่ายในศาสนสถาน ร้อยละ 80.6 กรณีจำหน่ายในช่วงเวลาห้ามจำหน่ายที่ร้านชำ ร้อยละ 74 และการขายให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ร้านชำ ร้อยละ 56 ส่วนการดำเนินการหลังพบการกระทำผิดส่วนใหญ่เป็นการชี้แจงสร้างความเข้าใจ

มีการบังคับใช้กฎหมาย เพียง 11 จาก 40 ครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 25

ผู้จำหน่าย ร้อยละ 17 ที่ไม่รู้จักเกี่ยวกับการห้ามขายในหอพัก ร้อยละ 13 ไม่รู้จักเกี่ยวกับการห้ามขายในปั้มน้ำมัน และร้อยละ 15 ไม่รู้จักเกี่ยวกับการห้ามขายให้คนเมาครองสติไม่ได้ และ มากกว่าครึ่งหนึ่งที่ไม่รู้จักการจำกัดเวลาห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างเวลา 14.00 – 17.00 น. และเวลา 24.00 – 11.00 น. ประมาณร้อยละ 20 ไม่รู้ว่าห้ามในรูปแบบขายพ่วงโดยเครื่องขายอัตโนมัติ การกระทำที่เป็นการละเมิดกฎหมายมากที่สุด คือ การจำหน่ายในช่วงเวลาห้ามจำหน่าย ประมาณร้อยละ 80 และการจำหน่ายให้ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 20

เยาวชนจำนวนประมาณกว่าครึ่งไม่รู้ว่า มีการห้ามจำหน่ายในหอพัก การห้ามจำหน่ายในปั้มน้ำมัน ห้ามจำหน่ายให้คนเมาครองสติไม่ได้ ประมาณ ร้อยละ 80 ที่ไม่รู้จักเกี่ยวกับเวลาห้ามจำหน่าย ร้อยละ 54.7 ไม่รู้จักการห้ามดื่มในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง ร้อยละ 32.5 ไม่รู้จักการห้ามดื่มในสวนสาธารณะราชการรัฐวิสาหกิจ

การเข้าถึงและความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน อายุ 15 - 19 ปี

ในช่วงรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เยาวชน อายุ 15-19 ปี เกือบประมาณครึ่งหนึ่งเคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประมาณร้อยละ 70 ของกลุ่มเยาวชนที่เคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้จะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 1-2 ครั้ง ต่อเดือน ร้านขายของชำเป็นสถานที่

ซื้อบ่อยที่สุด ร้อยละ 73.05 ช่วงเวลาที่มีการดื่มมากที่สุด เวลา 17.00-24.00 น. ร้อยละ 93.2 ความชุกของการดื่มในรอบ 3 และ 12 เดือนที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 41.53 และ 46.3 ตามลำดับ ความถี่ในการดื่ม ส่วนใหญ่ประมาณเดือนละ 1-3 วัน ร้อยละ 78.91 และดื่ม 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 19.73 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความถี่ในการซื้อ แหล่งที่ซื้อ ช่วงเวลาที่ดื่มและประสบการณ์ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน 15-19 ปี

ประเด็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความถี่ในการซื้อ n=354		
- ไม่เคยซื้อ	199	56.21
- เคยซื้อ	155	43.79
- ทุกวัน	2	1.3
- เกือบทุกวัน (5-6 วัน/สัปดาห์)	7	4.5
- วันเว้นวัน (3-4 วัน/สัปดาห์)	16	10.3
- ทุกสัปดาห์ (1-2 วัน/สัปดาห์)	22	14.2
- ทุกเดือน (1-2 วัน/เดือน)	108	69.7
สถานที่ซื้อบ่อย n=141		
- ร้านมินิมาร์ท หรือร้านสะดวกซื้อ	38	26.95
- ร้านขายของชำ	103	73.05
ช่วงเวลาที่ดื่ม n=147 (ตอบได้มากกว่า 1 ช่วงเวลา)		
- ช่วงเวลา 06.00-17.00 น.	40	27.2
- ช่วงเวลา 17.00 - 24.00 น.	137	93.2
- ช่วงเวลา 24.00 - 06.00 น.	2	1.36
ประสบการณ์ในการดื่มรอบที่ผ่านมา n=354		
- ไม่ดื่ม	207	58.47
- ดื่ม ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	147	41.53
- ดื่มมากกว่า 2 วัน ต่อ สัปดาห์	2	1.36
- ดื่ม 1-2 วัน ต่อ สัปดาห์	29	19.73
- ดื่ม 1-3 วัน ต่อ เดือน	116	78.91
- ดื่ม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	164	46.3

และพบว่า กลุ่มเยาวชน อายุ 15-19 ปี ที่เคยซื้อเครื่อง
ดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสที่จะดื่มประมาณ 11 เท่าของกลุ่ม

ที่ไม่เคยซื้อ ($OR_{Crude} = 11.42, 95\%CI = 6.91-18.87$)
(ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเคยซื้อและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของเยาวชนอายุ 15-19 ปี ในรอบ
3 เดือน

ตัวแปร	ดื่ม		ไม่ดื่ม		OR_{Crude}	95% CI	Chi-square (χ^2) (P-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เคยซื้อ	111	75.5	44	21.3	11.42	6.91-18.87	102.79 (0.001)
ไม่เคยซื้อ	36	24.5	163	78.7			
รวม	147	41.5	207	58.5			

5) การเพิ่มประสิทธิภาพของการควบคุมการบริโภค
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการ
สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบว่า แนวทางเสริมในการ
เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ในพื้นที่สมควรพิจารณาดำเนินการควบคู่กันไป
ได้แก่ แนวทางที่ 1 การขับเคลื่อนเชิงสังคมวัฒนธรรม
ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ กำหนดเป็นงานนโยบายของพื้นที่
จังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัด หรืออำเภอโดยนายอำเภอ
เป็นวาระจังหวัด วาระอำเภอ วาระตำบล ภายใต้เป้าหมาย
และแนวทางเดียวกัน เช่น งานศพปลอดเหล้า งานบุญ
ปลอดเหล้า และการสร้างกระแสการรับรู้และความรับผิดชอบ
ของประชาชน โดยกำหนดแนวปฏิบัติเป็นมาตรการชุมชน
จากการมองเห็นความจำเป็นที่ต้องมีการแก้ไขปัญห
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของแกนนำในชุมชนเอง เช่น
พระ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกิดเป็น
ธรรมนูญหรือข้อบังคับของชุมชนโดยมติชุมชนหมู่บ้าน
ยอมรับ นำไปสู่การเปลี่ยนวิถีวัฒนธรรมงานบุญประเพณี
ปลอดเหล้า การสร้างผู้ใหญ่ต้นแบบให้เด็กได้เห็น และ
ร้านค้าจำหน่ายเข้าใจปฏิบัติตามกฎหมายชุมชน แนวทางที่ 2
การส่งเสริมให้มีการเรียนการสอนในสถานศึกษา
ตั้งแต่เด็กเล็กเพื่อสร้างการรับรู้ จิตสำนึก โดยกระทรวง
ศึกษาธิการเป็นแกนนำที่ควรกำหนดเป็นนโยบายลงไปถึง
พื้นที่ และสถานศึกษา และแนวทางที่ 3 การสนับสนุน

การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และการสร้างให้
เกิดการเรียนรู้ของเด็กเยาวชน ทั้งนี้กรมควบคุมโรคเป็น
หน่วยงานที่มีหน้าที่ให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ต้อง
ส่งเสริมบูรณาการการทำงานของภาคีที่เกี่ยวข้องในหลายด้าน
ได้แก่ การบริหารนโยบาย การบังคับใช้กฎหมาย

สรุปอภิปรายผล

ผลการประเมินการดำเนินงานควบคุมการบริโภค
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชน 15-19 ปี พื้นที่
เขตสุขภาพที่ 7 การกระจายทรัพยากรสนับสนุน
การดำเนินงานในระดับปฏิบัติระดับพื้นที่อำเภอไม่ทั่วถึง
อยู่บางพื้นที่ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานส่วนหนึ่ง เช่น ผู้รับผิดชอบ
งานใหม่ เป็นต้น ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติบังคับใช้
กฎหมายที่เกี่ยวข้องซึ่งทั้ง 2 ประเด็นนี้อาจส่งผลต่อความ
ต่อเนื่องและประสิทธิภาพการทำงาน ตลอดจนถึงผลของ
การขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ในพื้นที่ด้วย

เจ้าหน้าที่บางส่วนที่เป็นเจ้าพนักงานรับผิดชอบ
ไม่ทราบข้อห้ามข้อจำกัดตามที่กฎหมายกำหนดไว้
เกี่ยวกับการจำกัดสถานที่ เวลา บุคคล ทั้งด้านการขาย
และการห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนมากจึงไม่มี
การปฏิบัติให้เป็นไปตามบทบัญญัติของกฎหมายที่
เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าซึ่งพบว่า

มีเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายไม่รู้ว่ามีการจำกัดห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบางช่วงเวลา กำหนดสถานที่ห้ามจำหน่าย และเมื่อพบเห็นการละเมิดไม่ปฏิบัติตามกฎหมายใช้วิธีการตักเตือนแนะนำ⁽¹⁸⁾

ผู้จำหน่ายจำนวนไม่น้อยที่ไม่ทราบข้อจำกัดข้อห้ามและการละเมิดไม่ปฏิบัติตามทั้งด้านข้อห้ามเกี่ยวกับเวลาอายุของผู้ซื้อ สถานที่ห้ามจำหน่าย และการขายแบบส่งเสริมการขาย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้จำหน่ายไม่รู้ว่า มีการห้ามส่งเสริมการขายฯ ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาห้ามขายขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ผู้อายุต่ำกว่า 20 ปี⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ ส่งผลให้มีการละเมิดกฎหมายเกี่ยวกับด้านเวลาห้ามขาย สถานที่ห้ามขาย และการขายให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลใดๆ จากการปฏิบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่

กลุ่มเยาวชน (15-19 ปี) ประมาณร้อยละ 25 ที่ไม่รู้ว่ามีการห้ามดื่มในบางสถานที่ เช่น ปิมน้ำมัน สวนสาธารณะ สถานที่ราชการ สถานศึกษา สถานบริการสาธารณะ และศาสนสถาน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ามีการดื่มในวัด และดื่มในสถานศึกษา⁽¹⁷⁾

การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนจำนวนกว่าครึ่งของตัวอย่างที่ศึกษาเคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ประมาณ 1-2 วันต่อเดือน และส่วนใหญ่ซื้อที่ร้านขายของชำที่สามารถหาซื้อได้ง่ายใกล้ที่พักส่งผลต่อการเข้าถึงสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราในนักเรียน^(19,20) และยังพบว่า เยาวชนที่เคยซื้อมีโอกาสที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประมาณ 11.42 เท่าของคนที่ไม่เคยซื้อ

เยาวชนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาประมาณร้อยละ 46.30 ซึ่งมีสัดส่วนที่สูงสอดคล้องกับผลการศึกษาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁹⁻²¹⁾ ที่พบว่านักเรียนทั่วประเทศดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่ผ่านมาประมาณร้อยละ 25 และนักเรียนชั้นโตกว่าดื่มมากกว่าชั้นเล็ก

การเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต้องบูรณาการ 2 แนวทางเสริมแรงกัน คือ ด้านการบังคับใช้กฎหมายในบริบทพื้นที่การศึกษา

และด้านการขับเคลื่อนเชิงสังคมวัฒนธรรมภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในสังคมในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) หน่วยงานระดับเขต (สคร.) ระดับจังหวัด (สจ.) ควรพิจารณาทบทวนแนวทางการจัดสรรทรัพยากรดำเนินงานให้กระจายทั่วถึงในพื้นที่รวมถึงการประสานให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.) ภาครัฐ/ภาคองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง และภาคองค์กรประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงานให้มากขึ้น

2) การขับเคลื่อนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ ควรสนับสนุนผลักเข้าเป็นวาระหรือนโยบายระดับพื้นที่จังหวัด/อำเภอ/ตำบล เพื่อให้เกิดความร่วมมือและพลัง สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องยั่งยืน

3) การดำเนินการตามแนวทางโรงเรียนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรมีการสร้างการเข้าใจและกำหนดเป้าหมาย แนวทางการดำเนินการร่วมกันในระดับผู้บริหารเขตพื้นที่การศึกษา และหน่วยงานภาคสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้มีกลไกการขับเคลื่อนเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับสถานศึกษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และพิจารณาบูรณาการดำเนินงานกับโครงการโรงเรียนสีขาวที่มีการดำเนินงานอยู่เดิม เพื่อลดความซ้ำซ้อน และภาระของผู้ปฏิบัติด้วย

4) หน่วยงานระดับเขต (สคร.) ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพด้านการบังคับใช้กฎหมายแก่เจ้าพนักงานตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกระดับ พร้อมจัดให้มีสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่อย่างเพียงพอ เช่น บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ชุดอุปกรณ์การออกปฏิบัติงาน และระบบการให้คำปรึกษาที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายมีประสิทธิภาพ

5) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ (สจ. สสอ. อปท.) ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ร้านค้าผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และติดตาม

แนะนำการปฏิบัติตามกฎหมาย โดยการมีส่วนร่วมของ ผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการ หรือไม่ดำเนินการของเจ้าพนักงานตามกฎหมาย เมื่อพบเห็นการไม่ปฏิบัติตามข้อห้ามที่กำหนดไว้ในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวข้องให้สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในชุมชนต้นแบบการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่เพื่อนำไปขยายผลการดำเนินงานและสนับสนุนการขับเคลื่อนมาตรการระดับชุมชนเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เกิดชุมชนต้นแบบเพิ่มขึ้น

3) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างรูปแบบการดำเนินงานที่กำหนดเป็นวาระนโยบาย กับรูปแบบที่ไม่กำหนดเป็นวาระนโยบายของพื้นที่ เพื่อพิจารณาหารูปแบบที่เหมาะสมในการสนับสนุนการดำเนินงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.มานพ คณะโต ที่ปรึกษา งานวิจัย นายแพทย์ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ดร.ราณี วงษ์คงเดช ที่กรุณาให้คำแนะนำในการศึกษา ผู้บริหาร บุคลากรทุกระดับ เยาวชนที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาค้นคว้าจนสำเร็จ ลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก; 2558.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health – 2014 [Internet]. 2014 [cited 2022 Jul 21]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112736>
3. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สถานการณ์และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา; 2559.
4. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค. การประเมินผลครึ่งแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ (พ.ศ. 2554-2558). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์; 2559.
5. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. นนทบุรี: เดอะ กราฟิก ซิสเต็ม; 2553.
6. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ (พ.ศ. 2554-2563). นนทบุรี: เดอะ กราฟิก ซิสเต็ม; 2553.
7. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์; 2559.
8. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย รายจังหวัด พ.ศ. 2554. นนทบุรี: เดอะ กราฟิก ซิสเต็ม; 2556.
9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. รายงานประจำปี 2559. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น; 2559.
10. รัตนะ บัวสนธิ์. รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2556; 5(2): 7-24.
11. สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. วิธีวิทยาการประเมิน: ศาสตร์แห่งคุณค่า. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

12. สุรศักดิ์ ไชยสงค์. ขนาดตัวอย่างในการวิจัย (คลินิกวิจัย). จดหมายข่าวศูนย์วิจัยปัญหาสุรา 2556; 2(6): 5-8.
13. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [Internet]. 2022[cited 2022 Jul 22]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/>
14. Cochran WG. Sampling Techniques 3rd Ed. New York: John Wiley & Sons; 1991.
15. มานพ คณะโต. วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพในระบบสุขภาพชุมชน. ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
16. กนกพร พินิจลึก, บุญทนากร พรหมภักดี, วรางคณา คัมภีระ, นิภาพร ห่องบุตรศรี, นันทน์ วิรุฬหเดช. การประเมินผลมาตรการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ตามแนวทางของแบบจำลอง CIPP ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2556.
17. กฤษณ์ โพธิ์ศรี. การพัฒนาศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(2): 8-16.
18. ชุชนะ รุ่งปัจฉิม, เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล. การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยพะเยา 2553; 2(3): 7-21.
19. ทิฆัมพร หอสิริ, ชุสิกร ลิทธิสัน, กนกขวัญ ลิ้มศรีเจริญ. ความสุขของพฤติกรรมการดื่มสุราในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(1): 3-14.
20. ดุษฎี อายุวัฒน์, วณิชชา ณรงค์ชัย. การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(ขอนแก่น และอุดรธานี). วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 5(1): 55-68.
21. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา(ศวส.). ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2562.

ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในจังหวัดหนองคาย

Association Between Smoking and Chronic Kidney Disease among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Nong Khai Province

คมกริช ศรีชาดา ส.บ.

สุพจน์ คำสะอาด ส.ด.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Komgrich Srichada B.P.H.

Supot Kamsa-ard Dr.P.H.

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received: April 4, 2023

Revised: June 13, 2023

Accept: August 5, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (Analytical retrospective cohort study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาอุบัติการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดหนองคาย โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดหนองคาย (Health Data Center: HDC) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 โดยติดตามสถานะการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยทุกรายจนถึงวันที่ 30 กันยายน 2565 จำนวน 3,270 คน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยสถิติโมเดลเชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (Generalized Linear Model: GLM) นำเสนอค่า adjusted Relative Risk (RR_{adj}) พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% (95% CI) ผลการศึกษาพบว่า ภาวะรวมอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดหนองคาย 5.1 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI: 4.4 ถึง 5.9) และยังพบว่าผู้ที่มียพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ปัจจุบันยังสูบ) มีอัตราอุบัติการณ์เกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 8.8 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI: 6.9 ถึง 11.0) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 3.99 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ($RR_{adj} = 3.99$; 95% CI: 2.67 – 5.96), ผู้ที่สูบบุหรี่ (ปัจจุบันยังสูบอยู่) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 4.10 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ($RR_{adj} = 4.10$; 95% CI: 2.73 – 6.16) โดยการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่พบอุบัติการณ์ต่ำในการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในการรับรู้และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สูบบุหรี่ โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study was an analytical prospective study. The objectives are aimed to determine the incidence rate (IR) and association between smoking and CKD with T2DM patients in Nong Khai Province. Data from Health Data Center (Health Data Center : HDC). Study in T2DM received treatment between 1 October 2019 and 30 September 2020. Follow-up of all patients with T2DM after diagnosis until 30 September 2022. Among 3,270 patients with T2DM Statistical analysis by using Generalized Linear Model (GLM), which had reported an adjusted Relative Risk (RR_{adj}) with 95% confidence intervals (95% CI). The results showed the overall IR of chronic kidney disease in patients with T2DM in Nong Khai province was 5.1 per 100 person-years (95% CI; 4.4 to 5.9). We found that patients with smoking behavior (currently smoking), the IR of CKD was 8.8 per 100 person-years (95%CI; 6.9 to 11.0). After adjusting all variables in the model, former smokers who quit smoking had a 3.99 times risk of CKD with T2DM patients compared to non-smokers ($RR_{adj} = 3.99$; 95% CI): 2.67 – 5.96), smokers (current smokers) have a risk of CKD with T2DM patients 4.82 times compared to non-smokers ($RR_{adj} = 4.28$; 95% CI: 2.73 – 6.16). There was a statistically significant dose response relationship (P-value < 0.001). The findings from this study the findings show that smoking behavior are associated with an increased risk of CKD among T2DM while the IR was low. Patients should receive knowledge about the prevention preventing of CKD be aware of self-care in order to decrease the occurrence of CKD.

Keywords: Smoking, Chronic Kidney Disease, Type 2 Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus; DM) เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคลจนนำไปสู่ปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตจำนวนมาก โดยพบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยของโลก ปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจำนวนประมาณ 537 ล้านคน ซึ่งในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวาน 6.1 ล้านคน สูงเป็นลำดับที่ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย และญี่ปุ่น มีการประมาณการว่าหากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานยังคงเพิ่มขึ้นในอัตราคงที่ภายในปี พ.ศ. 2588 จะพบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 783 ล้านคน⁽¹⁾

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) เป็นโรคที่เกิดจากภาวะที่ไตเสื่อมหรือทำงานลดลง ส่งผลให้มีความผิดปกติในการกำจัดของเสียต่างๆ ออกจากร่างกาย รวมถึงการหลั่งฮอร์โมน การควบคุมน้ำและแร่ธาตุเพื่อรักษาสมดุล⁽²⁾ CKD ถือเป็นปัญหาสำคัญ

ของโลกและประเทศไทย เพราะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ สถานการณ์ปี 2564 มีคนไทยที่ป่วยด้วย CKD สูงถึงร้อยละ 17.6 หรือประมาณ 8 ล้านคน และยังพบว่าจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้ายประมาณ 64,639 คน อีกทั้งมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ⁽⁴⁾ โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease; DKD) เป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังชนิดที่เกิดกับเส้นเลือดขนาดเล็ก พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน มีลักษณะอาการคือ มีโปรตีนในปัสสาวะปริมาณมากผิดปกติ ความดันโลหิตสูงและการทำงานของไตลดลงในระยะท้ายซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตประมาณร้อยละ 20.0 – 40.0 ซึ่งอาจดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตเรื้อรังและไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD)⁽⁵⁾

การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวานอาจจะก่อให้เกิดภาวะไตเสื่อมเร็วกว่าปกติ⁽⁵⁻⁷⁾ โดยการสูบบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตสูงควบคุมได้ยากมากขึ้น การชะลอความ

เสื่อมได้ยากขึ้น หากไม่เลิกสูบบุหรี่อาจทำให้ไตเสื่อมและไตวายเร็วขึ้น⁽⁸⁾ ซึ่งส่งผลให้อัตราการไหลเวียนโลหิตในไตลดลงทำให้เส้นเลือดในไตตีบ ทำลายเส้นเลือดแดงเล็ก ๆ ทำให้เส้นเลือดในไตอุดตัน และการสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะมากขึ้น จนส่งผลให้สูโรไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วขึ้น⁽²⁾ ดังนั้นการไม่สูบบุหรี่หรือการไม่รับควันบุหรี่เป็นการช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้⁽⁷⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานของจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.034$) กล่าวคือ เมื่อควบคุมตัวแปรที่เหลือจากสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เคยสูบบุหรี่หรือเลิกแล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเป็น 1.55 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ ($OR_{adj} = 1.55$; 95%CI: 1.03–2.32)⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดเลย ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือเคยสูบแต่เลิกแล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น 2.44 เท่าของผู้ที่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ($OR_{crude} = 2.44$; 95%CI 1.08–5.79)⁽⁹⁾ แตกต่างกับการศึกษาประเทศอิตาลีที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสรiskต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต (eGFR น้อยกว่า 60) เป็น 0.79 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ ($OR_{crude} = 0.79$; 95%CI: 0.74 – 0.84)⁽¹⁰⁾ แตกต่างจากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการกรองของไตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.147$) กล่าวคือ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต (eGFR < 60) เป็น 1.18 เท่าเมื่อเทียบกับคนไม่สูบบุหรี่ ($HR_{adj} = 1.18$; 95%CI: 0.94–1.49)⁽¹¹⁾

เขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองบัวลำภู หนองคาย และบึงกาฬ ในปี พ.ศ. 2564 พบสถิติการเจ็บป่วยของ

ประชาชนที่มาขอรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (Out Patient Department; OPD) สูงที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน⁽¹²⁾ ซึ่งมีอัตราความชุกเป็นร้อยละ 24.7 และ 8.9 ตามลำดับ⁽¹³⁾

จังหวัดหนองคาย พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 14.8 และโรคเบาหวานร้อยละ 9.2⁽¹²⁾ โดยพบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานเป็น 625.4 ต่อแสนประชากร และมีการสำรวจประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 3.3 ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 3.7 อีกทั้งยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2564 พบมีอัตราแทรกซ้อนทางไตสูงถึงร้อยละ 4.6 ซึ่งยังมีผู้ป่วยโรคเบาหวานรอการวินิจฉัยจากแพทย์อีกร้อยละ 17.4⁽¹³⁾ ภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเกิดมากขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อาจนำไปสู่ความพิการและตายก่อนวัยอันควร และส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว⁽¹⁴⁾

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มสูงขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁵⁾ และยังไม่สอดคล้องกันของผลการศึกษาที่ผ่านมา ดังนั้นจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางไปประยุกต์ใช้ด้านการส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่และปัจจัยอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อหาอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดหนองคาย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (Analytical Retrospective Cohort Study) ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ จังหวัดหนองคาย (Health Data Center: HDC) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 โดยติดตามสถานะการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยทุกรายจนถึงวันที่ 30 กันยายน 2565

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ในจังหวัดหนองคายที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับของภาครัฐ วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 จำนวน 27,924 คน⁽¹³⁾

3. ขนาดตัวอย่าง

พิจารณาตามรูปแบบการวิจัยและวิธีการทางสถิติ โดยพิจารณาตามรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Retrospective Cohort Study และวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์หลายตัวแปร (Multiple analysis) ซึ่งวิธีการที่เหมาะสมในการคำนวณขนาดตัวอย่างจะคำนวณตามสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง⁽¹⁶⁾ ดังนี้

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}[P(1-P)/B]^{1/2} + Z_{1-\beta}[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)(1-B)/B]^{1/2}\}^2}{[(P_1 - P_2)^2(1-B)]}$$

โดย n = จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมดในวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 จึงมีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 (β = 0.20) จึงมีค่าเท่ากับ 0.842

P = ค่าสัดส่วนของตัวแปร หาได้จาก $(1 - B) + B$ มีค่าเท่ากับ 0.25

P_1 = ค่าสัดส่วนการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ = $186/780 = 0.238$

P_2 = ค่าสัดส่วนการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ = $57/195 = 0.292$

B = สัดส่วนของคนที่ไม่สูบบุหรี่ทั้งหมด = $195/975 = 0.200$

ผู้วิจัยใช้ค่า P_1 , P_2 และ B จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาแอสไพรินกับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดขอนแก่น⁽¹⁷⁾

แทนค่าในสูตรจะได้ขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{\{1.96[0.25(1-0.25)/0.20]^{1/2} + 0.842[0.238(1-0.238) + 0.292(1-0.292)(1-0.20)/0.20]^{1/2}\}^2}{[(0.238-0.292)^2(1-0.20)]}$$

$$n = 3,138.71 \approx 3,139 \text{ คน}$$

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 3,139 คน แล้วนำขนาดตัวอย่างมาปรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ⁽¹⁶⁾ เท่ากับ 0.2 ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมของการศึกษานี้ เท่ากับ 3,270 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการและรับยารักษาโรคเบาหวานที่สถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งของจังหวัดหนองคาย วันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง
ก่อนการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน

4. การสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง
อย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

4.1 กำหนดกรอบประชากรโดยกำหนดให้ผู้ป่วย
โรคเบาหวานซึ่งเรียงลำดับตามทะเบียนผู้ป่วยที่มา
รับบริการเพื่อใช้ในการสุ่มตัวอย่างในขั้นต่อไป โดยกำหนด
ลำดับสมาชิก 1 - 27,924

4.2 คัดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วย
โรคไตเรื้อรัง ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2562 จำนวน 4,218 คน

4.3 คำนวณช่วงของการสุ่ม โดยหาอัตราส่วน (k)
ระหว่างประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n)

$$\text{จากสูตร } k = \frac{N}{n} = \frac{23,706}{3,270} = 7.25 \approx 7$$

ดังนั้น ช่วงของการสุ่ม คือ 7 หมายถึง สมาชิกทุก ๆ
7 คน จะถูกสุ่มมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน

4.4 สุ่มหน่วยเริ่มต้น (Random Start: R) ของกลุ่ม
ตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (จับฉลาก) จากสมาชิก
หมายเลข 1 ถึงหมายเลข 7 ดังนั้นหมายเลขสมาชิก
เริ่มต้นคือ สมาชิกหมายเลข 3

4.5 หมายเลขของสมาชิกคนต่อไปจะถูกกำหนด
อย่างเป็นระบบโดยการรวมอัตราส่วนที่ได้จากข้อ 2 กับ
หมายเลขสมาชิกเริ่มต้นที่ข้อ 3 (R, R+k, R+2k, R+3k,
..., R+nk)

กำหนดหมายเลขของสมาชิกอย่างเป็นระบบ แทน
ค่าในสูตร R, R+k, R+2k, R+3k, ..., R+nk

จะได้ 3, 3+7, 3+2(7), 3+3(7), 3+4(7),
3+5(7), ..., 3+3,270(7)

ดังนั้น หมายเลขของสมาชิกที่ถูกสุ่มตัวอย่าง คือ 3,
10, 17, 24, ..., 22,893

5. เครื่องที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดลอกข้อมูล
(Case Record Form, CRF) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากคลังข้อมูลสุขภาพของจังหวัดหนองคาย (Health Data
Center: HDC) ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ได้แก่
ประวัติการสูบบุหรี่ และปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ
การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสถานะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก
ส่วนสูง โรคประจำตัว และการดื่มสุรา

ส่วนที่ 4 ปัจจัยข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 5 ข้อมูลผลการตรวจที่ได้จากผลการตรวจ
ร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับ
ไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร
อย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ภาวะ
Microalbuminuria และค่าระดับความดันโลหิต

6. วิธีการทางสถิติ

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)
วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะประชากร ลักษณะของโรค
ข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และข้อมูลแจกแจง นำเสนอค่าความถี่และ
ร้อยละ

6.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) การ
ประมาณค่าอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% (95% CI)
และหาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดภาวะ
ไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยสถิติโมเดล
เชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (Generalized Linear Model: GLM)
การแจกแจงแบบทวินาม (Binomial family) ฟังก์ชันการ
เชื่อมโยงโดยใช้โมเดลเชิงเส้น (log) นำเสนอค่า adjusted
Relative Risk (RR_{adj}) พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% (95% CI)
และค่า P-value

การประเมินความเหมาะสมของโมเดล (Assessment
of the Adequacy of Model) ด้วยเกณฑ์สารสนเทศ
ของเบส์ (Bayesian information criterion: BIC) กำหนด
ระดับนัยสำคัญ = 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักตามประกาศของเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ISH GCP) เลขที่ HE 652264 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 1,812 คน (ร้อยละ 55.4) รองลงมา มีพฤติกรรมสูบบุหรี่จำนวน 740 คน (ร้อยละ 22.6) และน้อยที่สุดคือเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว จำนวน 718 คน (ร้อยละ 22.0) เมื่อจำแนกปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ 1 – 10 มวนต่อวันจำนวน 336 คน (ร้อยละ 45.4) น้อยที่สุดเป็นสูบบุหรี่ 20 มวนขึ้นไป จำนวน 166 คน (ร้อยละ 22.4)

1.2 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 2,007 คน (ร้อยละ 61.4) อายุเฉลี่ย 53.6 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.1 ปี) ค่ามัธยฐาน 49 ปี (อายุน้อยสุด 23 ปี : อายุสูงสุด 99 ปี) ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 50 ปีจำนวน 1,684 คน (ร้อยละ 51.5) น้อยที่สุดคืออายุ 70 ปีขึ้นไปจำนวน 344 คน (ร้อยละ 10.5) ส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 2,125 คน (ร้อยละ 65.0) ระดับการศึกษาที่น้อยที่สุดคือไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 110 คน (ร้อยละ 3.4) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 2,094 คน (ร้อยละ 64.0) น้อยที่สุดคืออาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจจำนวน 154 คน (ร้อยละ 4.7) และ ส่วนใหญ่สิทธิหลักประกันสุขภาพ จำนวน 2,621 คน (ร้อยละ 80.2) น้อยที่สุดคือชำระเงินเองจำนวน 56 คน (ร้อยละ 1.7)

1.3 ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.5 กก./ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.1 กก./) ค่ามัธยฐาน 23.4 กก./ (ค่าต่ำสุด 12.7 กก./ : ค่าสูงสุด 43.4 กก./) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายน้ำหนักเกิน (23.0–24.9 กก./) จำนวน 1,736 คน (ร้อยละ 53.1) น้อยที่สุดคือผอม (<18.5 กก./) จำนวน 577 คน (ร้อยละ 17.6) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคเบาหวานจำนวน 2,543 คน (ร้อยละ 77.8) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดื่มสุราจำนวน 2,589 คน (ร้อยละ 79.2) น้อยที่สุดมีพฤติกรรมเคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว จำนวน 193 คน (ร้อยละ 5.9)

1.4 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระยะเวลาเฉลี่ยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ 16.7 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.5 ปี) ค่ามัธยฐาน 21 ปี (ค่าต่ำสุด 0 ปี : ค่าสูงสุด 45 ปี) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวานโดยมีระยะเวลามากกว่า 10 ปี จำนวน 1,789 คน (ร้อยละ 54.7) พบ น้อยที่สุด คือ ระยะเวลา 5 – 10 ปีจำนวน 389 คน (ร้อยละ 11.9)

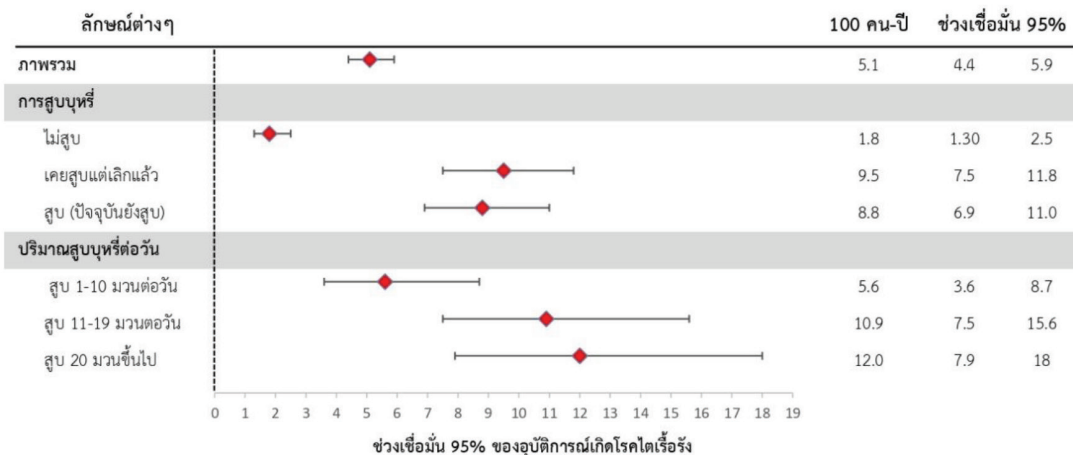
1.5 ปัจจัยด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระดับไขมันในเลือด (LDL) มีค่าเฉลี่ย 111.8 mg/dL (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 34.7 mg/dL) ค่ามัธยฐาน 98 mg/dL (ค่าต่ำสุด 43 mg/dL : ค่าสูงสุด 279 mg/dL) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีไขมันในเลือด (LDL) อยู่ในระดับน้อยกว่า 100 mg/dL จำนวน 1,791 คน (ร้อยละ 54.8) มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ค่าเฉลี่ย 144.1 mg/dL (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 39.0 mg/dL) ค่ามัธยฐาน 133 mg/dL (ค่าต่ำสุด 85 mg/dL : ค่าสูงสุด 314 mg/dL) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dL จำนวน 1,825 คน (ร้อยละ 55.8) มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)) ค่าเฉลี่ย 8.1% (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.2%) ค่ามัธยฐาน 7.6% (ค่าต่ำสุด 4.2%:

ค่าสูงสุด 17.4%) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 7.0 % จำนวน 1,902 คน (ร้อยละ 58.2) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะ Microalbuminuria จำนวน 2,596 คน (ร้อยละ 79.4) และมีค่าความดันโลหิตสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว (Systolic Blood Pressure) ค่าเฉลี่ย 134.1 mmHg (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 27.5 mmHg) ค่ามัธยฐาน 125 mmHg (ค่าต่ำสุด 96 mmHg : ค่าสูงสุด 200 mmHg) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยกว่า 140 mmHg จำนวน 2,099 คน (ร้อยละ 64.2)

2. อุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ภาพรวมอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดหนองคายเท่ากับ 5.1 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI: 4.4 ถึง 5.9) ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมีอัตราอุบัติการณ์สูงสุดเท่ากับ 9.5 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI: 7.5 ถึง 11.8) และผู้ไม่สูบบุหรี่มีอัตราอุบัติการณ์ต่ำที่สุดเท่ากับ 1.8 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI: 1.3 ถึง 2.5) โดยปริมาณสูบบุหรี่ต่อวันของผู้ป่วยที่มีอัตราอุบัติการณ์สูงสุด คือ สูบบุหรี่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป เท่ากับ 12.0 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI: 7.9 ถึง 18.0) และ สูบ 1-10 มวนต่อวัน พบอัตราอุบัติการณ์ต่ำที่สุดเท่ากับ 5.6 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI: 3.6 ถึง 8.7) รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Forest plot อุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=3,270)

3. การวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multiple analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ตัวแบบเชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (Generalized Linear Model: GLM)

ผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001 กล่าวคือ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตแล้ว พบว่า ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมี

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 3.99 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (adjusted RR = 3.99; 95% CI: 2.67-5.96), ผู้ที่สูบบุหรี่ (ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 4.82 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (adjusted RR = 4.82; 95% CI: 2.73 - 8.16) และยังพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value for trend < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2: การวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (Multivariate analysis) โดยคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ (n=3,270)

ปัจจัย	โรคไตเรื้อรัง		RRcrude	RRadj (95% CI)	P-value
	เป็น n (%) (n=166)	ไม่เป็น n (%) (n=3,104)			
การสูบบุหรี่					< 0.001
ไม่สูบ	33 (1.8)	1,779 (98.2)	1	1	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	68 (9.5)	650 (90.5)	5.20	3.99 (2.67 – 5.96)	
สูบ (ปัจจุบันยังสูบ)	65 (8.8)	675 (91.2)	4.82	4.10 (2.73 – 6.16)	
ทดสอบแนวโน้มเชิงเส้น (1df)					< 0.001
เพศ					< 0.001
หญิง	34 (1.7)	1,973 (98.3)	1	1	
ชาย	132 (10.4)	1,131 (89.6)	6.17	4.78 (3.30 – 6.91)	
อายุ					< 0.001
น้อยกว่า 50 ปี	56 (3.3)	1,628 (96.7)	1	1	
50 – 59 ปี	38 (5.6)	642 (94.4)	1.68	1.75 (1.20 – 2.56)	
60 – 69 ปี	41 (7.3)	521 (92.7)	2.19	2.04 (1.42 – 2.94)	
70 ปี ขึ้นไป	31 (9.0)	313 (91.0)	2.71	1.88 (1.27 – 2.79)	
ดัชนีมวลกาย (BMI)					< 0.001
ผอม	18 (3.1)	559 (96.9)	1	1	
ปกติ	47 (4.9)	910 (95.1)	1.57	1.76 (1.05 – 2.96)	
เกิน	101 (5.8)	1,635 (94.2)	1.86	2.30 (1.42 – 3.71)	
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน					< 0.001
น้อยกว่า 5 ปี	28 (2.6)	1,064 (97.4)	1	1	
5 – 10 ปี	13 (3.3)	376 (96.7)	1.30	2.03 (1.08 – 3.81)	
มากกว่า 10 ปี	125 (7.0)	1,664 (93.0)	2.72	3.87 (2.60 – 5.76)	
ความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure)					< 0.001
< 140 mmHg	87 (4.1)	2,012 (95.9)	1	1	
≥ 140 mmHg	79 (6.8)	1,092 (93.3)	1.63	1.81 (1.37 – 2.39)	

อภิปรายผล

1. ภาพรวมอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดหนองคายเท่ากับ 5.1 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI: 4.4 ถึง 5.9) ซึ่งไม่สอดคล้องกับรายการสถานการณ์ของคนไทยที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง สูงถึงร้อยละ 17.6⁽⁴⁾ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ค่อนข้างต่ำกว่าสถานการณ์ของประเทศโดยรวม อาจเกิดจากระยะเวลา ระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา และยังขาดข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยที่รับบริการตามสถานบริการเอกชนจึงอาจส่งผลต่อผลการศึกษาในครั้งนี้

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน) มีอัตราอุบัติการณ์เกิดโรคไตเรื้อรังเท่ากับ 8.8 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI : 6.9 ถึง 11.0) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่าผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 23.8 ต่อ 1,000 คนต่อปี⁽¹¹⁾ จากการศึกษายังพบว่า เมื่อผู้ป่วยสูบบุหรี่ต่อวันในปริมาณเพิ่มขึ้นจะมีอัตราอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น โดยพบว่าสูบบุหรี่ 20 มวนต่อวันขึ้นไปจะมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 12.0 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI: 7.9 ถึง 18.0) สูบบุหรี่ 11-19 มวนต่อวัน พบอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 10.9 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI: 7.5 ถึง 15.6) และสูบบุหรี่ 1-10 มวนต่อวัน พบอัตราอุบัติการณ์ต่ำที่สุดเท่ากับ 5.6 ต่อ 100 คน/ปี (95% CI: 3.6 ถึง 8.7)

3. การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) กล่าวคือ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตแล้วพบว่า ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 3.99 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (adjusted RR = 3.99 ; 95% CI: 2.67 - 5.96) ผู้ที่สูบบุหรี่ (ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 4.82 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (adjusted RR = 4.82 ; 95% CI: 2.73 - 6.16) สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดศรีสะเกษที่พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.034$) กล่าวคือ เมื่อควบคุมตัวแปรที่เหลือจากสมการสุดท้ายแล้วพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เคยสูบบุหรี่หรือเลิกแล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเป็น 1.55 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ (adjusted OR=1.55; 95%CI: 1.03-2.32)⁽⁸⁾ โดยกลไกการเกิดโรคของผู้สูบบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตสูงควบคุมได้ยากมากขึ้น การชะลอความเสื่อมไตได้ยากขึ้น หากไม่เลิกสูบบุหรี่อาจจะทำให้ไตเรื้อรังเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้ายเร็วมากขึ้นก็จะมีอาการไตเสื่อมและไตวายเร็วขึ้น⁽⁸⁾ ซึ่งส่งผลให้อัตราการไหลเวียนโลหิตในไตลดลงทำให้เส้นเลือดในไตตีบ ทำลายเส้นเลือดแดงเล็ก ๆ ทำให้เส้นเลือดในไตอุดตัน และการสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะมากขึ้น จนส่งผลให้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วขึ้น⁽²⁾ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการกรองของไตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.147$) กล่าวคือ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้วพบว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ($eGFR < 60$) เป็น 1.18 เท่าเมื่อเทียบกับคนไม่สูบบุหรี่ (adjusted HR= 1.18; 95%CI: 0.94-1.49)⁽¹¹⁾

สรุป

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นควรมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในการรับรู้และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) จังหวัดหนองคาย ทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะที่มีการเก็บรวบรวมในฐานข้อมูล ไม่สามารถรวบรวมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การบริโภคอาหาร การดื่มน้ำ การใช้ยาสมุนไพร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่อาจเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยได้

2. การศึกษาในครั้งนี้มีระยะเวลาที่จำกัดในการติดตามสถานะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จนกระทั่งเกิดโรคไตเรื้อรัง จึงควรมีระยะเวลาติดตามสถานะผู้ป่วยให้นานกว่านี้โดยให้สอดคล้องกับระยะเวลาการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรังยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรมีการพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองการสูบบุหรี่ในคลินิกโรคเบาหวาน และเพิ่มการดูแลรายบุคคล เพื่อให้มีการรับรู้และความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น

1.2 การสูบบุหรี่และปริมาณการสูดต่อวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับควรให้ความสำคัญกับการให้คำแนะนำหรือสนับสนุนการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่เพื่อลดการเกิดโรคไตเรื้อรังในอนาคต

1.3 เพื่อชะลอหรือลดการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิควรให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ โดยเฉพาะปัจจัยการสูบบุหรี่ การควบคุมดัชนีมวลกาย และการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อเพิ่มความตระหนักและการรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และประวัติการใช้ยาสเตรอยด์ ยาในกลุ่ม NSAIDs เป็นต้น เพื่อให้ผลการศึกษา มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาแบบตามไปข้างหน้าระยะยาว 5-10 ปี โดยการศึกษาไปข้างหน้าระยะยาว (Prospective cohort study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว

รวมทั้งการบอกธรรมชาติของโรคไตเรื้อรังระยะต่างๆ เพื่อวางแผน แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากในอนาคต และเปรียบเทียบกับผลการรักษาในปัจจุบัน

2.3 ควรศึกษาในรูปแบบการศึกษาอัตราการรอดชีพ (Survival) เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาให้มีความครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ หัวหน้ากลุ่มสุขภาพจิต และยาเสพติด สาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคาย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคายที่ให้คำแนะนำและกำลังใจในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10th edition. Journal of Experimental Biology 2021; 64: 15-19.
2. มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาไม่สูบบุหรี่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). 19 โรคจากการสูบบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 29 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/?p=228837>.
3. ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร, รุ่งลาวัลย์ กาวิละ, อรุณี ไชยเมือง. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอมะนัง จังหวัด เชียงราย. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2563; 7(1): 57-74.
4. กรุงเทพธุรกิจ. สมาคมโรคไตฯ จัดกิจกรรมวันไตโลก 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/pr-news/biz2u/276116>.

5. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017). พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย; 2560.
6. ฌภัทร แพทย์ภูมิ, อัมพรพรรณ อีรานูตร. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38(1): 23-31.
7. DaVita kidney care. Smoking and Chronic Kidney Disease [Internet]. 2022[Cited 2022 July 29]. Available from: <https://www.davita.com/education/ckd-life/lifestyle-changes/smoking-and-chronic-kidney-disease>.
8. ทวี ศิลารักษ์. การพัฒนาแบบคัดกรองโรคไตเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562.
9. วรณัฐิษา มุลกองศรี, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลกุดป่องอำเภอมืองจังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(3): 151-60.
10. Russo GT, Cosmo SD, Viazzi F, Mirijello A, Ceriello A, Guida P, et al. Diabetic kidney disease in the elderly: Prevalence and clinical correlates. BMC Geriatrics 2018; 18(38): 1-11.
11. Ito K, Maeda T, Tada K, Takahashi K, Yasuno T, MasutaniK, et al. The role of cigarette smoking on new-onset of chronic kidney disease in a Japanese population without prior chronic kidney disease: Iki epidemiological study of atherosclerosis and chronic kidney disease (ISSA-CKD). Clin Exp Nephrol 2020; 24: 919-26.
12. เขตสุขภาพที่ 8. รายงานประจำปี 2563. เขตสุขภาพที่ 8; 2563.
13. กระทรวงสาธารณสุข. HDC กระทรวงสาธารณสุข [Internet]. 2565 [cited 2022 Jul 1]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/>
14. ชัชลิต รัตสาร. สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อปฏิบัติการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย การยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษาและขยายการเข้าถึงการรักษาโรคเบาหวาน นำไปสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน. กรุงเทพฯ: โนว นอร์ดิสต์ ฟาร์มา; 2561. หน้า 1-20.
15. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรงพยาบาลเคม้น้อยร้อย(3)ดี. กรุงเทพฯ: เวิร์ดพลัส เอลลิแกนซ์; 2562.
16. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998; 17(14): 1623-34.
17. วันเฉลิม รัตนวงษ์, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล, สุพจน์ คำสะอาด, อมรรัตน์ เพ็ญเกษ. ความชุกของโรคไตเรื้อรังและการใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564: 28(2); 1-10.

ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ต่อการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Needs and Expectations of Service Recipients in Khon Kaen Province
towards The Establishment of a Sexually Transmitted Disease Clinic of
The Service Demonstration Center
Office of Disease Prevention and Control, Region 7 Khon Kaen

สิรินทรทิพย์ อุดมวงศ์ ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

วันชัย พรหมศรี ศน.ม. (รัฐศาสตร์การปกครอง)

รัชนิกร กุญแจทอง ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Sirintip Udomwong M.P.H. (Public Health Administration)

Wanchai Promsri M.A. (Government)

Ratchaneekorn Koonjaetong M.P.H. (Public Health Administration)

Office of Disease prevention and control, Region 7 Khan Kaen

Received: September 1, 2022

Revised: September 14, 2023

Accepted: November 13, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นต่อการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ กลุ่มผู้รับบริการได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น คำนวณขนาดตัวอย่างของกลุ่มผู้รับบริการโดยการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีไม่ทราบค่าประชากร ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 345 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้รับบริการแบบบังเอิญ ระยะเวลาในการวิจัยระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 31 กรกฎาคม 2565 การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์คุณลักษณะส่วนบุคคลกับความต้องการและความคาดหวัง โดยใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation Coefficient: r_s) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 345 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.55 รองลงมาเป็นเพศชายร้อยละ 37.68 และมีกลุ่มตัวอย่างที่ยอมเปิดเผยว่าเป็น MSM (ชายรักชาย) และ TGW (ข้ามเพศ/แปลงเพศ) ร้อยละ 2.90 และ 0.58 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี ร้อยละ 21.45 รองลงมา 15-24 ปี ร้อยละ 20.00 อายุเฉลี่ย 38.47 ปี (S.D.=15.38) อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 82 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 46.09 สมรสร้อยละ 44.35 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 56.55 รองลงมา ปริญญาตรี/เทียบเท่าร้อยละ 28.12 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 31.30 รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย และเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 19.42 และ 16.52 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 0-5,000 บาท รองลงมา 10,001-20,000 บาท และ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 28.12, 26.96 และ 26.09 ตามลำดับ

ระดับความต้องการและความคาดหวังต่อการจัดบริการคลินิกตามมาตรฐานการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ในภาพรวมทั้ง 2 ตัวแปรอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.32 (S.D.=0.65) และค่าเฉลี่ย 4.34 (S.D.=0.62)

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความต้องการต่อการจัดบริการคลินิก พบว่า ตัวแปรด้านระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำ ($r_s=0.2129$, $p\text{-value}=0.0001$; $r_s=0.2920$, $p\text{-value}=0.0000$) และอาชีพมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามระดับต่ำ ($r_s=-0.1630$, $p\text{-value}=0.0024$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ อายุ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความคาดหวังต่อการจัดบริการคลินิก พบว่า ตัวแปรด้านรายได้มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับปานกลาง ($r_s=0.3252$, $p\text{-value}=0.0000$) อายุ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำ ($r_s=0.1544$, $p\text{-value}=0.0040$; $r_s=0.2039$, $p\text{-value}=0.0001$) อาชีพมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามระดับต่ำ ($r_s=-0.1085$, $p\text{-value}=0.0440$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย ผู้รับบริการอยากให้ 1) ศูนย์สาธิต มีคลินิกบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 2) มีการจัดอบรมเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ประชาชน และเยาวชนอย่างทั่วถึง รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน โรงเรียน สถานประกอบการ 3) มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลายช่องทาง และ 4) มีบริการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การรักษาความลับ การให้บริการอย่างเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ และมีบริการตรวจรักษาโรคฟรี

คำสำคัญ: ความต้องการ ความคาดหวัง ความสัมพันธ์ คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Abstract

This research is cross-sectional and descriptive. It aims to study the needs and expectations of service recipients in Khon Kaen Province regarding the establishment of a sexually transmitted disease clinic at the Service Demonstration Center, Office of Disease Prevention and Control, Region 7 Khon Kaen. The population included individuals aged 15 years and over in the Muang District, Khon Kaen Province. The sample size for the service recipient group was calculated using mean estimation, resulting in a sample size of 345 individuals. Accidental sampling was employed, specifically selecting supervisors and practitioners involved in STD testing from both public and private hospitals in Khon Kaen Province. This data collection took place between December 1, 2021, and July 31, 2022. Data analysis involved descriptive statistical methods, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics to analyze the relationships between personal attributes and needs and expectations. The statistical correlation coefficient used for this analysis was determined by Spearman's rank correlation coefficient (r_s), with the level of statistical significance set at 0.05.

The study's results revealed that among the 345 service recipients in Khon Kaen Province who participated in the questionnaire, 58.55% were female, 37.68% were male, and 2.90% identified as TGW (transgender/transgender). Most respondents were in the age range of 25–34 years (21.45%), followed by 15–24 years (20.00%), with a mean age of 38.47 years (S.D.=15.38). The minimum age recorded was 15 years, while the maximum was 82 years. In terms of marital status, 46.09% were single, and 44.35% were married. Regarding education, 56.55% had a bachelor's degree, followed by bachelor's degree/equivalent at 28.12%. Employment

status varied, with 31.30% employed, 19.42% involved in business/trade, and 16.52% as students. The majority reported incomes in the range of 0–5,000 baht, followed by 10,001–20,000 baht and 5,001–10,000 baht at 28.12, 26.96, and 26.09%, respectively. The level of needs and expectations of the service recipients toward the sexually transmitted disease clinic service at the Service Demonstration Center, Office of Disease Prevention and Control, Region 7 Khon Kaen, was assessed according to the standard of sexually transmitted disease clinic service provided by the Department of Disease Control. In the overall assessment of the two variables, the mean scores were 4.32 (S.D.=0.65) and 4.34 (S.D.=0.62).

Personal characteristics related to the needs of the service recipients in Khon Kaen Province for the sexually transmitted disease clinic service included a low level of education in the same direction, with statistical significance ($r_s=0.2129$, $p\text{-value}=0.0001$). Income also had a low level of correlation in the same direction, with statistical significance ($r_s=0.2920$, $p\text{-value}=0.0000$), while occupation had a low level of opposite correlation, with statistical significance ($r_s=-0.1630$, $p\text{-value}=0.0024$). However, sex, age, and marital status were not found to be related.

Regarding the expectation of the service recipient sample in Khon Kaen Province towards the sexually transmitted disease clinic service, personal characteristics related to this included income, which showed a moderate-level correlation in the same direction, with statistical significance ($r_s=0.3252$, $p\text{-value}=0.0000$). Age had a low level of inverse relationship, with statistical significance ($r_s=0.1544$, $p\text{-value}=0.0040$), and the level of education exhibited a low level of correlation in the same direction, with statistical significance ($r_s=0.2039$, $p\text{-value}=0.0001$). Occupation had a low level of opposite correlation, with statistical significance ($r_s=-0.1085$, $p\text{-value}=0.0440$). However, sex and marital status were not found to be related.

Recommendations from the research include: 1) Establishing a clinic for sexually transmitted diseases with concrete action. 2) Implementing a training program to educate people about sexually transmitted diseases, including proactive activities in various settings such as communities, schools, and workplaces. 3) Conducting extensive public relations efforts to increase awareness of the clinic's services through various channels. 4) Ensuring 24-hour consulting services, protection of patient rights, confidentiality, non-discriminatory service, and providing free medical examination services.

Keywords: Needs, Expectations, Correlation, Clinic, Sexually Transmitted Disease

บทนำ

ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ.2560-2564 กำหนดเป้าหมาย อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิสไม่เกิน 3.5 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยด้วยโรคหนองในไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน และยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย เพื่อไม่ให้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศก่อนสิ้นปี พ.ศ.2573

และกำหนดเป้าประสงค์คือ ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายบริการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิผล และเป็นมิตร และใช้โครงสร้างหน่วยงานที่มีอยู่ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพและร่วมมือดำเนินงานกับภาคีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้สามารถเห็นผลสำเร็จ

ได้เร็วและเกิดความต่อเนื่องยั่งยืน โดยมียุทธศาสตร์การดำเนินงาน 5 ยุทธศาสตร์ได้แก่ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้ได้ผล และครอบคลุมโดยใช้นวัตกรรม ยุทธศาสตร์ที่ 2 เพิ่มพูนศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครเพื่อการบริการตรวจรักษาและป้องกันแบบครบวงจร และเป็นมิตรตามมาตรฐาน ยุทธศาสตร์ที่ 3 ขยายความครอบคลุมและเพิ่มความต่อเนื่องในการใช้นวัตกรรมการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการป้องกัน และรับการตรวจรักษารวมทั้งการใช้ถุงยางอนามัยในเยาวชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการตัดสินใจและใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย แผนงาน และประเมินผลที่เชื่อมโยงทุกระดับ และยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนา ส่งเสริมและยกย่องเชิดชูนวัตกรรม องค์ความรู้ ต้นแบบ และความสำเร็จของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์⁽¹⁾ ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง แต่การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร กล่าวคือ สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรค ประเทศไทย พ.ศ.2559-2563⁽²⁾ พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรค (โรคหนองใน โรคหนองในเทียม ซิฟิลิส แผลริมอ่อน และกามโรคของต่อมน้ำเหลือง) เท่ากับ 25.0, 29.5, 32.3, 34.0 และ 34.0 ต่อประชากรแสนคน (ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง 32.3) อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิส เท่ากับ 6.2, 8.2, 11.5, 13.8 และ 17.1 ต่อประชากรแสนคน (ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง 11.5) และอัตราป่วยด้วยโรคหนองใน เท่ากับ 14.0, 15.9, 14.8, 14.3 และ 11.7 ต่อประชากรแสนคน (ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง 14.3) เมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรค เท่ากับ 83.7, 102.0, 112.2, 126.6 และ 125.4 ต่อประชากรแสนคน (ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง 112.2) ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ด้านสถานการณ์โรคซิฟิลิสและโรคหนองใน เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ. 2559-

2563⁽²⁾ พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิส เท่ากับ 4.6, 5.0, 8.8, 13.5 และ 16.1 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยด้วยโรคหนองใน เท่ากับ 10.9, 9.9, 12.2, 12.9 และ 13.8 ต่อประชากรแสนคน

จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนสภาพปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ว่ายังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ รวมถึงการขาดความตระหนักถึงอันตรายของโรค ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นเป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสดิตเชื้อเอชไอวีได้ง่ายกว่าคนทั่วไป 5-9 เท่า⁽³⁾ การป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้านทั้งในเชิงนโยบาย ความรู้ ด้านวิชาการ และการพัฒนาของระบบควบคุมป้องกันโรค ควบคู่ไปกับการให้บริการการรักษาตลอดจนการบริหารจัดการระบบต่างๆ ให้มีคุณภาพ ซึ่งจากการทบทวนแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าในระดับประเทศ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections: STIs) มีการดำเนินงานมายาวนานถึง 90 ปี นับตั้งแต่ปี 2473 กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม เพื่อจะนำผลที่ได้รับมาปรับปรุงนโยบายและแผนการดำเนินงานในระดับประเทศ⁽⁴⁾ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้มีการจัดตั้งศูนย์ควบคุมกามโรคเพื่อสนับสนุนและดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับเขต และเปิดคลินิกกามโรคเพื่อให้บริการประชาชน ต่อมาในปี 2545 เกิดการปฏิรูประบบราชการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นได้มีการยุบศูนย์ควบคุมกามโรคและเปิดคลินิกกามโรค และถ่ายโอนภารกิจการให้บริการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ หน่วยบริการสาธารณสุข

ขาดความพร้อม ความชำนาญ ทักษะ และทัศนคติในการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้ความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง และภายหลังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการถ่ายโอนภารกิจไปยังสถานบริการสาธารณสุขโรงพยาบาลต่าง ๆ ในพื้นที่ซึ่งบางแห่งจัดตั้งเป็นคลินิกเฉพาะทาง บางแห่งไม่มีการดำเนินงานด้านนี้อย่างเป็นรูปธรรม กลุ่มประชากรเสี่ยงเข้าไม่ถึงการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (BSS) ในนักเรียนของกองระบาววิทยาลัยการควบคุมโรค โดยนำข้อมูลพฤติกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (ม.5) นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 (ปวช.2) ซึ่งเป็นตัวแทนประชากรที่มีอายุ 15-24 ปีมาพิจารณา โดยในปี 2561 พบว่า เมื่อนักเรียนมีอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มักไปโรงพยาบาล/คลินิกตรวจโรคทั่วไปของรัฐโดยคิดเป็นร้อยละ 40.9-44.4 รองลงมา ได้แก่ ปล่อยาวไว้ไม่ทำอะไรเลย ร้อยละ 17.3-25.4 และไปโรงพยาบาล/คลินิกตรวจโรคทั่วไปของเอกชน ร้อยละ 11.6-16.9 ทั้งนี้พบว่านักเรียนหญิงชื้อยากินเองมากกว่านักเรียนชาย นอกจากนี้ไม่พบว่ามีนักเรียนที่มีอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไปคลินิกกามโรคของรัฐเลย และการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมในการเข้ารับบริการสุขภาพทางเพศและคุณภาพของบริการในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศในประเทศไทย: กรณีศึกษา 5 จังหวัดในประเทศไทย⁽⁵⁾ พบว่า การติดต่อ MSM, TG และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวียังคงเป็นอุปสรรคต่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และ TG อยู่ การเกรงว่าความลับของตนจะถูกเปิดเผยทำให้คนบางกลุ่มไม่ต้องการที่จะมีการติดต่อใด ๆ กับอาสาสมัครที่ลงพื้นที่หรือเข้ารับบริการเชิงคลินิก และอคติที่ปรากฏทำให้ MSM และ TG ไม่อยากที่จะไปรับบริการที่สถานบริการ ทั้งนี้ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ.2560-2564 เป็น

ยุทธศาสตร์หลักที่สำคัญที่สุดในการแก้ปัญหาดังกล่าวได้เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ขยายความครอบคลุมและเพิ่มความต่อเนื่องในการใช้วัตกรรมการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการป้องกันและรับการตรวจรักษา รวมทั้งการใช้ถุงยางอนามัยในเยาวชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ทั้งนี้เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ 3 คือเยาวชนกลุ่มต่าง ๆ มีความตระหนักและแรงจูงใจ ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคและในการรับบริการตรวจรักษา

ปัจจุบันสถานบริการสาธารณสุขที่จัดบริการดูแลรักษาป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ คลินิกศูนย์แพทย์โนนทัน อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น คลินิกบ้านร่มเย็น อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า คลินิกที่สามารถจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ คลินิกบ้านร่มเย็น อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม ส่วนคลินิกศูนย์แพทย์โนนทัน อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น มีคลินิกบริการเฉพาะโรค แต่สถานที่ที่ตรวจรวมกับคลินิกโรคทั่วไปในศูนย์แพทย์ ซึ่งมีความแออัดเนื่องจากนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลขอนแก่น สถานที่ไม่สามารถจัดบริการให้เป็นสัดส่วนยากต่อการบริการให้คำปรึกษาและรักษาความลับ การตรวจทางห้องปฏิบัติการส่งไปตรวจวิเคราะห์ที่โรงพยาบาล ไม่สามารถออกผลได้ทันทีสำหรับโรงพยาบาลอีก 2 แห่ง ไม่มีคลินิกเฉพาะโรค ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กระจายไปตามคลินิกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลตามอาการสำคัญที่มาพบแพทย์ ซึ่งการจัดโครงสร้างการให้บริการดังกล่าวขาดความเป็นส่วนตัวและขาดการรักษาความลับ เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ยากที่จะไปรับบริการที่สถานบริการทำให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾

ปีงบประมาณ 2564 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้จัดตั้งศูนย์สาธิตบริการ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อศึกษาแนวทางการไปดำเนินการให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานพยาบาลเครือข่าย เช่น คลินิกบางรัก คลินิกบ้านร่มเย็น โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด คลินิกให้บริการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาออกแบบการจัดการระบบต่างๆ ภายในคลินิก วางแผนการให้บริการ ออกแบบและปรับปรุงโครงสร้างตึก EOC เดิมที่หลังสถานีขนส่งเก่าให้เป็นคลินิกของศูนย์สาธิตบริการ และเพื่อให้ศูนย์สาธิตบริการบรรลุเป้าหมายในการให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการ และเป็นศูนย์สาธิตบริการด้านวิชาการให้แก่หน่วยงานเครือข่าย ข้อมูลความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นข้อมูลสำคัญส่วนหนึ่งที่ใช้ประกอบการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยและคณะจึงเห็นความสำคัญอย่างยิ่งในการสำรวจความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ได้มาตรฐานกรมควบคุมโรค และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการเพื่อเป็นประโยชน์แก่ประชาชนต่อไป⁽⁵⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในจังหวัดขอนแก่นต่อการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในจังหวัดขอนแก่นต่อการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มผู้รับบริการ หมายถึง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ความต้องการ หมายถึง ความต้องการของผู้รับบริการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ หมวด 1 การขับเคลื่อนการดำเนินงาน หมวด 2 กระบวนการป้องกัน หมวด 3 กระบวนการดูแลรักษาและเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความคาดหวัง หมายถึง ความคาดหวังของผู้รับบริการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ หมวด 1 การขับเคลื่อนการดำเนินงาน หมวด 2 กระบวนการป้องกัน หมวด 3 กระบวนการดูแลรักษาและเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น

มาตรฐานการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ หมวด 1 การขับเคลื่อนการดำเนินงาน หมวด 2 กระบวนการป้องกัน หมวด 3 กระบวนการดูแลรักษาและเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และหมวด 4 ผลลัพธ์การดำเนินงาน

คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น คำนวณขนาดตัวอย่างของกลุ่ม

ผู้รับบริการด้วยการใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีไม่ทราบค่าประชากร⁽⁷⁾ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 345 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) และเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น มีการรับรู้สถิติสัมปญญา สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้ มีความสนใจและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้วิธีของครอนบาช (Cronbach's Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.93 แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2565 นำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์คุณลักษณะส่วนบุคคล กับความต้องการและความคาดหวัง โดยใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation Coefficient: r_s) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 345 คนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.55 รองลงมาเป็นเพศชายร้อยละ 37.68 และมีกลุ่มตัวอย่างที่ยอมเปิดเผยว่าเป็น MSM (ชายรักชาย) และ TGW (ข้ามเพศ/แปลงเพศ) ร้อยละ 2.90 และ 0.58 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี ร้อยละ 21.45 รองลงมา 15-24 ปีร้อยละ 20.00 อายุเฉลี่ย 38.47 ปี (S.D.=15.38) อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 82 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 46.09 สมรสร้อยละ 44.35 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 56.55 รองลงมาปริญญาตรี/เทียบเท่าร้อยละ 28.12 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 31.30 รองลงมาคือธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายและเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 19.42 และ 16.52 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วง 0-5,000 บาท รองลงมา 10,001-20,000 บาท และ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 28.12, 26.96 และ 26.09 ตามลำดับ

ระดับความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในภาพรวมระดับความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.32 (S.D.=0.65) และ 4.34 (S.D.=0.62) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ต่อการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามมาตรฐานการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค จำแนกรายหมวด

มาตรฐานการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ระดับความคาดหวัง			ระดับความต้องการ		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
หมวด 1 การขับเคลื่อนการดำเนินงาน	4.25	0.68	มากที่สุด	4.21	0.71	มากที่สุด
หมวด 2 กระบวนการป้องกัน	4.39	0.47	มากที่สุด	4.40	0.73	มากที่สุด
หมวด 3 กระบวนการดูแลรักษาและเฝ้าระวังป้องกัน	4.39	0.74	มากที่สุด	4.35	0.67	มากที่สุด
ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
ภาพรวม	4.34	0.62	มากที่สุด	4.32	0.65	มากที่สุด

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.2129$,

$p\text{-value} = 0.0001$) รายได้มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.2920$, $p\text{-value} = 0.0000$) และอาชีพมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.1630$, $p\text{-value} = 0.0024$) ส่วนเพศ อายุ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามมาตรฐานการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ		แปลผล
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value	
เพศ	0.0902	0.0944	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	0.1027	0.0567	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	-0.0045	0.9335	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	0.2129**	0.0001	มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำ
อาชีพ	-0.1630**	0.0024	มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามระดับต่ำ
รายได้	0.2920**	0.0000	มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำ

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

รายได้มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.3252$, $p\text{-value} = 0.0000$) อายุมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.1544$,

$p\text{-value} = 0.0040$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.2039$, $p\text{-value} = 0.0001$) และอาชีพมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.1085$, $p\text{-value} = 0.0440$) ส่วนเพศ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามมาตรฐานการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ		แปลผล
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value	
เพศ	0.1485	0.0057	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	0.1544*	0.0040	มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำ
สถานภาพสมรส	0.0470	0.3842	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	0.2039**	0.0001	มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำ
อาชีพ	-0.1085*	0.0440	มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามระดับต่ำ
รายได้	0.3252**	0.0000	มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับปานกลาง

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ระดับความต้องการของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ต่อการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ตามมาตรฐานการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.32 (S.D.=0.65) จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายระดับความต้องการของผู้รับบริการต่อการให้บริการด้านต่าง ๆ ได้ว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะได้รับการบริการตามมาตรฐานอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด ยังไม่พบการศึกษาความต้องการในเรื่องที่คล้ายคลึงกัน แต่มีการศึกษาความต้องการในด้านอื่นซึ่งสอดคล้องกับน้ำฝน ลูกคำ⁽⁸⁾ ศึกษาความต้องการและความคาดหวังของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายต่อการศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีความต้องการและความคาดหวังโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับ กนกภรณ์ หัมพานนท์ และพรชนก เกตุกันทร⁽⁹⁾ ที่ศึกษาความพึงพอใจ

ความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการต่องานแผนวิจัยและพัฒนา วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยศึกษา 3 ด้านได้แก่ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ และด้านสถานที่/สิ่งอำนวยความสะดวก ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการต่อหน่วยแผนวิจัยและพัฒนา วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล อยู่ในระดับปานกลาง

ระดับความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ต่อการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ตามมาตรฐานการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.34 (S.D.=0.62) จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายระดับความคาดหวังของประชาชนหรือผู้รับบริการต่อการให้บริการด้านต่าง ๆ ได้ว่าประชาชนหรือผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความคาดหวังที่จะได้รับการบริการตามมาตรฐานอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด สอดคล้องกับสุคนธ์ทิพย์ บุญยัง⁽¹⁰⁾ ศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการและ

ทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รับบริการในคลินิกหมอครอบครัวทุกกลุ่มวัย และทีมหมอครอบครัวผลการวิจัยพบว่ามีความต้องการคลินิกหมอครอบครัวร้อยละ 97.50 กลุ่มผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัวในภาพรวมในระดับมากที่สุด (Mean=3.84, SD=0.39) เช่นเดียวกับกับ จิตสุตา คำมุงคุณ⁽¹¹⁾ ศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการฟอกไตในแผนกไตเทียม โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าการฟอกไตจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยได้ในระดับมาก ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับบริการฟอกไตต่อการบริการที่ได้รับในระดับดี และสอดคล้องกับ ภักศจิธรณ์ ชันทอง⁽¹²⁾ ศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการบริการของคลินิกแพทย์แผนไทย จังหวัดอุบลราชธานี 4 ด้าน คือ ด้านสถานที่ ด้านการรักษา ด้านคุณภาพการให้บริการ และด้านการติดต่อสื่อสาร ผลการศึกษาพบว่า ด้านที่มีความคาดหวังและความพึงพอใจสูงที่สุดคือ การบริการ

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาตรฐานการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุมโรค

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.2129$, $p\text{-value}=0.0001$) รายได้มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.2920$, $p\text{-value}=0.0000$) และอาชีพมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=-0.1630$, $p\text{-value}=0.0024$) ส่วนเพศ อายุ และสถานภาพสมรสมี

ความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ รายได้มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.3252$, $p\text{-value}=0.0000$) อายุมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.1544$, $p\text{-value}=0.0040$) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.2039$, $p\text{-value}=0.0001$) และอาชีพมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=-0.1085$, $p\text{-value}=0.0440$) ส่วนเพศ และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ คือ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และอาชีพมีความสัมพันธ์กับความต้องการและความคาดหวังต่อการจัดบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับ ศุภณัฐ รอดงาม⁽¹³⁾ ศึกษาระดับความคาดหวัง และการรับรู้ที่มีต่อการบริการด้วยระบบ 3G และเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้บริโภคแต่ละกลุ่มจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้บริการ และการเปิดรับสื่อของผู้ใช้บริการในเครือข่ายโทรศัพท์เคลื่อนที่เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าความคาดหวังของผู้บริโภคต่อการบริการโทรศัพท์เคลื่อนที่ระบบ 3G ของผู้ให้บริการในเขตกรุงเทพมหานครแตกต่างกันในทุกด้าน สำหรับความคาดหวังของผู้ใช้บริการโทรศัพท์เคลื่อนที่ระบบ 3G ต่อปัจจัยการเปิดรับสื่อแตกต่างกันในทุกด้าน สำหรับความคาดหวังของผู้ใช้บริการโทรศัพท์เคลื่อนที่ระบบ 3G ของผู้ให้บริการแตกต่างกันตามรายได้และอาชีพ สอดคล้องกับ ศักดิ์ระวี วรรณนะปริญา และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาความคาดหวังและ

ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการประชาชน ณ จุดบริการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงพาณิชย์ ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ โดยภาพรวม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ามีความแตกต่างกัน 4 รายการ ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน และหน่วยงานที่มาใช้บริการ สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการโดยภาพรวม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ามีความแตกต่างกัน 3 รายการ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ แต่ไม่สอดคล้องกับวรรณกรรม ชื่นอ้อม⁽¹⁵⁾ ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพการบริการของหน่วยบริการสุขภาพบุคลากร ผลการวิจัยพบว่า เพศและประเภทการจ้างมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการ เช่นเดียวกับ ฝนทิพย์ มะม่วงแก้ว⁽¹⁶⁾ ศึกษาคุณสมบัติส่วนบุคคล จิตวิทยาตลาดบริการ และภาพลักษณ์ที่ส่งผลต่อความคาดหวังในด้านการบริการของร้านอาหารในเขตกรุงเทพมหานคร มีการกำหนดสมมติฐาน คือ (1) คุณสมบัติส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีผลต่อความคาดหวังในด้านการบริการของร้านอาหารในเขตกรุงเทพมหานครที่แตกต่างกัน (2) จิตวิทยาตลาดบริการ มีอิทธิพลต่อความคาดหวังที่มีต่อการบริการของร้านอาหารในเขตกรุงเทพมหานคร (3) ภาพลักษณ์ของร้านอาหารในเขตกรุงเทพมหานคร มีอิทธิพลต่อความคาดหวังที่มีต่อการบริการของร้านอาหารในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทางด้านสถานภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะที่พักอาศัย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ผู้รับบริการอยากให้ศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น มีคลินิกบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้รับบริการอยากให้จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ประชาชน และเยาวชนอย่างทั่วถึง รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน โรงเรียน และสถานประกอบการ

3. ผู้รับบริการอยากให้มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลายช่องทาง

4. ผู้รับบริการอยากให้มีการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การรักษาความลับ การให้บริการอย่างเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ และมีบริการตรวจรักษาโรคฟรี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์สาธิตบริการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
2. การประเมินคุณภาพการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณประชาชนผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น นายแพทย์สมาน พุดทะกุล ที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น คุณณกพร พินิจลึก และคุณกัญญาจัน จงใจหาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น แพทย์หญิง วรณยุพา พรพลทอง ที่ปรึกษาในการวิจัยและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ และขอบคุณทีมงานศูนย์สาธิตบริการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นทุกท่านที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์; 2559.
2. กองระบาดวิทยา กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทาง ระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การเฝ้าระวังเอดส์จาก การรายงาน EIS [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2564] เข้าถึงได้จาก: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system
3. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนช่วง วันวาเลนไทน์นี้ ยึดหลัก “New Normal New Safe SEX : ชีวิตวิถีใหม่กับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย” [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=17031&deptcode=brc>.
4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานและ การประเมินการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในสถานบริการสาธารณสุข พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: นัมเบอร์วัน; 2560.
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. ลักษณะสำคัญขององค์กร สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564. เอกสาร อัตสำเนา; 2564.
6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. โครงการจัดตั้งศูนย์สถิติบริการ สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ระยะที่ 1 (พ.ศ.2565- 2569); 2564.
7. จุฬาลักษณ์ โคมลตรี. บทความพิเศษ: การคำนวณ ขนาดตัวอย่าง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2555; 20(3): 192-8.
8. น้ำฝน ลูกคำ. ความต้องการและความคาดหวังของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ต่อการเลือกศึกษา ต่อในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. รายงานการ วิจัย; 2555.
9. กนกภรณ์ หัมพานนท์, พรชนก เกตุกันทร. ความพึงพอใจ ความต้องการ และความคาดหวัง ของผู้รับบริการต่องานแผนวิจัยและพัฒนาวิทยาลัย นานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสาร Mahidol R2R e-Journal 2560; 4(1): 181-91.
10. สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง. ความคาดหวังของผู้รับบริการ และทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอ ครอบครัวจังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(2): 262-73.
11. จิตสุตา คำมุงคุณ. ความคาดหวังและความพึงพอใจ ของผู้ป่วยต่อการบริการฟอกไตในแผนกไตเทียม โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัย บุรพา; 2561.
12. ภักศจิรณ ชันทอง. ความคาดหวังและความพึงพอใจ ของประชาชนต่อคุณภาพการบริการของคลินิก แพทย์แผนไทย จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร ศรีวนาลัยวิจัย 2561; 8(2): 75-84.
13. ศุภณัฐ รอดงาม. ความคาดหวังและการรับรู้ของ ผู้บริโภคที่มีต่อการบริการด้วยระบบ 3G ของ ผู้ใช้บริการเครือข่ายโทรศัพท์เคลื่อนที่ ในเขต กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.) 2556; 2(2): 21-31.
14. ศักดิ์ระวี วรวิวัฒนะปริญญา, กรุณา รัตนรุ่งเรือง, พัชรณัฐ นวกิจธนสาร, ชนาภัทร คงแสง. การศึกษา ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้ บริการประชาชน ณ จุดบริการของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงพาณิชย์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย รัตนบัณฑิต 2560; 12(1): 35-49.

15. วนาพรรณรณ ชื่นอิม. ความคาดหวังและการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพการบริการของหน่วยบริการสุขภาพบุคลากร. Rama Nurse J 2015; 1: 122–38.
16. ฝนทิพย์ มะม่วงแก้ว. คุณสมบัติส่วนบุคคลจิตวิทยาตลาดบริการ และภาพลักษณ์ที่ส่งผลต่อความคาดหวังในด้านการบริการของร้านอาหาร ในเขตกรุงเทพมหานคร [การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2559.

การศึกษาการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ พรมแดนบ้านคลองลึก อำเภอรัญญประเทศ จังหวัดสระแก้ว The Study of Management Disease Control Prevention Covid-19 Special Economic Zones (SEZs)

สุภาพร พุทธรัตน์ ร.ม.(นโยบายสาธารณะ)

อรุณ เทียงอาชา วท.ม.(จุลชีววิทยาทางอุตสาหกรรม)

อภิสิทธิ์ สลักหลาย วท.บ.(อนามัยชุมชน)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

Supaporn Puttarat M.P.A. (Public Policy)

Arun Tiangarcha M.Sc. (Industrial Microbiology)

Aphilak Salaklai B.SC. (Community Health)

Office of Disease Prevention and Control, Region 6 Chonburi

Received: July 7, 2023

Revised: September 21, 2023

Accept: September 26, 2023

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนบ้านคลองลึก อำเภอรัญญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงรวม 435 คน ได้แก่ 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 คน 2) บุคลากรเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวนทั้งสิ้น 20 คน และ 3) ประชาชนผู้มารับบริการจำนวน 410 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวนและร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ด้านที่ศึกษาการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การจัดองค์กร 2) การเป็นผู้นำ 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ และ 4) การควบคุมกำกับติดตามและการประเมินผล มีความครอบคลุมของกระบวนการบริหารจัดการทั้งด้านการจัดองค์กร การวางแผนปฏิบัติการ การเป็นผู้นำและการควบคุมกำกับ ติดตามและการประเมินผล และผลความพึงพอใจของประชาชนในการให้บริการในด้านต่างๆของด่านที่ศึกษา ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้มากที่สุด คือ การใช้กลไกการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ 2558 ผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด มีการดำเนินการตามขั้นตอนการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้เดินทางและยานพาหนะตามแนวทางที่ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 กำหนดได้เป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ มีการฝึกอบรมทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องรวดเร็ว มีคู่มือแนวทางประกอบการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการจัดโครงสร้างองค์กรและ work flow การปฏิบัติงานที่ง่ายผู้ให้บริการสะดวก รวมทั้งผู้บริหารทุกระดับที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญ ส่วนโอกาสพัฒนาการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าปัญหาด้านบุคลากรไม่เพียงพอ ส่งผลให้ “งานล้นมือ” ต้องเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ/อุปกรณ์ และเพิ่มความครอบคลุมพื้นที่ส่วนอื่น เช่น จุดผ่อนปรนชั่วคราว และบูรณาการดำเนินการตามกระบวนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเครือข่ายเพื่อให้เกิดความร่วมมือและให้ความสำคัญกับภาคเอกชน และมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน

คำสำคัญ: ช่องทางเข้าออก เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

Abstract

This mixed methods research consisted of quantitative and qualitative method. This study aimed to study the management of the COVID-19 prevention and control in the special economic development zone at Ban Khlong Luek international disease control checkpoint, Aranyaprathet district, Sakaeo province, Thailand. The population and the sampling group were purposively selected, totaling 435 individuals as follows: 1) Five officers involved in the COVID-19 management, prevention and control, 2) twenty stakeholders in the network and 3) four hundred and ten people who received the services at the checkpoint. The research tools were the interview and questionnaire. The content analysis and descriptive statistics were employed by number and percentage. The study found that the studied checkpoints had 4 aspects of the COVID-19 prevention and control: 1) organization, 2) leadership, 3) preparation of action plans, and 4) supervision, monitoring and evaluation. There was a comprehensive management process in terms of those 4 aspects. The overall people's satisfaction receiving services in various aspects of the studied checkpoints were at the highest level.

The most successful factors that were implemented following the plan were the disease prevention and control mechanisms according to the communicable disease act 2015 through the provincial communicable disease committee. The surveillance and screening procedures for travelers and vehicles have been implemented in accordance with the guidelines that the Center for COVID-19 situation administration has properly defined. The officials received knowledge transfer and were trained to fulfill their duties accurately and rapidly. There was a clear operational manual. There was an organizational structure and work flow that were easy to operate and convenient for users and the executives at all relevant levels paid attention.

Regarding the opportunity to improve the COVID-19 prevention and control management were the problem of insufficient personnel, which resulted in an “overwhelming workload”, so that the screening efficiency had to be increased in both personnel tools/equipment, increased the screening coverage at other areas such as temporary checkpoints, and integrated the implementation of the COVID-19 prevention and control process of the network to create the cooperation, putting emphasis on the private sector partnership and providing the clear guidelines.

Keywords: Point of entry, Special economic development zone, International disease control checkpoint

บทนำ

ประเทศไทยได้มีการประกาศพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ เพื่อพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน และมีช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ เช่น ท่าอากาศยาน ท่าเรือ และจุดผ่านแดนทางบก มีด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศที่ปฏิบัติหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างประเทศและภัยสุขภาพตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548

และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558⁽¹⁾ กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันคุ้มครอง ควบคุม และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานในการจัดทำแผนพัฒนา กฎอนามัยระหว่างประเทศ⁽²⁾ เขตสุขภาพที่ 6 มีช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ

จำนวน 11 แห่ง แบ่งเป็นท่าอากาศยานจำนวน 1 แห่ง ท่าเรือจำนวน 5 แห่ง และจุดผ่านแดนทางบกจำนวน 5 แห่ง สำหรับพรมแดนบ้านคลองลึก จังหวัดสระแก้ว มีพื้นที่ติดกับชายแดนประเทศกัมพูชา ด้านบ้านปอยเปต อำเภอโอโธรว จังหวัดบันเตียเมียนเจย โดยช่วงก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการคัดกรองผู้เดินทางที่ผ่านเข้าออก เฉลี่ยประมาณวันละ 25,000 – 30,000 คน คัดกรองพาหนะเข้าออกเฉลี่ยประมาณ 1,500 – 1,800 คัน ปัจจุบันช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการดำเนินงานคัดกรองผู้เดินทางที่ผ่านเข้าออกตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 จำนวนคนเดินทางทั้งหมด 56,778 คน เฉลี่ย 312 คนต่อวัน จำนวนยานพาหนะทั้งหมด 55,510 คัน เฉลี่ย 305 คันต่อวัน และปฏิบัติหน้าที่เฝ้าระวังคัดกรอง การเตรียมอุปกรณ์ป้องกันการกำจัดเชื้อ การจัดสถานที่แยกกักและส่งต่อผู้ป่วย มีการตรวจคัดกรองผู้เดินทางพบเข้าเกณฑ์ Patient Under Investigation (PUI) จำนวน 13 ราย พบผู้ป่วยคนไทยจำนวน 1 ราย ณ วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งจากผลการประเมิน JEE ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศที่ผ่านมา มีหลายประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขและพัฒนา ประกอบกับยังไม่มีข้อมูลในเรื่องการบริหารจัดการดังกล่าวที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด้านพรมแดนบ้านคลองลึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว เพื่อได้ทราบผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันจะนำไปสู่แนวทางในการปรับปรุงกฎระเบียบ นโยบาย มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานของด่านที่ศึกษา และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศของพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) ศึกษาสภาพปัญหาปัจจุบันและกระบวนการ

บริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดน บ้านคลองลึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

- 2) ศึกษาการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดน บ้านคลองลึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

- 3) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จและโอกาสพัฒนาการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดน บ้านคลองลึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณโดยศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับ แนวคิด ทฤษฎี เนื้อหาจากเอกสารทางวิชาการ ตำรา วารสาร บทความทางวิชาการ เอกสารต้นฉบับ เอกสารที่หน่วยงานได้รวบรวมไว้แล้ว และแบบสอบถามจากการสำรวจ และใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

วิธีการศึกษา

ประชากร คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บุคลากรเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประชาชนผู้มารับบริการเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนบ้านคลองลึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

กลุ่มตัวอย่าง เลือกจากประชากรที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด่านที่

ศึกษาจำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี 2) หัวหน้าด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนบ้านคลองลึก อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว 3) เจ้าหน้าที่ประจำด่านฯ จำนวน 3 คน

2. บุคลากรเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย 1) หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี 2) ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว 3) นายด่านศุลกากรอรัญประเทศ 4) ผู้อำนวยการส่วนควบคุมทางศุลกากร อำเภอรัญประเทศ 5) หัวหน้าฝ่ายควบคุมและตรวจสอบทางศุลกากร ด้านศุลกากรอำเภอรัญประเทศ 6) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 7) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 8) รองผู้กำกับการตรวจคนเข้าเมืองจังหวัดสระแก้ว 9) สารวัตรตรวจคนเข้าเมืองจังหวัดสระแก้ว 10) รองผู้บังคับกองร้อยทหารพรานที่ 1201 11) หัวหน้าด่านตรวจพืชอรัญประเทศ 12) หัวหน้าศูนย์บริหารสวัสดิการฯ 13) ด่านตรวจประมง 14) ด่านกักกันสัตว์ 15) ด่านตรวจสัตว์ป่า 16) สำนักงานประสานงานชายแดนไทย-กัมพูชา (สน.ปทก.) 17) ตำรวจท่องเที่ยวสระแก้ว 18) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองอรัญประเทศ 19) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอรัญประเทศ และ 20) นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัญประเทศ

3. ประชาชนผู้มารับบริการ (ทั้งชาวไทยและต่างประเทศ) เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากร จึงใช้สูตรของ W.G. Cochran⁽³⁾ เป็นการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 384 คน เพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์จึงเพิ่มประชากร รวมจำนวนทั้งสิ้น 410 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ พร้อมอุปกรณ์บันทึกภาพและเสียง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

1.1 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการบริหาร

จัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านที่ศึกษา แบบสัมภาษณ์แบบปลายเปิด แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง บทบาทภารกิจที่รับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 กระบวนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความพร้อมในการปฏิบัติงาน ป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การวางแผนปฏิบัติงาน ผลการดำเนินงาน ความพร้อมของเครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์ การกำกับติดตามการรายงานผล เครือข่ายในการดำเนินงาน กระบวนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยงาน แผนการใช้จ่ายงบประมาณ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

1.2 บุคลากรเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานในช่องทาง เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความสำเร็จของการปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. แบบสอบถาม ศึกษาในกลุ่มประชาชนผู้เดินทางเข้า-ออก เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจแบบปลายเปิด แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ ได้แก่ กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สถานที่ให้บริการและภาพรวมการดำเนินงาน จุดเด่นของการให้บริการจุดที่ควรปรับปรุง ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงพัฒนาการให้บริการ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการทดสอบความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. ความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้นักวิชาการพิจารณาและตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปสอบถามในการเก็บข้อมูล

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถาม

ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วจำนวน 30 ชุดไปทำการทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ช่องทางเข้าออกประเทศบ้านแหลม อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha โดยใช้เกณฑ์สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เป็นเกณฑ์การยอมรับไว้ดังนี้ ค่า α มากกว่าและเท่ากับ 0.7 สำหรับงานวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory research) ค่า α มากกว่าและเท่ากับ 0.8 สำหรับงานวิจัยพื้นฐาน (Basic research) ผลการทดสอบแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความเที่ยงตรง (Validity) เท่ากับ 0.95 ความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.82 ปรับวิธีเขียนการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ เช่น ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจำแนกข้อมูลเป็นส่วนและนำมาวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction) ตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสังเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และการใช้แบบสอบถาม พร้อมกับมีการบันทึกเทปโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัญหา สภาพปัจจุบันและกระบวนการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี หัวหน้าด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนบ้านคลองลึก และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลร่วม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนบ้านคลองลึก จำนวน 5 คน โดยวิธีการเก็บข้อมูล Focus group, In-depth Interview ตามประเด็น สรุปวิเคราะห์เนื้อหา Contents Analysis

2. การศึกษาผลการบริหารจัดการฯ ดังนี้

2.1 ผลการบริหารจัดการฯ ด้านผลผลิต 1) ความครอบคลุมกระบวนการ 2) ความสอดคล้องกับปัญหา 3) การใช้งบประมาณ 4) ความครอบคลุม

กลุ่มเป้าหมาย โดยการเก็บข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องแผนการดำเนินงาน การวิเคราะห์สถานการณ์สรุปรายงานสรุปการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) คือ จำนวนและร้อยละ

2.2 การประเมินความพึงพอใจโดยแบบสอบถามกลุ่มประชาชนผู้เดินทางเข้าออกเป็นคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของเครือข่ายและประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งแบบคำถามเป็นแบบปลายเปิด เพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นแบบเปิดกว้างแบบ New Normal โดยระบบ QR code

2.3 ผลการบริหารจัดการฯ ด้านผลลัพธ์ โดยการเก็บข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวัง ตรวจจับ สกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

3. การศึกษาปัจจัยความสำเร็จและโอกาสการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ด้านศึกษาจำนวน 5 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 คน วิธีการเก็บข้อมูล Focus group, In-depth Interview สรุปวิเคราะห์เนื้อหา Contents Analysis จำนวนรวมทั้งสิ้น 25 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต บันทึกในลักษณะการบรรยาย (Descriptive) เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์กระบวนการจัดการ ภาวะผู้นำ การวางแผน โครงสร้างองค์กร การติดตามและประเมินผล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจำแนกข้อมูลเป็นส่วนและนำมาวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction) ซึ่งเป็นวิธีการตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสังเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ จำนวนและร้อยละ โดยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหา สภาพปัจจุบัน และกระบวนการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า โครงสร้างของด่านที่ศึกษาอยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี มีบทบาทหน้าที่หลักในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อระหว่างประเทศ มีการเตรียมความพร้อมและวางแผนในการเฝ้าระวังคัดกรอง ป้องกันควบคุมโรค มีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ครอบคลุมกับภารกิจที่จะต้องดำเนินการคัดกรองผู้เดินทางจากต่างประเทศ มี Flow Chart ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) ของช่องทางฯ มีการประชุมฝึกรวม การฝึกซ้อมแผน การเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด การตรวจยานพาหนะ สุขภาพพลเมืองสิ่งแวดล้อม การส่งต่อผู้ป่วย จัดอบรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ และการทำลายเชื้อในสิ่งปนเปื้อน ตลอดจนทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะทำงานช่องทางเข้าออกประเทศ พรหมแดนบ้านคลองลึก ในด้านบุคลากร มีอัตรากำลังจำนวน 4 คนซึ่งไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับภาระงาน โดยเฉพาะขั้นตอนการคัดกรองผู้เดินทาง ส่งผลให้ “งานล้นมือ” ด้านความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ พบว่าวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นมีความพร้อมใช้งานและเพียงพอไม่พบปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรีได้มีการจัดระบบการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ มี Stockpile ในการบริหารจัดการให้พร้อมใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านกระบวนการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบของการบริหารจัดการ คือ 1) การจัดองค์กร 2) การเป็นผู้นำ 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ และ 4) การควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล พบว่าการนำองค์กรของหัวหน้าด่านที่ศึกษา มีการกระตุ้นให้สมาชิกทำงานให้อยู่ในระดับดี มีการอำนวยความสะดวก มีความยืดหยุ่น จูงใจ ส่งผลให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ก่อให้เกิดการทำงานที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าประสงค์ของโครงการที่กำหนด มีการวิเคราะห์ข้อมูลการวางแผนการพัฒนาและจัดทำ

แผนงานโครงการในภาพรวม โดยกลุ่มด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี มีการแบ่งผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน เพื่อควบคุม กำกับ ติดตามการปฏิบัติงานและการใช้งบประมาณให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด มีการทบทวนแผนงานกิจกรรมและงบประมาณทุกเดือน มีการประสานกับเครือข่ายในจังหวัดเกี่ยวกับมาตรการดำเนินงาน การสื่อสารความเสี่ยง การเฝ้าระวังและคัดกรองผู้เดินทางและยานพาหนะ แบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนโดยทุกหน่วยงานใช้แผนงานและขั้นตอนการปฏิบัติงานเดียวกันตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว (ประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสระแก้ว) สั่งการ ด้านการควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล พบว่ามีกระบวนการกำกับ ติดตามและประเมินผลโดยระบบศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การลงเยี่ยมพื้นที่จริงเพื่อรับทราบปัญหาและให้ข้อเสนอแนะ บูรณาการเชื่อมโยงกับมาตรการแนวทางของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสระแก้ว เป็นด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศที่ได้มาตรฐาน (standard of quarantine station) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศที่สำคัญ งานด้านสุขภาพต่าง ๆ โดยด่านที่ศึกษาเป็นช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศที่มีการพัฒนาสมรรถนะตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (International Health Regulations-Joint External Evaluation Tool: IHR-JEE) เป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน (Fundamental: Designated CCAT ≥ 80 คะแนน, Non-Designated CCAT ≥ 70 คะแนน) โดยผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์การประเมินตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2564 ตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด ซึ่งจากผลการประเมิน JEE ตามกฎหมายระหว่างประเทศ มีประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขและพัฒนา ได้แก่ ยังไม่มีระบบการสื่อสารมาตรการหรือข้อมูลทางด้านสาธารณสุข และการแจกเอกสารที่จำเป็นก่อนเข้าประเทศกับผู้ควบคุมยานพาหนะ ไม่พบกระบวนการประเมินรายงานที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนใน 48 ชม. ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในช่องทางฯ

ยังไม่มีระบบการจัดการสุขภาพสิ่งปลูกสร้างที่เป็นของแข็งของเหลว รวมทั้งการกำกับติดตาม และการตรวจสอบการกำจัดและการจัดการ ณ จุดพักสุดท้าย ไม่มีการกำหนดหรือจัดทำข้อตกลงสถานบริการทางการแพทย์ ผู้ควบคุมดูแลผู้ป่วยหรือผู้กักกันร่วมกันและเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นต้น

2. ผลการศึกษาการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของด่านที่ศึกษา

2.1 ผลการบริหารจัดการฯ ด้านผลผลิต (Productivity) โดยการเก็บข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องแผนการดำเนินงาน การวิเคราะห์สถานการณ์สรุปรายงานสรุปการเบิกจ่ายงบประมาณ เก็บข้อมูลเชิงเอกสาร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) คือ จำนวนและร้อยละ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก วิธีการเก็บข้อมูล In-depth Interview สรุปวิเคราะห์เนื้อหา Contents Analysis จำนวน 5 คน

พบว่ามีความครอบคลุมของกระบวนการบริหารจัดการทั้งด้านการจัดองค์กร การวางแผนปฏิบัติการ การเป็นผู้นำ การควบคุมกำกับ ติดตามและการประเมินผล

มีการเบิกจ่ายเงินงบประมาณครอบคลุมตามกิจกรรมแผนปฏิบัติการที่กำหนด

2.2 ผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชน ในคุณภาพการให้บริการของด่านที่ศึกษา โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มประชาชนผู้เดินทางเข้าออก เป็นคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของเครือข่ายและประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งแบบคำถามเป็นแบบปลายเปิดโดยระบบ QR code จำนวน 410 คน

พบว่า ระดับความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการมากที่สุด ส่วนใหญ่มีความชัดเจนในการอธิบายและแนะนำขั้นตอนในการให้บริการด้วยสื่อต่าง ๆ จำนวน 299 คน (ร้อยละ 72.9) ระดับความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการมากที่สุดส่วนใหญ่มีความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ไม่ขอสิ่งตอบแทน ไม่รับสินบน ไม่หาประโยชน์ในทางมิชอบ ฯลฯ จำนวน 312 คน (ร้อยละ 76.1) และระดับความพึงพอใจต่อสถานที่ให้บริการและภาพรวมการดำเนินงานมากที่สุด ส่วนใหญ่มีป้าย/ข้อความบอกจุดบริการ/ป้ายประชาสัมพันธ์ มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย จำนวน 310 คน (ร้อยละ 75.6) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของประชาชนในการให้บริการในด้านต่าง ๆ ของด่านที่ศึกษา

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	ไม่พอใจ	ไม่พอใจเลย
1. ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการ					
1.1 ขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความคล่องตัว	(230) 56.1 %	(128) 31.2 %	(40) 9.8 %	(10) 2.4 %	(2) 0.5 %
1.2 ความสะดวก รวดเร็วของการให้บริการ	(227) 55.4 %	(125) 30.5 %	(48) 11.7 %	(7) 1.7 %	(3) 0.7 %
1.3 ให้บริการด้วยความครบถ้วน ถูกต้อง	(278) 67.8 %	(103) 25.1 %	(24) 5.9 %	(4) 1.0 %	(1) 0.2 %
1.4 ความชัดเจนในการอธิบาย และแนะนำขั้นตอนในการให้บริการด้วยสื่อต่าง ๆ	(299) 72.9 %	(88) 21.5 %	(20) 4.9 %	(1) 0.2 %	(2) 0.5 %
1.5 มีการติดประกาศหรือแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ เช่น ประกาศขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย	(271) 66.1 %	(100) 24.4 %	(34) 8.3 %	(4) 1.0 %	(1) 0.2 %

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของประชาชนในการให้บริการในด้านต่างๆ ของด่านที่ศึกษา (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	ไม่พอใจ	ไม่พอใจเลย
1.6 ความเสมอภาคในการให้บริการ เช่น การให้บริการตามลำดับคิว	(278) 67.8 %	(97) 23.7 %	(33) 8.0 %	(1) 0.2 %	(1) 0.2 %
1.7 ระยะเวลารอคอยในกระบวนการและขั้นตอนต่างๆ	(225) 54.9 %	(118) 28.8 %	(55) 13.4 %	(10) 2.4 %	(2) 0.5 %
2. ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ					
2.1 ความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส ใฝ่บริการมารยาทของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หรือการพูดจาด้วยถ้อยคำและน้ำเสียงสุภาพ	(310) 75.6 %	(77) 18.8 %	(16) 3.9 %	(3) 0.7 %	(4) 1.0 %
2.2 ความเอาใจใส่ กระตือรือร้น และความพร้อมในการให้บริการของเจ้าหน้าที่	(301) 73.4 %	(85) 4.4 %	(18) 4.4 %	(5) 1.2 %	(1) 0.2 %
2.3 เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถาม ชี้แจงข้อสงสัย ให้คำแนะนำ ช่วยแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือ	(310) 75.6 %	(81) 19.8 %	(16) 3.9 %	(1) 0.2 %	(2) 0.5 %
2.4 ความมีน้ำใจ มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่	(300) 73.2 %	(81) 19.8 %	(24) 5.9 %	(2) 0.5 %	(3) 0.7 %
2.5 ความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ไม่ขอสิ่งตอบแทน ไม่รับสินบน ไม่หาประโยชน์ในทางมิชอบ ฯลฯ	(312) 76.1 %	(75) 18.3 %	(20) 4.9 %	(2) 0.5 %	(1) 0.2 %
3. ความพึงพอใจต่อสถานที่ให้บริการและภาพรวมการดำเนินงาน					
3.1 ความสะอาดของสถานที่ให้บริการโดยรวม	(238) 58.0 %	(118) 28.8 %	(49) 12.0 %	(4) 1.0 %	(1) 0.2 %
3.2 “ความเพียงพอ” ของจุดในการให้บริการ	(263) 64.1 %	(107) 26.1 %	(34) 8.3 %	(5) 1.2 %	(1) 0.2 %
3.3 ป้าย ข้อความบอกจุดบริการ/ป้ายประชาสัมพันธ์ มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย	(272) 66.3 %	(102) 24.9 %	(30) 7.3 %	(5) 1.2 %	(1) 0.2 %
3.4 ความพึงพอใจในภาพรวม ที่ได้รับจากการบริการของหน่วยงานภายในช่องทางเข้าออกประเทศ	(274) 66.8 %	(112) 27.3 %	(19) 4.6 %	(3) 0.7 %	(2) 0.5 %

2.3 ผลการบริหารจัดการฯ ด้านผลลัพธ์ (Outcomes) ของด้านที่ศึกษา

ด้านผลลัพธ์การบริหารจัดการฯ ลดปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าเจ้าหน้าที่ได้เฝ้าระวัง ตรวจจับ สกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยสามารถพบผู้ที่เข้าเกณฑ์สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 PUI จำนวน 509 คน ส่งต่อโรงพยาบาลตรวจซ้ำ รวมทั้งส่งกักตัวใน Local Quarantine พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งสิ้นจำนวน 645 ราย

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยความสำเร็จและโอกาสการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของด่านที่ศึกษา โดยการใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ด่านที่ศึกษาจำนวน 5 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการบริหารจัดการการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 คน วิธีการเก็บข้อมูล Focus group, In-depth Interview สรุปลักษณะเนื้อหา Contents Analysis จำนวนรวมทั้งสิ้น 25 คน ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ปัจจัยความสำเร็จ พบว่า ผู้บริหารทุกระดับที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญ มีการใช้กลไกการดำเนินการ ป้องกันและควบคุมโรคตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด มีการดำเนินการตามขั้นตอนการเฝ้าระวังและคัดกรอง ผู้เดินทางและยานพาหนะตามแนวทางที่ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 กำหนดได้เป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่มีองค์ความรู้ มีการฝึกอบรมทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องรวดเร็ว มีคู่มือแนวทางประกอบการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการจัดโครงสร้างองค์กรและ work flow การปฏิบัติงานที่ง่ายผู้ใช้บริการสะดวก

โอกาสพัฒนา พบว่า

1. ด้านอัตรากำลัง บุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานทั้งในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน ควรมีการเพิ่มอัตรากำลังด้านบุคลากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานหรือบูรณาการเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น การคัดกรอง

จุดผ่อนปรนชั่วคราว การฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น

3. พัฒนาระบบการส่งต่อให้เกิดความต่อเนื่องของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การกักกันโรค การวินิจฉัยและรักษา โดยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และมีการควบคุม กำกับ ดูแล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4. การบูรณาการการดำเนินการควรให้ความสำคัญกับภาคเอกชนและมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในประเด็นการจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ

สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาสภาพปัญหา สภาพปัจจุบัน และการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านที่ศึกษาพบว่า

เป็นด่านที่มีการพัฒนาสมรรถนะตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2560-2564 ตามที่กรมควบคุมโรค กำหนดไว้คือผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน (Fundamental: Designated CCAT ≥ 80 คะแนน, Non-Designated CCAT ≥ 70 คะแนน) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วีรพงษ์ ปงจินดา⁽⁴⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ตามมาตรฐานกำหนด กฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 ประเทศไทย พบว่า ระดับการปฏิบัติของคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ในด้านบุคลากร อัตรากำลังคนภาพรวมมีจำนวนไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับภาระงานส่งผลให้ “งานล้นมือ” บุคลากร มีศักยภาพเฉพาะตัวบุคคล มีอายุเฉลี่ยที่สูง ส่งผลต่อสมรรถนะทางกาย ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม เครื่องมือที่ทันสมัยและการสื่อสารภาษาต่างประเทศ จึงเน้นการปฏิบัติมากกว่าวิชาการ สอดคล้องกับงานวิจัยของนาริฐา ทาคำสุข⁽⁵⁾ ที่ศึกษาเรื่อง การเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศ กรณีศึกษาการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้เหลือง ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานดอนเมือง พบว่า

บุคลากรมีไม่เพียงพอ มีเจ้าหน้าที่คัดกรองเป็นข้าราชการเพียง 4 คนที่มีอำนาจตามกฎหมาย และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีข้อจำกัดด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการปฏิบัติงานทำให้การป้องกันควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพในด้านความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ พบว่าวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นมีความพร้อมใช้งานและเพียงพอ ไม่พบปัญหาในการปฏิบัติงาน

2. การศึกษาการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของด่านที่ศึกษา

การบริหารจัดการพบว่ามีการจัดทำแผนการใช้งบประมาณ และมีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด บางโม⁽⁶⁾ กล่าวว่างานควบคุมโรคจะประสบความสำเร็จได้ต้องมีสิ่งสนับสนุนที่ครบถ้วนรอบด้านทั้งบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการบริหารจัดการ

ระดับความพึงพอใจ พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการด้วยความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ไม่ขอสิ่งตอบแทน ไม่รับสินบน ไม่หาประโยชน์ในทางมิชอบ ฯลฯ มากที่สุด ผลลัพธ์การบริหารจัดการ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถในการเฝ้าระวัง ตรวจจับ สกักกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนวชายแดนโดยพิจารณาจากจำนวนผู้เดินทางเข้าออกระหว่างประเทศที่เข้าเกณฑ์ PUI (Patient Under Investigation) และนำสู่ระบบการรักษาพื้นที่

3. ผลการศึกษาปัจจัยความสำเร็จและโอกาสการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของด่านที่ศึกษา

3.1 ปัจจัยความสำเร็จ จากการใช้กลไกการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค ตาม พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด มีการดำเนินการตามขั้นตอนการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้เดินทางและยานพาหนะตามแนวทางที่ ศบค.กำหนดได้เป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ มีการฝึกอบรมทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องรวดเร็ว

มีคู่มือแนวทางประกอบการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการจัดโครงสร้างองค์กร และ work flow การปฏิบัติงานที่ง่าย ผู้ให้บริการสะดวก รวมทั้งผู้บริหารทุกระดับที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกศักดิ์ รักษาสัตย์⁽⁷⁾ ได้ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่ชายแดนเขตสุขภาพที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยส่วนใหญ่ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์

3.2 โอกาสการพัฒนา พบว่าผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อในระดับพื้นที่โดยดำเนินการผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดและขับเคลื่อนผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งทิวามากอิม⁽⁸⁾ ได้ศึกษาบทเรียนจากการป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด 19 กรณีศึกษา เทศบาลอำเภอเมืองอ่างทอง พบว่ารูปแบบการดำเนินการใช้กลไกการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ยึดตามมติและหนังสือข้อสั่งการและการประกาศของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดอ่างทอง และนำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะและช่วยเหลือประชาชนให้สามารถปฏิบัติตามและป้องกันตนเองได้

3.2.1 การหลบหนีเข้าประเทศตามช่องทางธรรมชาติหรือวิธีเดินทางเข้ามาบริเวณช่องทางเข้า-ออกระหว่างประเทศแบบผิดกฎหมาย ทำให้สถานที่กักตัวไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ รายงานการทบทวนร่วมระหว่างกาปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย วันที่ 20-24 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 พบว่าสถานที่กักตัวในระดับจังหวัดยังมีไม่เพียงพอไม่มีการเน้นย้ำและสนับสนุนในระดับประเทศและระดับจังหวัด

3.2.2 กระบวนการปฏิบัติงาน พบว่ามี

ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ครอบคลุมกับภารกิจสามารถปฏิบัติได้จริง แต่ควรเพิ่มการวางแผนรองรับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ รายงานการทบทวนร่วมระหว่างกาปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย วันที่ 20-24 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ควรมีการดำเนินงานขยายขีดความสามารถในการคัดกรองตามช่องทางเข้าออกประเทศเพื่อเตรียมรับการเดินทางและการเคลื่อนย้ายระหว่างพรมแดนที่เพิ่มขึ้น การเพิ่มงบประมาณ บุคลากร โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ

3.2.3 กระบวนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มุ่งเน้นการคัดกรองโรคเพื่อค้นหาให้เร็วที่สุด กักตัวเพื่อสังเกตอาการ หากป่วยให้รักษาโดยทันที เน้นการดูแลคนไทยที่เดินทางกลับประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รูซอมัน อาแวเงา⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาการบริหารจัดการการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนประเทศไทยในอนาคต พบว่าการดำเนินงานของทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของประเทศไทย ควรมีการดำเนินงานที่เป็นระบบ สามารถตรวจจับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ทันที มีศูนย์บัญชาการบุคลากรพร้อมออกปฏิบัติงานโดยมีความรู้ รวดเร็ว รอบคอบ และสามารถควบคุมโรคได้

3.2.4 กระบวนการส่งต่อข้อมูลผู้ที่เดินทางเข้าประเทศ ควรมีแนวทางและขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจนในระดับพื้นที่และระดับประเทศ ส่วนอัตรากำลังด้านบุคลากรที่มีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน อาจเกิดความเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานที่ผิดพลาดจากความอ่อนล้าหรือภาระงานที่มีปริมาณมาก ดังนั้นอนุกรรมการโรคติดต่อได้มีการประชุมและสนับสนุนอัตรากำลังฝ่ายสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนรินทร์พิยชัยพรมเขียว⁽¹¹⁾ ที่ได้ศึกษาการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศ กรณีศึกษาการเฝ้าระวังและ

ป้องกันโรคไข้เหลือง ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ทำอากาศยานสุวรรณภูมิ ปีงบประมาณ 2557 - 2561 ซึ่งให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการเพิ่มอัตรากำลังด้านบุคลากร ถ้าหากมีการจัดตารางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

3.2.5 มาตรการด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องจากหลายหน่วยงานทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกิดความไม่มั่นใจในการดำเนินงาน กรมควบคุมโรคควรทบทวนมาตรการทางกฎหมายที่มีความชัดเจนอย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วุฒิชัย รุ่งฟ้า⁽¹²⁾ ได้ศึกษาปัญหาทางกฎหมายในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรณีฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ผลการศึกษาพบว่าบทบัญญัติบางประการไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากมีการแพร่กระจายของโรคติดต่อที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.6 การส่งต่อผู้ป่วย ไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน จึงอาศัยสถานทูตไทยในกัมพูชาและผู้ว่าราชการจังหวัดทั้ง 2 ประเทศประสานงานร่วมกันเพื่อส่งต่อคนไทยที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้ามารักษา ซึ่งจะต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศกัมพูชา ก่อน จึงจะส่งต่อผู้ป่วยคนไทยเข้ามาับการรักษาได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรูซอมัน อาแวเงา⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการบริหารจัดการการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนประเทศไทยในอนาคต พบว่าสถานการณ์และปัญหาโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนหลังจากการเปิดเสรีอาเซียน การเดินทาง การติดต่อ การเคลื่อนย้าย ทำได้ง่ายขึ้น ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการกลับมาของโรค จึงจำเป็นต้องมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ถูกต้องเพื่อลดการแพร่กระจายของโรค

3.2.7 การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเครือข่ายด้านสุขภาพและหน่วยงานด้านความมั่นคง พร้อมทั้งมีการสนับสนุนจากหน่วยงานภาคเอกชน เป็นการป้องกันควบคุมโรคและสถานการณ์

การแพร่ระบาดได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวีรพงษ์ ปงจันตา⁽⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานนานาชาติ เชียงใหม่ตามมาตรฐานกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 ประเทศไทย พบว่าการบูรณาการทำให้หน่วยงานช่องทางมีความสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับหน่วยงานอื่นในเชิงกิจกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังตรวจจับโรคติดต่อ เป็นการสร้างความรู้และทักษะการทำงานร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา ผ่านกระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากจังหวัดสระแก้วยังไม่มีข้อมูลการคัดกรองผู้เดินทางเข้า-ออกประเทศกัมพูชาที่เป็นปัจจุบัน ทำให้หน้าที่ดังกล่าวตามแนวชายแดนเป็นภารกิจหลักของประเทศไทย

2) การบูรณาการความร่วมมือการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานเครือข่ายด้านสุขภาพและหน่วยงานด้านความมั่นคง ตามแนวทางมาตรฐานและบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ภายใต้ข้อสั่งการตามมติของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด พร้อมทั้งการสนับสนุนจากหน่วยงานภาคเอกชน

3) ควรพัฒนาการเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างประเทศเชิงรุก โดยเน้นการมีส่วนร่วมตามข้อกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ และแนวทางการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคที่กำหนดให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการบริการโปร่งใส เท่าเทียมทุกชาติพันธุ์

4) ควรมีการทบทวนแนวทางและวิธีการส่งต่อข้อมูลในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ ให้มีกลไกแนวทางและขั้นตอนที่ชัดเจน เพื่อลดปัญหาความผิดพลาดด้านการรับ-ส่งข้อมูล

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น มีคณะทำงานช่องทางเข้าออกประเทศ ผู้มีอำนาจในช่องทางฯ ควรเป็นนายอำเภอ ศุลกากร หรือเครือข่ายจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลอรัญประเทศ ตรวจคนเข้าเมือง กลาโหม และเทศบาล เป็นต้น

2) การประสานงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยมุ่งเน้นการป้องกันควบคุมโรคเป็นหลักก่อนพิจารณาการกระทำทางกฎหมายของผู้เดินทางต่อไป รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ การสื่อสารความเสี่ยงฯ

3) ผู้ปฏิบัติงาน ควรใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์เป็นเครื่องมือบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน มาดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายและยึดถือแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน

4) การพิจารณาบุคลากรควรกำหนดคุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถ และสมรรถนะที่เหมาะสมกับตำแหน่งและภารกิจงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ โดยเฉพาะตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรด้านการจัดเก็บบันทึกข้อมูล

5) พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านองค์ความรู้ ทักษะ ส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงาน เช่น พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 การใช้คอมพิวเตอร์ การใช้ภาษาสากลการทำงานเป็นทีม การตรวจยานพาหนะ สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม การส่งต่อผู้ป่วย จัดอบรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ และการทำลายเชื้อในสิ่งปนเปื้อน จัดทำคู่มือขั้นตอนการปฏิบัติงานและมีการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

6) สถานที่ปฏิบัติงานควรมีความพร้อมต่อการปฏิบัติงานและถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนด เช่น การคัดกรอง เครื่องมือ/ อุปกรณ์ มีการบริการเบ็ดเสร็จ จุดเดียว มีระบบการรับ-ส่ง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ มีการควบคุม กำกับดูแลโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาและเปรียบเทียบรูปแบบการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

2) ศึกษาแรงจูงใจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายเกียรติศักดิ์ จันทร์ และนายปริญา โพธิ์สัตย์ ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว นายแพทย์ประภาส ผูกดวง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว นายประพันธ์ จันทร์ไทยศรี นายด่านศุลกากรอรัญประเทศ ประธานช่องทางเข้าออกประเทศพรมแดนบ้านคลองลึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณแพทย์หญิงเสาวนีย์ วิบูลสันติ และแพทย์หญิงวรยา เหลืองอ่อน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ที่ให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำที่ดี ขอขอบคุณนางสุจิตรา อังครศรีทองกุล ที่ให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษาที่ดี และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความอนุเคราะห์เสียสละเวลาให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม รวมทั้งผู้ร่วมวิจัยทุกคนได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ที่ทำให้การทำงานในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- โอกาส การย์กวินพงศ์. แนวทางการเตรียมความพร้อมของประเทศไทยในด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคระบาดตามกรอบกฎหมายระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2561.
- พวงทิพย์ รัตนะรัต, พจมาน ศิริอารยาภรณ์, อีรศักดิ์ ชักนำ, นิภาพรณ สฤทธอภิกฤษ. การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2557. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2557.
- Cochran WG. Sampling Techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
- วีรพงษ์ ปงจินดา, อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร. การตรวจจับสกัดกั้นโรคติดต่อข้ามประเทศแบบบูรณาการของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560; 24(1): 14-24.
- นริฐา ทาคำสุข, ศิวากานต์ ชัยนนธ, พิมพ์ฤทัย จงกระโทก. รายงานการศึกษาดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศ กรณีศึกษาการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้เลือดดำควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานดอนเมือง ปี พ.ศ. 2558-2562 กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค; 2563.
- สมคิด บางโม. องค์การและการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2553.
- กนกศักดิ์ รักษาสัตย์. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่ชายแดนเขตสุขภาพที่ 10. วารสารศรีวนาลัยวิจัย 2564; 11(2): 51-61.
- รุ่งทิพา มากอ้อม, ฐิติกร โตโพธิ์ไทย, ชมพูนทุ โตโพธิ์ไทย. บทเรียนจากการป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองอ่างทอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563; 14(4): 489-507.

9. องค์การอนามัยโลก ประเทศไทย. การทบทวนร่วมระหว่างการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์โรคโควิด 19 ในประเทศไทย. ม.ป.ท.: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. รุชีมัน อาแวเงาะ, นิสาพร มุหะมัด, วิจิต เรืองแป้น, วารุณี หะยีมะสา, นฤมล ทองมาก. การบริหารจัดการการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนประเทศไทยในอนาคต. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 2563;15(2): 230-9.
11. นรินทิพย์ ชัยพรหมเขียว, ดารารัตน์ ศิริมงคล. รายงานการศึกษาการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศกรณีศึกษาการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เหลือง ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ปี พ.ศ.2557-2561. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค; 2562.
12. ฐิติญา รุ่งฟ้า, สัญญพงศ์ ลิ่มประเสริฐ. ปัญหาทางกฎหมายในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรณีฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558. วารสารมหาจุฬานาครธรรม์ 2565; 9(3): 398-411.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดขอนแก่น
Factors associated with behavior on the prevention of
coronavirus 2019 (COVID-19)
among village health volunteers in Khon Kaen Province

ณยศ ชัยอาจ ส.ม. (วิทยาการระบาด)

Kanayod Chaiarch M.P.H. (Epidemiology)

จุลจิลา หินจำปา ส.ม. (วิทยาการระบาด)

Junjila Hinjumpa M.P.H. (Epidemiology)

บุญหนากร พรหมภักดี ป.ร.ด. (การวัดและประเมินผลทางการศึกษา)

Boontanakorn Prompukdee Ph.D. (Educational Measurement and Evaluation)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Office of Disease Prevention and Control, Region 7 Khon Kaen

Received: August 11, 2022

Revised: January 10, 2023

Accept: January 17, 2023

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วทุกภูมิภาคของโลก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคยังคงมีความรุนแรงและระบาดอย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น การติดตาม เฝ้าระวัง คัดกรอง และการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 และ (3) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 600 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติพหุคูณแบบโลจิสติก (Multiple Logistic regression) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) 95%CI และค่า P-value ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.5 อายุเฉลี่ย 56.1 ปี (S.D.=9.5) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ภาพรวมระดับสูง ร้อยละ 72.8 (Mean=127.1 S.D.=11.1) และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระดับดี ร้อยละ 96.5 (Mean=42.0 S.D.=3.0) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ เพศหญิง ($OR_{adj}=2.68$, 95%CI=1.07-6.72, P-value=0.019) และความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ระดับสูง ($OR_{adj}=27.82$, 95%CI=6.38-121.24, P-value<0.001)

จากผลการศึกษาจะเห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระดับดีเพศและความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ระดับสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 แต่ อสม. บางส่วนยังมีพฤติกรรมควรปรับปรุงและความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาต่อยอด เช่น การจัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการจัดทำ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม. โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพต่างๆ เพื่อให้ อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่และสามารถ ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน รวมถึงพัฒนาชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งและความยั่งยืน ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: โรคโควิด 19 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม อสม.

Abstract

The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) is a pandemic that is rapidly and continuously spreading throughout the world. This outbreak has an impact on people's health and quality of life in all regions. As a result, Village Health Volunteers (VHV) play an important role in supporting the healthcare sector, particularly in their community, by performing tasks such as early disease screening and prevention, patient follow-up and monitoring, and COVID-19 surveillance and control. The goal of this cross-sectional study was to look into VHV behavior regarding COVID-19 prevention, VHV health literacy regarding COVID-19 prevention, and factors associated with VHV behavior regarding COVID-19 prevention among VHV in Khon Kaen province. A questionnaire was used to interview 600 people. The data was analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression, and the adjusted odds ratio (OR_{adj}) with a 95% confidence interval and p-value was calculated.

According to the findings, 75.5 percent of VHV cases were female, with an average age of 56.1 years (S.D.=9.5). The good level of COVID-19 prevention behavior was approximately 96.5 percent (mean=42.0 SD=3.0); additionally, the high level of health literacy in this outbreak prevention was 72.8 percent (mean=127.1 S.D.=11.1). Female was also a significant factor associated with COVID-19 prevention behavior among VHV in Khon Kaen province (P-value<0.05, OR_{adj} =2.68, 95%CI=1.07-6.72, P-value=0.019). Finally, VHV's health literacy in coronavirus disease prevention in 2019 was high (OR_{adj} =27.82, 95%CI=6.38-121.24, P-value<0.001).

In conclusion, it can be seen that most village health volunteers have a good level of preventive behavior for COVID-19. Gender and a high level of health literacy were found to be related to COVID-19 prevention behavior. However, some village health volunteers still had behavior that should be improved and their health literacy about COVID-19 was at a low level. The data shows that some VHV should develop potential behaviors and improve their health literacy. VHV skills must be developed in programs aimed at disease prevention or increasing health literacy. This will ensure VHV's confidence in their ability to perform their roles and drive the healthcare ecosystem strongly and sustainably in disease prevention and control in the future.

Keywords: COVID-19, Health literacy, Health Behavior, Village Health Volunteers

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) มีสาเหตุจากไวรัส SARS-CoV-2 ระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน โรคโควิด 19 มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและติดต่อกันได้ง่าย ส่งผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern: PHEIC) และยกระดับเป็นการระบาดครั้งใหญ่ทั่วโลก (Pandemic)^(1,2)

สถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19 ทั่วโลก มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 284,872,634 ราย เสียชีวิตสะสม 5,438,306 ราย ประเทศที่พบผู้ป่วยสะสมสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อินเดีย และบราซิล ประเทศไทยมีผู้ป่วยยืนยันสะสมสูง เป็นลำดับที่ 26 ของโลก จำนวน 2,344,933 ราย อัตราผู้ป่วยเท่ากับ 33,465 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และมีผู้เสียชีวิตสะสม 21,968 ราย อัตราตายเท่ากับ 299 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน จังหวัดที่พบผู้ป่วยยืนยันสะสมสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพฯ สมุทรปราการ ชลบุรี ภูเก็ต และขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 7 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 72,930 ราย เสียชีวิตสะสม 344 ราย จังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยยืนยันสะสมสูงสุด จำนวน 32,473 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 19 มกราคม 2565)^(3,4)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอนโยบายการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่วนบุคคลในการป้องกันโรคที่ดี และเสนอมาตรการสำคัญ คือ การส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ในช่วงที่มีการระบาด รวมถึงปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ติดตามผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง คัดกรองกลุ่มสงสัยป่วย และส่งข้อมูลไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจน ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคที่ถูกต้องแก่ประชาชน กรมสนับสนุนบริการ

สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการขับเคลื่อนและพัฒนาศักยภาพ อสม. สู่การเป็น อสม. 4.0 เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ในปัจจุบัน รวมถึงพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับ อสม. เพื่อให้รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(3,5) ดังนั้น อสม. จึงจำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม และการปฏิบัติงานที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ อสม. ควรจะมีความรู้และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและความยั่งยืนในชุมชน^(6,7)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. ความรู้การป้องกันตนเอง การมีตำแหน่งในกลุ่ม อสม. ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้โมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งมีความเหมาะสมต่อการนำมาศึกษาและสอดคล้องกับนโยบายการขับเคลื่อนและพัฒนา ศักยภาพ อสม. สู่การเป็น อสม. 4.0 เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถสร้างความตระหนักและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่ถูกต้องแก่ประชาชนได้ ตลอดจนลดอัตราการติดเชื้อลดอัตราป่วย และลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 9 พฤษภาคม ถึง 10 มิถุนายน 2565

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มประชากรเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

2.1) เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2.2) ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์

3. การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression)⁽⁸⁾ ดังนี้

$$n = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}} \right)^2}{(P_0 - P_1)^2(1-B)}$$

โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่าง

$$P = (1-B)P_0 + BP_1$$

P_0 = สัดส่วนของ อสม. ที่มีความรู้ด้านการป้องกันตนเองระดับปานกลางที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับดี มีค่าเท่ากับ 0.70⁽⁶⁾

P_1 = สัดส่วนของ อสม. ที่มีความรู้ด้านการป้องกันตนเองระดับสูงที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับดี มีค่าเท่ากับ 0.54⁽⁶⁾

B = สัดส่วนของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี มีค่าเท่ากับ 0.61⁽⁶⁾

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96 \text{ เมื่อกำหนดให้ } \alpha = 0.05$$

$Z_{1-\beta} = 0.84$ เมื่อกำหนดให้อำนาจในการทดสอบเป็นร้อยละ 80 ($\beta = 0.20$) (Power of test ($1-\beta$) = 80%)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{\left(1.96 \sqrt{\frac{0.46(1-0.46)}{0.61}} + 0.84 \sqrt{0.70(1-0.70) + \frac{0.54(1-0.54)(1-0.61)}{0.61}} \right)^2}{[(0.70-0.54)^2(1-0.61)]}$$

$$n = 373.8 \text{ or } 374$$

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีตัวแปรอิสระที่เข้า Model หลายตัว จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression⁽⁸⁾ ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - p_{1,2,3,\dots,p}^2}$$

จากการแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน (Partial Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. กับตัวแปรต้นอื่นๆ ที่ศึกษาทั้งหมดด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9 เพื่อปรับขนาดตัวอย่าง เมื่อคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้วยกันเอง ที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไป จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนเท่ากับ 0.5 จะได้ขนาดตัวอย่างในวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 499 คน เมื่อคำนึงถึงความเป็นไปได้ของการทำวิจัยให้ประสบความสำเร็จ และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูล รวมทั้งเพื่อเฉลี่ยขนาดตัวอย่างตามพื้นที่วิจัย 4 อำเภอให้มีขนาดตัวอย่างเท่าๆ กัน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 600 คน

4. การสุ่มพื้นที่วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนแบบชั้นภูมิ (Multistage Stratified Random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดขอนแก่น ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากชนิดไม่แทนที่กลับคืน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดย รพ.สต. ที่มีจำนวน อสม. มากกว่าหรือเท่ากับขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบ 150 คน แล้วหยุดสัมภาษณ์ทันที ส่วน รพ.สต. ที่มีจำนวน อสม. น้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ จะดำเนินการสุ่ม รพ.สต. เพิ่มเติม และเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบ 150 คน แล้วหยุดสัมภาษณ์ทันที

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็น อสม. ตำแหน่งในกลุ่ม อสม. และตำแหน่งทางสังคม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ทั้งหมด 6 ข้อประกอบ จำนวน 45 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 15 ข้อ

6. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อให้แบบสัมภาษณ์มีความตรงของเนื้อหาและครอบคลุมผู้วิจัยได้ ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 2 ท่าน พบค่าดัชนี IOC ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป

ขั้นตอนที่ 2 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาไปทำการทดลองเก็บข้อมูล (Try out) เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยดำเนินการเก็บข้อมูล อสม. รพ.สต. หองกงเชิน สสอ. ภูเวียง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 และข้อคำถามความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ในด้านความรู้ ความเข้าใจ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.72

7. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือการวิจัย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) ทำหนังสือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ประสานไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่

2) จัดประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและอบรมผู้ช่วยนักวิจัยเกี่ยวกับการใช้แบบสัมภาษณ์

3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมผู้ช่วยนักวิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30 นาที ต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ระหว่างวันที่ 9 พฤษภาคม ถึง วันที่ 10 มิถุนายน 2565

4) ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล ลงรหัสทุกคนหลังสัมภาษณ์เสร็จสิ้น หากพบมีข้อมูลส่วนใดไม่ครบถ้วนต้องทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมทันที

5) ทีมวิจัยร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ตลอดจนคุณภาพของข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เพื่อควบคุมคุณภาพของข้อมูล

8. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 10.1 โดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กรณีที่ข้อมูลแจกแจงปกตินำเสนอค่าแจกแจงตามความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและกรณีที่ข้อมูลแจกแจงไม่ปกตินำเสนอค่ามัธยฐาน ($Q_3 - Q_1$)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น กรณีการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ ดังนี้

1. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบ ตัวแปรเชิงเดียว (Univariate analysis) ระหว่าง ตัวแปรอิสระที่สนใจศึกษากับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ทีละหนึ่งตัวแปร โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจาก

ตัวแปรอื่น ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) นำเสนอค่า Crude Odds ratio [OR_{Crude}] 95%CI และค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบ ตัวแปรเชิง พหุ (Multivariable analysis) ระหว่าง ตัวแปรอิสระ ที่สนใจศึกษา กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ที่ละหลาย ๆ ตัวแปร โดยควบคุมผลกระทบจาก ตัวแปรอื่น และใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio [OR_{adj}] 95%CI และค่า p-value

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร

ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.5 อายุเฉลี่ย 56.1 ปี (S.D.=9.5) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 27.5 ประกอบอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม

ร้อยละ 72.0 รองลงมา คือ ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 13.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.7 ระยะเวลาการเป็น อสม. มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 15 ปี ($Q_3 - Q_1$; 21-7) ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งในกลุ่ม อสม. และไม่มีตำแหน่ง ทางสังคม ร้อยละ 72.2 และ 76.5 ตามลำดับ

2. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.8 เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายองค์ ประกอบ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง จำนวน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านทักษะ การสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 68.0 87.7 92.5 และ 69.3 ตามลำดับ ส่วนในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ และด้านความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 50.3 และ 67.5 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐานของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 (n=600)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)		
ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)	12	2.0
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79.99)	302	50.3
ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	286	47.7
ค่ามัธยฐาน ($Q_3 - Q_1$)	19 (21 - 18)	
2. ด้านความรู้ ความเข้าใจ (คะแนนเต็ม 18 คะแนน)		
ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)	58	9.7
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79.99)	405	67.5
ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	137	22.8
ค่ามัธยฐาน ($Q_3 - Q_1$)	13 (14 - 12)	
3. ด้านทักษะการสื่อสาร (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)		
ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)	13	2.2
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79.99)	179	29.8
ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	408	68.0
ค่ามัธยฐาน ($Q_3 - Q_1$)	25 (26 - 23)	

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐานของระดับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 (n=600) (ต่อ)

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
4. ด้านทักษะการตัดสินใจ (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)		
ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)	11	1.8
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60–79.99)	63	10.5
ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	526	87.7
ค่ามัธยฐาน ($Q_3 - Q_1$)	23 (25 – 21)	
5. ด้านการจัดการตนเอง (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)		
ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)	5	0.8
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60–79.99)	40	6.7
ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	555	92.5
ค่ามัธยฐาน ($Q_3 - Q_1$)	23 (25 – 22)	
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)		
ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)	9	1.5
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60–79.99)	175	29.2
ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	416	69.3
ค่ามัธยฐาน ($Q_3 - Q_1$)	25 (28 – 23)	
7. สรุปรวมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ของ อสม. (คะแนนเต็ม 153 คะแนน)		
ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)	6	1.0
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60–79.99)	157	26.2
ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	437	72.8
ค่ามัธยฐาน ($Q_3 - Q_1$)	129 (135 – 122)	

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.5 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

อยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 3.5 โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 43 คะแนน ($Q_3 - Q_1$; 44–41) รายละเอียดแสดง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=600)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมควรปรับปรุง ($<$ ร้อยละ 80)	21	3.5
พฤติกรรมดี ($\geq$ ร้อยละ 80)	579	96.5
ค่ามัธยฐาน ($Q_3 - Q_1$)	43 (44 – 41)	

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น : การวิเคราะห์แบบทีละปัจจัย (Univariate analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) จำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในกลุ่ม อสม. ตำแหน่งทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 โดยพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็น 2.93 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย ($OR = 2.93$, $95\%CI = 1.22 - 7.05$, $P\text{-value} = 0.019$) ผู้ที่จบการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกัน

โรคโควิด 19 เป็น 3.17 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ($OR = 3.17$, $95\%CI = 1.15 - 8.76$, $P\text{-value} = 0.017$) การมีตำแหน่งในกลุ่ม อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ($P\text{-value} = 0.002$) การมีตำแหน่งทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ($P\text{-value} = 0.037$) และผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ระดับสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็น 28.70 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ระดับต่ำ ($OR = 28.70$, $95\%CI = 6.60 - 124.71$, $P\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น ครวละปัจจัยโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบปัจจัยอื่น

ปัจจัย	พฤติกรรมควรปรับปรุง (n = 21)		พฤติกรรมดี (n = 579)		ขนาดความสัมพันธ์		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Crude OR	95% CI	P-value
1. เพศ							0.019
ชาย	10	47.6	137	23.7	1		
หญิง	11	52.4	442	76.3	2.93	1.22 – 7.05	
2. อายุ							0.449
≥ 60 ปี	9	42.9	201	34.7	1		
< 60 ปี	12	57.1	378	65.3	1.41	0.58 – 3.40	
3. ระดับการศึกษา							0.017
ประถมศึกษา	16	76.2	291	50.3	1		
สูงกว่าประถมศึกษา	5	23.8	288	49.7	3.17	1.15 – 8.76	
4. อาชีพหลัก							0.968
ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป	4	19.1	100	17.3	1		
ธุรกิจส่วนตัว							
เกษตรกร	15	71.4	417	72.0	1.11	0.36 – 3.42	
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2	9.5	62	10.7	1.24	0.22 – 6.97	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น
 ครวละปัจจัยโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบปัจจัยอื่น (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมควรปรับปรุง (n = 21)		พฤติกรรมดี (n = 579)		ขนาดความสัมพันธ์		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Crude OR	95% CI	P-value
5. สถานภาพ							0.870
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	23.8	129	22.3	1		
สมรสคู่	16	76.2	450	77.7	1.09	0.39 – 3.03	
6. ระยะเวลาการเป็น อสม.							0.952
< 15 ปี	9	42.9	252	43.5	1		
≥ 15 ปี	12	57.1	327	56.5	0.97	0.40 – 2.35	
7. ตำแหน่งในกลุ่ม อสม.							0.002*
ไม่มี	21	100.0	412	71.2	–		
มี	–	–	167	28.8	–	–	
8. ตำแหน่งทางสังคม							0.037*
ไม่มี	20	95.2	439	75.8	–		
มี	1	4.8	140	24.2	–	–	
9. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19							<0.001
ระดับต่ำ	19	90.5	144	24.9	1		
ระดับสูง	2	9.5	435	75.1	28.70	6.60–124.71	

*ใช้สถิติ Fisher's exact test ในการหาค่า P-value

5. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุ (Multivariable analysis) ระหว่างตัวแปรต้นที่สนใจศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น ที่ละหลายๆ ปัจจัย โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05) จำนวน 2 ปัจจัย ได้แก่ เพศ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 โดยพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกัน

โรคโควิด 19 เป็น 2.68 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย (OR_{adj} =2.68, 95%CI: 1.07–6.72, P-value=0.040) และผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ในระดับสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็น 27.82 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ในระดับต่ำ (OR_{adj} =27.82, 95% CI: 6.38–121.24, P-value<0.001) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุ (Multivariable analysis) ระหว่างตัวแปรต้นที่สนใจศึกษากับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น ที่ละหลายๆ ปัจจัย

ปัจจัย	พฤติกรรมควรปรับปรุง (n = 21)		พฤติกรรมดี (n = 579)		ขนาดความสัมพันธ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	P-value
1. เพศ								0.040
ชาย	10	47.6	137	23.7	1			
หญิง	11	52.4	442	76.3	2.93	2.68	1.07 – 6.72	
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19								<0.001
ระดับต่ำ	19	90.5	144	24.9	1			
ระดับสูง	2	9.5	435	75.1	28.70	27.82	6.38 – 121.24	

สรุปและอภิปรายผล

เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็น 2.68 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย ($OR_{adj} = 2.68$, 95% CI=1.07–6.72, P-value=0.040) สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า เพศหญิงมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. และประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value =0.038, P-value =0.01, P-value =0.01, P-value<0.05)^(7,9,17,18) อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กำหนดสัดส่วนระหว่างเพศหญิงและเพศชาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงอาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้ หรืออาจเนื่องมาจากเพศหญิงส่วนใหญ่มีความละเอียด มีความตระหนักต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีและเอาใจใส่ดูแลสุขภาพจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีกว่า⁽⁷⁾ แตกต่างจากการวิจัยที่พบว่า เพศไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของ อสม.^(6,10)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ระดับสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็น 27.82 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ระดับต่ำ ($OR_{adj} = 27.82$, 95% CI=6.38–121.24, P-value-value<0.001) สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของ อสม. (P-value <0.05)⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง ด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด 19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.01)⁽¹¹⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญสถิติ (P-value <0.05)⁽¹⁸⁾ ความรู้เรื่องการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของ อสม. ($\bar{X} = 11.06$, P-value=0.001)⁽¹⁹⁾ อาจเนื่องมาจาก อสม. ได้รับการอบรมให้ความรู้และการสื่อสารข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง รวมถึงในปัจจุบันได้มีนโยบายการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม.4.0 โดยมุ่งเน้นให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้^(14,15) แสดงให้เห็นว่าการที่ อสม.

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 อาจส่งผลให้อสม. เกิดความตระหนักในการใส่ใจดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ที่ดีด้วยเช่นกัน⁽⁶⁾

พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.5 สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี^(6,9-12) อาจเนื่องมาจาก อสม. มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานชัดเจน รวมถึงมีการสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาล และ รพ.สต. ดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ อสม. ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ที่ดี⁽⁵⁾

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.8 โดยกลุ่มที่มีพฤติกรรมดีส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.1 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมควรปรับปรุงส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด 19 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.5 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด 19 ของ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก^(11,13) เช่นเดียวกับการวิจัยที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี รองลงมา คือ ระดับดีมาก⁽¹⁴⁾ และการวิจัยที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและสูงกว่าประชาชนทั่วไป⁽¹⁵⁾ อาจเนื่องมาจาก อสม. เป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขได้มีการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมความรู้ความสามารถ และสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีนโยบายด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น

อสม. 4.0 ที่มุ่งเน้นให้อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า อสม. จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่ก็ควรมีนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การมีทักษะทางปัญญาและทักษะการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ตอบโต้ซักถามข้อมูลและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับหรือได้เรียนรู้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและนำไปใช้ด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพเพื่อให้มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้จักวิธีการค้นหาและใช้อุปกรณ์เทคโนโลยี เช่น การใช้สมาร์ทโฟนในการค้นหาข้อมูลสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค การเข้ารับบริการทางสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง รวมถึงส่งเสริมให้อสม. มีความสามารถในการตรวจสอบและเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ และทันสมัย ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขควรสร้างปฏิสัมพันธ์กับ อสม. และคอยเป็นที่เล็งในการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยี สำหรับค้นหาข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ เพื่อให้สามารถจดจำและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องโควิด 19 เช่น การจัดทำสื่อการสอนทางสุขศึกษา การอบรมให้ความรู้เรื่องโควิด 19 ผ่านสื่อต่างๆ โดยใช้ภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เพื่อให้ อสม. มีความรู้และจดจำประเด็นสำคัญในการปฏิบัติตัวให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี ตลอดจนสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการนำไปปฏิบัติ และวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบข้อมูลได้อย่างสมเหตุสมผลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร

และการป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

3. ควรจัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพและแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพแก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญและเป็นแกนนำในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน ตลอดจนเป็นกลไกส่งเสริมงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชน และเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สมาน พุตระกุล ดร.บุญทอนกร พรหมภักดี คณะผู้บริหารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัย และขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง น้ำพองหนองเรือ และเปือยน้อย ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 10]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
- สุวัฒนา อ่อนประสงค์, กรรณิการ์ ตฤณภูมิพงษ์, พัทธกษ กายจนตร, คณยศ ชัยอาจ. ความรู้และการปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการป้องกันโรคโควิด 19 จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564; 28(3): 83-92.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศ รายสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboad>.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. อสม.4.0 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/new2020/content/4>.
- จิตรา มูลทิ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการ สคร.9 นครราชสีมา 2564; 27(2): 5-14.
- สุภาภรณ์ วงธิ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [ปริญญานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
- ปณณวัฒน์ โฉมเวียง, ชนัญญา จิระพรกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรฐานวัยยืนยนมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น [ปริญญานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
- อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กายจนภูมิ, กัลยาตันสกุล, สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคองหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564;

- 3(2): 19-30.
10. เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, รัชยานภิศ รัชตะวรรณ บุญประจักษ์ จันทรวิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตัวเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564; 6(12): 360-75.
11. เอกราช มีแก้ว, วัลลภ ใจดี, สุนิศา แสงจันทร์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2565; 32(1): 74-87.
12. สารียะห์ เลาะแมง, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, สมเกียรติยศ วรเดช. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลสงขลา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://ird.skru.ac.th/RMS/file/63256.pdf>
13. ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, นิภาพร ชพงษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 1(15): 257-72.
14. ทรศณีย์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
15. Visanuyothin S, Chatanuluk C, Saengsuwan S, Rojanavarapong A, Pornchanya P. Health literacy of village health volunteer in municipality, Nakhonratchasima, Thailand. Journal of Public Health Development. 2015; 13(1): 37-54.
16. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ในเอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
17. Karimy M, Bastami F, Sharifat R, Heydarabadi AB, Hatamzadeh N, Pakpour AH, et al. Factors related to preventive COVID-19 behaviors using health belief model among general population: a cross-sectional study in Iran. BMC Public Health 2021; 21(1): 1934.
18. Sanchez-Arenas R, Doubova SV, Gonzalez-Perez MA, Perez-Cuevas R. Factors associated with COVID-19 preventive health behaviors among the general public in Mexico City and the State of Mexico. PLOS ONE 2021; 16(7): c0254435.
19. ธวัชชัย ยืนยาว, เพ็ญญา บุญเสริม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะติดต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์ 2563; 35(1): 555-64.

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Administrative Factors and Key Success Factors Influencing The Performance of Public Health Personnel of Communicable Disease Control Unit in Coronavirus Disease 2019 Pandemic Situation at Sub-district Health Promotion Hospitals Udon Thani Province

พิรยุทธ แสงตรีสุ ส.ม.(การบริหารสาธารณสุข)*

นครินทร์ ประสิทธิ์ ส.ด.(สาธารณสุข)

สุรัชย์ พิมพ์า ปร.ด.(วิทยาการระบาดและชีวสถิติ)

นพรัตน์ เสนาฮาด ส.ด.(สาธารณสุข)

สุพัฒน์ กองศรีมา ส.ด.(สาธารณสุข)**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Pirayat Seangtreesu M.P.H. (Public Health Administration)*

Nakarin Prasit Dr.PH (Public Health)

Surachai Phimha Ph.D(Epidemiology and Biostatistics)

Nopparat Senahad Dr.PH (Public Health)

Supat Kongsrima Dr.PH (Public Health)**

*Faculty of Public Health, Khon Kaen University

**Udonthani Provincial Health Office

Received: December 5, 2022

Revised: August 1, 2023

Accepted: August 16, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ประชากรที่ศึกษาคือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี จำนวน 208 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 185 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบวิธีการสุ่มอย่างง่าย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2565 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมระดับปัจจัยทางการบริหารระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 (S.D.=0.40) 4.30 (S.D.=0.61) และ 4.30 (S.D.=0.61) ตามลำดับ โดยพบว่าภาพรวม ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ($r = 0.740$, $P\text{-value} = < 0.001$) ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูง กับ

การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ($r = 0.892$, $P\text{-value} = < 0.001$) และพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกัน และกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม และปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 83.50

คำสำคัญ: ปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study administrative factors and key success factors influencing the performance of public health personnel of communicable disease control units (CDCUs) under the situation of coronavirus disease 2019 pandemic in sub-district health promotion hospitals in Udon Thani province. The study population was health personnel responsible for CDCU in the situation of the COVID-19 epidemic in sub-district health promoting hospitals. Udon Thani Province, 185 health personnel were simple random sampling from 208 populations. Data was collected by questionnaires for quantitative data from 185 key informants. The questionnaire was examined and verified by three experts for content validity with items objective congruence (IOC), all items were more than 0.50, and reliability with Cronbach's alpha coefficient was 0.98. The data was collected between 1 – 30 November 2022. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics include Pearson correlation and stepwise multiple linear regression a significant level of 0.05.

The results showed that the overall administrative factors, key success factors and the performance of CDCU in the situation of the Coronavirus Disease 2019 pandemic were at a high level with averages of 3.60 (S.D. = 0.40), 4.30 (S.D. = 0.61) and 4.30 (S.D. = 0.61) respectively. Overall administrative factors had moderate relationship CDCU performance ($r = 0.740$, $P\text{-value} = < 0.001$), and The overall key success factors had high relationship CDCU performance ($r = 0.892$, $P\text{-value} = < 0.001$). Factors of success in improving the image, of the service place on the connection between sub-district health promotion hospitals and with the hospital network in the field of action in the area that is ready and voluntary to participate and technology management factors influenced and could conjunction predict the performance of the communicable disease control unit Coronavirus disease 2019 pandemic situation in sub-district health promotion hospitals Udon Thani Province at 83.5 ($R^2 = 0.835$).

Keywords: Administrative factors, Key success factors, Performance of communicable disease control unit health personnel, Coronavirus disease 2019 epidemic situation

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019) ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 แต่ก่อนเป็นเชื้อไวรัสที่ระบาดในสัตว์ แต่เมื่อกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ จึงสามารถก่อให้เกิดโรคในมนุษย์ได้ เป็นโรคที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หากได้รับเชื้อจะมีอาการ ไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ ซึ่งมีการระบาดอย่างรวดเร็ว และมีผู้คนป่วยหนักและเสียชีวิตเกินที่ควรจะเป็น⁽¹⁾ วันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกมาประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็น “การระบาดใหญ่” หรือ pandemic หลังจากเชื้อได้แพร่ระบาดไปแล้วกว่า 118 ประเทศ มีผู้ติดเชื้อกว่า 121,000 คน ทั่วโลก เสียชีวิตกว่า 4,300 คน⁽²⁾ ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุข ของประเทศไทยมีความตระหนักในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการเน้นย้ำความร่วมมือให้ทุกภาคส่วนปฏิบัติตามแนวทางป้องกันควบคุมโรค

จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ทางกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดทีมปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit : CDCU) โดยประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558⁽³⁾ ในการแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอเพื่อการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันสอบสวนและควบคุมโรคติดต่อภายในพื้นที่อย่างน้อย 1 หน่วยต่ออำเภอ ผู้ปฏิบัติงานจะได้รับการแต่งตั้งต้องมีคุณสมบัติ ผ่านการอบรม หลักสูตรทางระบาดวิทยาของกรมควบคุมโรคไม่ต่ำกว่า 20 ชั่วโมง หรือหลักสูตรระบาดวิทยาที่เทียบเท่าหรือไม่ต่ำกว่านี้ สำหรับการปฏิบัติงานเพื่อให้หน่วยงาน ระดับอำเภอสามารถรับมือกับสถานะฉุกเฉินหรือการระบาดของโรคได้ อย่างทันทั่วทั้งที่กับสถานการณ์การระบาดของโรค⁽⁴⁾ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 6 ด้าน ซึ่งได้แก่ 1) ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด้าน 2) ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ

3) ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน 4) ด้านการสื่อสารความเสี่ยง 5) ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย 6) ด้านการประสานงานและจัดเก็บข้อมูล⁽⁵⁾ การดำเนินดังกล่าวนี้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ

จังหวัดอุดรธานี แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 20 อำเภอ มี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 208 แห่ง และมีทีมปฏิบัติงานควบคุมโรคระดับอำเภอทั้งหมด 20 ทีม ซึ่งได้มีการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽⁵⁾ จากการรายงานการแพร่ระบาดในจังหวัดอุดรธานีมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีการพบผู้ติดเชื้อรายแรก วันที่ 23 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 12 เมษายน 2565 พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 42,738 ราย รักษาหายและกลับบ้าน จำนวน 41,504 ราย ยังรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล จำนวน 969 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 ผู้ป่วยที่เสียชีวิต 265 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.62⁽⁶⁾ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เข้ามามีบทบาทในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่และติดต่อประสานงานแก้ไขปัญหาการระบาดของโรค จึงได้มีการจัดตั้งทีมในการปฏิบัติหน้าที่คือ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่ระดับอำเภอ ถือว่าเป็นทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสำคัญในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับชุมชนซึ่งมีหน้าที่ คัดกรอง เฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด้าน สถานพยาบาลและชุมชน ติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีข้อจำกัดด้านบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งยังขาดการบริหารทรัพยากรด้านบุคคลให้สอดคล้องกับภาระงานกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคอย่างครอบคลุม สืบเนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเพิ่มขึ้น

อย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานควบคุมโรค ภายในจังหวัดอุดรธานีให้มีประสิทธิภาพ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา หรือควบคุมโรค 2) ต้องปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 208 คน ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen⁽⁷⁾ คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$\text{สูตร} \quad N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

เมื่อกำหนดให้

$R_{Y.A}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model = 0.827

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร จากการศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองบัวลำภู⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงกันกับการวิจัยครั้งนี้

$$\text{ซึ่งได้ค่า} \quad R_{Y.A,B}^2 = 0.834$$

$$\lambda = 7.80$$

$$w = 0$$

$$\text{แทนค่า} \quad N = \frac{7.80(1 - 0.834)}{0.834 - 0.827} + 0$$

$$N = 184.28$$

จากการคำนวณตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 185 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยสำรวจจำนวน รายชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ทั้งหมดจำนวน 208 คน โดยหาช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้สูตร $I = N/n$ เนื่องจากช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่างคือ 1.12 ซึ่งน้อยกว่า 1.50 จึงสามารถใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) นำรายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี จำนวน 208 คน ทั้งหมดใส่ภาชนะและทำการจับฉลากจนได้ขนาดตัวอย่างครบ 185 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการได้รับอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางการบริหาร ใช้แนวคิดของ ประจักษ์ บัวผัน⁽⁹⁾ ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการด้านเวลา ด้านเทคโนโลยี คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) ส่วนที่ 3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ใช้แนวคิดของ ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ใช้แนวคิดของ กรมควบคุมโรค (5) ประกอบด้วย ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่สถานพยาบาลและชุมชน ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย ด้านการประสานงานและจัดเก็บข้อมูล คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) ส่วนที่ 5 ปัญหา

อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี เข้าสู่การวิเคราะห์ เพื่อหาตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ที่จะถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี โดยนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนน และ สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง $+1$ ⁽¹¹⁾ สำหรับการแปลผลข้อมูลต่อเนื่องแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ใช้แนวคิดของ สำเร็จ จันทรสวรรณ และ สวรรณ บัวทวน ซึ่งประกอบไปด้วย 1.00-1.49 ระดับน้อยที่สุด, 1.50-2.49 ระดับน้อย, 2.50-3.49 ระดับปานกลาง, 3.50-4.49 ระดับมาก และ 4.50-5 ระดับมากที่สุด⁽¹²⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเองโดยขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 แห่ง และติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของแต่ละอำเภอ และติดตามเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองเมื่อครบกำหนดการเก็บแบบสอบถาม โดยมีเลขโครงการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652182

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 70.3 มีอายุเฉลี่ย 37.05 ปี (S.D.= 10.52 ปี) อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 57.80 รายได้ต่อเดือน ระหว่าง 20,000–30,000 บาท จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 37.80 ค่ามัธยฐานของรายได้ 25,000 บาท รายได้ต่ำสุด 11,000 บาท รายได้สูงสุด 67,000 บาท ส่วนใหญ่สถานภาพโสด จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 49.20 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับ

ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 85.90 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน 10 ปี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 44.90 ค่าเฉลี่ย 11.42 ปี (S.D.=10.66) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่ำสุด 1 ครั้ง การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงสุด 3 ครั้ง ค่าเฉลี่ย 1.70 ครั้ง (S.D.=0.78 ครั้ง)

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

เมื่อพิจารณาระดับ ปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ในภาพรวมระดับปัจจัยทางการบริหารกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.32 (S.D.=0.52) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D.=0.54) ส่วนรองลงมาคือปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.34 (S.D.=0.52) ส่วนปัจจัยทางการบริหารที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านงบประมาณ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.09 (S.D.=0.66) โดยแปลผลค่าเฉลี่ยทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ	Mean	S.D.	แปลผล
1. ด้านบุคลากร	4.35	0.54	มาก
2. ด้านงบประมาณ	4.09	0.66	มาก
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	4.22	0.64	มาก
4. ด้านกระบวนการบริหาร	4.32	0.60	มาก
5. ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน	4.24	0.60	มาก
6. ด้านเทคโนโลยี	4.34	0.52	มาก
ภาพรวม	4.32	0.40	มาก

3. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี เมื่อพิจารณาระดับ ปัจจัยแห่งความสำเร็จพบว่า ในภาพรวมระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.30 (S.D.=0.61) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม มีค่าคะแนน

เฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.33 (S.D.=0.63) ส่วนรองลงมาคือปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.32 (S.D.=0.62) ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับ มีแผนงานสนับสนุน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.20 (S.D.=0.64) ตามลำดับ โดยแปลผลค่าเฉลี่ยทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ	Mean	S.D.	แปลผล
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	4.33	0.63	มาก
2. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน	4.20	0.64	มาก
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	4.32	0.62	มาก
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	4.28	0.67	มาก
5. การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	4.28	0.65	มาก
6. ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	4.23	0.66	มาก
ภาพรวม	4.30	0.61	มาก

4. ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.36 (S.D.=0.59) ซึ่งเมื่อ

พิจารณารายด้านพบว่า ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.33 (S.D.=0.65) อยู่ในระดับมาก ด้านการสื่อสารความเสี่ยง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.32 (S.D.=0.62) ส่วนที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.24 (S.D.=0.68) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ โดยแปลผลค่าเฉลี่ยทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ	Mean	S.D.	แปลผล
1. ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด้าน สถานพยาบาล และชุมชน	4.25	0.64	มาก
2. ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ	4.24	0.68	มาก
3. ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน	4.33	0.65	มาก
4. ด้านการสื่อสารความเสี่ยง	4.32	0.62	มาก
5. ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย	4.27	0.62	มาก
6. ด้านการประสานงานและจัดเก็บข้อมูล	4.32	0.65	มาก
ภาพรวม	4.36	0.59	มาก

5. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานีพบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ($r=0.740, p\text{-value}<0.001$) และภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ($r=0.892, p\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านมีรายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร	0.740	< 0.001	สูง
1. ด้านบุคลากร	0.552	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.513	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.621	< 0.001	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.651	< 0.001	ปานกลาง
5. ด้านเวลา	0.650	< 0.001	ปานกลาง
6. ด้านเทคโนโลยี	0.709	< 0.001	ปานกลาง
ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.892	< 0.001	สูง
1. ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	0.711	< 0.001	สูง
2. ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน	0.760	< 0.001	สูง
3. ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.730	< 0.001	สูง
4. ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิด ความร่วมมือ	0.797	< 0.001	สูง
5. ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.887	< 0.001	สูง
6. ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	0.790	< 0.001	สูง

6. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

การศึกษาในครั้งนี้ พบตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ($p\text{-value}<0.001$) ปัจจัย

แห่งความสำเร็จความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ($p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ($p\text{-value}<0.001$) และปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี ($p\text{-value}=0.008$) สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานีได้ร้อยละ 83.5 รายละเอียดดังตารางที่ 5 ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนาย

ในรูปคะแนนดิบดังนี้ $Y = 0.141 + (0.809) (\text{ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ}) + (0.234) (\text{ปัจจัยแห่งความสำเร็จความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย})$ $(0.164) (\text{ปัจจัยแห่งความสำเร็จการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม}) (0.143) (\text{ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี})$

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ของปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² _{adj}	R ² change
1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การพัฒนาภาพลักษณ์ ของสถานบริการ	0.809	0.887	26.035	<0.001	0.887	0.787	0.786	-
2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ความเชื่อมโยงระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	0.234	0.257	5.076	<0.001	0.902	0.814	0.812	0.026
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ ที่มีความพร้อมและ สมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.164	0.173	3.925	<0.001	0.910	0.828	0.826	0.015
4. ปัจจัยทางการบริหาร ด้านเทคโนโลยี	0.143	0.116	2.676	0.008	0.914	0.835	0.831	0.007
ค่าคงที่ 0.141, F= 227.652, p-value<0.001, R=0.914, R ² =0.835, R ² _{adj} =0.831								

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม และปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุม

โรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานีได้ร้อยละ 83.5 ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ คือ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ซึ่งการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับ

ประชาชนในการให้บริการ ดังนั้นการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ จึงเป็นตัวกำหนด ทิศทางและโอกาสความสำเร็จ ในการปฏิบัติงานให้ลุล่วง ดังนั้นหากได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมในการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ จะทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ได้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับฟังข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากชุมชน ได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ ที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^(13,14) ทั้งนี้ในแต่ละพื้นที่ย่อมมีสภาพปัญหาและข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบางพื้นที่ที่ไม่มีการรับฟังข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากชุมชน จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽¹⁵⁾

ปัจจัยแห่งความสำเร็จความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย คือการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ซึ่งการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานให้ลุล่วง ดังนั้นหากได้รับการสนับสนุน

ส่งเสริม ในด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จะทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและกับโรงพยาบาลแม่ข่ายมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^(13,15) ทั้งนี้ในแต่ละพื้นที่ย่อมมีสภาพปัญหาและข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบางพื้นที่ที่มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่เพียงพอทำให้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี⁽¹⁶⁾

ปัจจัยแห่งความสำเร็จการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม คือการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ซึ่งการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม จึงมี

ความสำคัญอย่างยิ่ง เป็นตัวกำหนด ทิศทางและโอกาสความสำเร็จ ในการปฏิบัติงานให้ลุล่วง ดังนั้นหากได้รับการสนับสนุน ส่งเสริม ในด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม จะทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^(16,17) บางพื้นที่ที่มีชุมชนเครือข่ายหน่วยบริการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ร่วมรับผลประโยชน์จากการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี⁽¹⁵⁾

ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี คือทรัพยากรพื้นฐานที่ใช้ในทางการบริหาร ด้านเทคโนโลยี ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ซึ่งด้านเทคโนโลยีมีความสำคัญในการบริหารจัดการ การปฏิบัติงานหรือการดำเนินโครงการต่างๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นหากได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมด้านด้านเทคโนโลยี จะทำให้

การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เทคโนโลยีในการพัฒนาระบบบริการประชาชนที่มาใช้บริการ เช่น ระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ ระบบการจองคิวการรับบริการออนไลน์ ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^(18,19) อย่างไรก็ดี บางพื้นที่ที่มีเทคโนโลยีในการพัฒนาระบบบริการประชาชนที่มาใช้บริการ เช่น ระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ ระบบการจองคิวการรับบริการออนไลน์ไม่เพียงพอทำให้ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรเปิดช่องทางการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากภาคประชาชนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการวางแผนในการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย ให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เพียงพอและเหมาะสม เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงาน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการเชื่อมโยงระหว่างชุมชน เครือข่ายหน่วยบริการ ในการมีส่วนร่วมการติดตามประเมินผลทุกภาคส่วน รวมทั้งร่วมรับผลประโยชน์จากการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการส่งเสริมให้มีการจัดอบรมและฟื้นฟูให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการให้บริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพของประชาชน เช่น ระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ ระบบการจองคิวการรับบริการออนไลน์ รวมทั้งช่องทางการเรียนรู้และสื่อสารความเข้าใจในสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุดรธานี และบุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน จนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. Corona Virus [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue037/vocab-rama>.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด 19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (ฉบับที่ 1). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 6) พ.ศ.2564 [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 109 ง หน้า 7. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/13720211216032625.PDF>.
4. คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 133 ตอนพิเศษ 121 ง หน้า 32. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01cae257e44aa9d5bade97baf/files/005_2gcd.PDF.
5. กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other05.pdf.
6. ศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) จ.อุดรธานี ประจำวันที่ 12 เมษายน 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://udo.moph.go.th/wasabi3/Home.php>.

7. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.
8. ชำญณรงค์ นัยเนตร. ศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2565.
9. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
10. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, ลัดดา ธาริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวนิชกร, เกษม เวชสุทรานนท์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2855?show=full>.
11. Elifson KW, Runyon RP, Haber A. Fundamentals of social statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2017.
12. สำเริง จันทรสวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
13. พรธชา อินทะรัมย์, ประจักษ์ บัวผัน. บรรยาการองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2565; 22(2): 201-12.
14. เปรมากร หยาดไธสง, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2565; 22(2): 175-88.
15. สุวิชัย ถามุลเลศ, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2561; 25(1): 23-34.
16. ทศพล ไนทาน, สุรัชย์ พิมพ์, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(3): 161-71.
17. ปณินทวิทย์ คำสมาน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(3): 223-35.
18. ภาณุมาศ ทุมวัน, สุวิทย์ อุดมพาณิชัย. ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2561; 25(2): 90-102.

ประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม ในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

The Effectiveness of The Salt and Sodium Consumption Reduction Program in Vulnerable Groups of Officers in Srisangwan Hospital, Mae Hong Son Province

วิเชียร สุวรรณามังกร ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

Wichian Suwannamangkorn B.P.H. (Public Health)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

Mae Hong Son Provincial Health Office

Received: July 25, 2023

Revised: September 7, 2023

Accept: September 13, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pre – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม กลุ่มตัวอย่างได้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ที่มีค่าปริมาณโซเดียมในปัสสาวะที่เก็บ 24 ชั่วโมงมีปริมาณมากกว่า 100 มิลลิโมล/ต่อวัน โดยเลือกแบบใช้เกณฑ์คัดเข้าจำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ ทักษะ การปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม และการตรวจทางห้องปฏิบัติการหาปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นแบบวัดความรู้โดยวิธี KR-21 มีค่าเท่ากับ 0.68 ทดสอบความเชื่อมั่นแบบวัดทัศนคติและการปฏิบัติโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค ด้านทัศนคติมีค่าเท่ากับ 0.87 และด้านการปฏิบัติมีค่าเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Paired t-test

ผลวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ 18.78 (S.D.=1.23) ทักษะ 41.66 (S.D.=1.97) การปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม 38.28 (S.D.=3.13) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ส่วนค่าเฉลี่ยของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง 122.16 (S.D.=47.17) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ข้อเสนอแนะ ผู้รับผิดชอบงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควรจัดกิจกรรมอบรมเชิงลึกที่มีเนื้อหาเข้มข้น พร้อมทั้งใช้เวลาที่จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสาธิตให้มากขึ้น เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ เกิดทัศนคติที่ดี และมีความมั่นใจ ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมบูรณาการงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครอบครัวของเจ้าหน้าที่และชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ การบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Abstract

This study is a quasi – experimental research study as a comparison of a one group pre – posttest design with the aim of comparing knowledge, attitudes, practices, and the 24-hour urinary sodium level before and after participating in the salt and sodium consumption reduction program. The sample consisted of 32 officers of Srisangwan Hospital who had a 24-hour urinary sodium level greater than 100 mmol/day by inclusion criteria. The research instrument included a questionnaire that consisted of five sections: general information, knowledge test form, attitude test, practice about salt and sodium food consumption, and laboratory tests to determine the amount of sodium in the urine 24 hours before and after participating in the program. The questionnaire was tested by experts for content accuracy and by KR-21 and Cronbach's alpha method for content confidence. As a result, the knowledge level was equal to 0.68, the attitude level was equal to 0.87, and the practice value was equal to 0.78. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, and standard deviation and inferential statistics such as Paired t-test. The results of the research found that after participating in the program sample group there was an average score of knowledge 18.78 (S.D.=1.23), attitude 41.66 (S.D.=1.97), practice regarding salt and sodium consumption 38.28 (S.D.=3.13), a statistically significant increase (p -value < 0.001). The mean 24-hour urine sodium content was 122.16 (S.D.=47.17), a statistically significant decrease (p -value < 0.001).

Suggestions for those responsible for health behavior modification: they should provide in-depth training activities with intense content, as well as extended learning exchanges and demonstrations, so that vulnerable groups have knowledge, a positive attitude, and confidence that result in continuous group practice. In addition, integrate health behavior modification with the social medicine department to lead further health behavior modification in the families of officers and the community.

Keywords: Effectiveness, Salt and sodium consumption, Mae Hong Son province

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases หรือโรค NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวมจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68.00 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71.00 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85.00 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ

และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางโดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง โขเลียมเป็นแร่ธาตุซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของอาหารมนุษย์ โดยอยู่ในรูปแบบของเกลือซึ่งมีหลายประเภท การบริโภคเกลือและโซเดียมเกินความต้องการมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้เกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโรคหลอดเลือดสมองโรคไตเรื้อรัง เพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุนจากการสูญเสียธาตุแคลเซียมผ่านปัสสาวะจากการสำรวจการบริโภคเกลือแกงในประเทศไทย พบว่าคนไทยได้รับโซเดียมจาก

การรับประทานอาหารมากถึง 3,636 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือถึง 1.8 ช้อนชา ซึ่งถือว่าคนไทยบริโภคเกลือเกินกว่าเกือบ 2 เท่า โดยปกติปริมาณเกลือแกงที่สามารถบริโภคได้โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในแต่ละวันไม่ควรเกิน 1 ช้อนชา หรือคิดเป็นปริมาณโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม⁽¹⁾ สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์ ได้ศึกษาการบริโภคโซเดียมสูงในประชากรจังหวัดแม่ฮ่องสอน ปีพ.ศ. 2563-2564 พบว่าประชากรในจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีการบริโภคโซเดียมในปริมาณสูง (> 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน) ร้อยละ 79.00 การบริโภคโซเดียมปริมาณสูงพบในกลุ่มประชากรที่มีน้ำหนักมาก (BMI $\geq$ 25 kg/m) ร้อยละ 74.30 และคนที่อ้วนเกินไปร้อยละ 87.10 เทียบกับคนที่มีความ BMI ปกติ (p-value = 0.001) ซึ่งถือว่าประชากรในจังหวัดแม่ฮ่องสอนบริโภคโซเดียมเป็นสองเท่าจากระดับสูงสุดที่แนะนำโดย WHO และการบริโภคโพแทสเซียมที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขจำเป็นต้องส่งเสริมให้ลดการบริโภคโซเดียมและเพิ่มการบริโภคโพแทสเซียมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชน⁽²⁾

จากฐานข้อมูล HDC 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563-2565) จังหวัดแม่ฮ่องสอนพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อแสนประชากร 610.96, 636.24 และ 702.65 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากร 13.19, 15.20 และ 10.17 ตามลำดับ โรคหลอดเลือดในสมองร้อยละ 0.11, 0.12 และ 0.17 ตามลำดับ และโรคไตร้อยละ 1.70, 1.75 และ 1.67 ตามลำดับ และพบอัตราป่วย 4 โรคที่กล่าวมาแล้วในอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ดังนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อแสนประชากร 704.60, 842.39 และ 702.65 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากร 262.20, 281.15 และ 285.75 ตามลำดับ โรคหลอดเลือดในสมองร้อยละ 0.07, 0.07 และ 0.09 ตามลำดับ และโรคไตร้อยละ 2.88, 3.18 และ 3.18 ตามลำดับ

จากโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี 2565 พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

มากกว่า 100 มิลลิโมล/ต่อวันร้อยละ 85.71 และจากข้อมูลสุขภาพเจ้าหน้าที่พบเจ้าหน้าที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ โรคเบาหวานรายใหม่ และโรคหลอดเลือดในสมอง ดังนั้นการส่งเสริมรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินการ การศึกษานี้จึงได้จัดโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม
3. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม
4. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณโซเดียมในปัสสาวะก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียวโดยการวัดผลก่อนและหลังการให้โปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม (One group pre - posttest design)

ประชากรคือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพปี พ.ศ. 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ที่มีค่าปริมาณโซเดียมในปัสสาวะที่เก็บ 24 ชั่วโมงมากกว่า 100 มิลลิโมล/ต่อวัน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน

เครื่องมือและวิธีการที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. การบรรยายให้ความรู้เรื่อง เกลือและโซเดียม และการตรวจหาปริมาณการบริโภคโซเดียม

2. แบบทดสอบความรู้แบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง

3. เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล สายวัดพลาสติกใช้ประเมินเส้นรอบเอว เครื่องวัดความดันโลหิต ชนิดอัตโนมัติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวัดปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

4. โปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ขั้นตอนการวิจัย มีวิธีการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อมูลโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียม วิธีการตอบแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลวิจัยรวมทั้งการเข้าร่วมการศึกษาและขั้นตอนการทำวิจัย

2. วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย และวัดรอบเอวให้กลุ่มตัวอย่าง

3. แจกผลการตรวจปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

4. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้แบบสอบถามทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ครั้งที่ 1

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่มีความสัมพันธ์กับเกลือและโซเดียม

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งอาหารที่มีโซเดียม ตัวอย่างปริมาณโซเดียมในอาหารจานเดียว ช้อนแนะนำในการลดบริโภคโซเดียม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการคำนวณปริมาณโซเดียมที่รับประทานในแต่ละวัน

7. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเล่าประสบการณ์ การปฏิบัติในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และให้สมาชิก

ในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น กำหนดเป้าหมายในการลดการบริโภคโซเดียมต่อวัน

สัปดาห์ที่ 2

1. จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการลดปริมาณโซเดียมในอาหารที่รับประทาน เช่น การลดปริมาณโซเดียมในการปรุงบะหมี่สำเร็จรูป ใส่กรอก การอ่านฉลากโภชนาการ

2. ให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนการตั้งเป้าหมายลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม โดยวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและความต้องการ รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อที่จะได้ปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. จัดอาหารว่างเป็นนมรสจืด และน้ำเปล่า

สัปดาห์ที่ 4

1. จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อลดปริมาณโซเดียมในร่างกายที่สมาชิกหาได้จากสื่อต่างๆ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

2. จัดอาหารว่างเป็นฝรั่ง และน้ำเปล่า

สัปดาห์ที่ 6

1. จัดกิจกรรมกลุ่ม โดยให้สมาชิกเล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติตนช่วง 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุ กิจกรรมใดที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและกิจกรรมใดที่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องเพื่อมาปรับแนวทางให้สามารถปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง

2. ออกกำลังกายร่วมกัน

3. จัดอาหารว่างเป็นสับปะรด และน้ำเปล่า

สัปดาห์ที่ 3 - 8

ให้ความรู้ผ่านกลุ่มไลน์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เมนูอาหารในแต่ละวันของกลุ่ม ร่วมแสดงความคิดเห็นและคำนวณปริมาณโซเดียมในอาหารแต่ละมื้อ เล่าประสบการณ์การใช้ผักต่างๆ แทนการใช้เครื่องปรุงรส

สัปดาห์ที่ 8

ผู้วิจัยนัดติดตามค่าปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และตอบแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มี

เกลือและโซเดียม และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน หมายเลขรับรอง MHS REC 007.2566

ผลการศึกษา

แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป
2. การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม
3. การเปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม
4. การเปรียบเทียบการปฏิบัติก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม
5. การเปรียบเทียบปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.00 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 (25.00–29.99) ร้อยละ 46.91 ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว 82.21 (S.D.= 7.36) ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ครั้งที่ 1 เท่ากับ 116.15 (S.D.= 12.57) ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure ครั้งที่ 1 เท่ากับ 73.87 (S.D.= 14.16) ค่าเฉลี่ยของชีพจรครั้งที่ 1 เท่ากับ 78.84 (S.D.= 7.49) ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ครั้งที่ 2 เท่ากับ 115.34 (S.D.= 10.51) ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure ครั้งที่ 2 เท่ากับ 74.84 (S.D.= 11.14) ค่าเฉลี่ยของชีพจรครั้งที่ 2 เท่ากับ 76.50 (S.D.= 6.83) และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.40 ทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 26,384.62 บาท (S.D. = 15,163.21) และมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 71.90

2. การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม

เมื่อพิจารณาความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงของ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 59.40 และระดับปานกลางร้อยละ 37.50 หลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมดมีความรู้เรื่องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จำแนกตามระดับความรู้ (n = 32)

ระดับความรู้	ระยะก่อนเข้าโปรแกรม		ระยะหลังเข้าโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0 – 11)	1	3.10	–	–
ปานกลาง (12 – 15)	12	37.50	–	–
สูง (16 – 20)	19	59.40	32	100.00

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง = 15.90 คะแนน (S.D.= 2.34 คะแนน)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง = 18.80 คะแนน (S.D.= 1.23 คะแนน)

3. การเปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม

เมื่อพิจารณาทัศนคติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนใหญ่มีทัศนคติเรื่องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือ

และโซเดียมสูงอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางร้อยละ 68.80 และ 31.30

หลังเข้าโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100.00 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จำแนกตามระดับทัศนคติ (n = 32)

ระดับทัศนคติ	ระยะก่อนเข้าโปรแกรม		ระยะหลังเข้าโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (15 - 26)	-	-	-	-
ปานกลาง (27 - 35)	10	31.30	-	-
สูง (36 ขึ้นไป)	22	68.80	32	100.00

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง = 37.00 คะแนน (S.D.= 3.01 คะแนน)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง = 41.60 คะแนน (S.D.= 1.97 คะแนน)

4. การเปรียบเทียบการปฏิบัติก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูงอยู่ในระดับปานกลาง

และสูงร้อยละ 65.60 และ 25.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมพบว่า ระดับการปฏิบัติระดับสูงร้อยละ 34.40 ซึ่งเพิ่มมากขึ้น ส่วนระดับการปฏิบัติระดับปานกลางยังเท่าเดิมอยู่ที่ร้อยละ 65.60 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จำแนกตามระดับการปฏิบัติ (n = 32)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (10-29)	3	9.40	-	-
ปานกลาง (30-39)	21	65.60	21	65.60
สูง (40 ขึ้นไป)	8	25.00	11	34.40

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง = 35.20 คะแนน (S.D.= 6.20 คะแนน)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง = 38.30 คะแนน (S.D.= 3.10 คะแนน)

5. การเปรียบเทียบปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงก่อนและหลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 167 และ

หลังเข้าโปรแกรมเท่ากับ 122 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงหลังเข้าโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติ ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูงระยะก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 32)

โปรแกรม	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		ความต่างของค่าเฉลี่ย ($\bar{d}$)	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	(S.D.)	$\bar{X}$	(S.D.)			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง	15.93	2.34	18.78	1.23	2.85	1.14 ถึง 4.23	< 0.001
ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง	37.00	3.01	41.66	1.97	4.66	3.36 ถึง 5.96	< 0.001
การปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูง	35.21	6.20	38.28	3.13	3.07	2.76 ถึง 6.42	< 0.001
ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง	167.87	58.88	122.16	47.17	-45.71	-67.30 ถึง -24.12	< 0.001

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังเข้าโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสวาลัย มีความรู้ ทักษะคิดที่ดี การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎี นั่นคือ เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทัศนคติ ค่านิยม หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ก็ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ หมายถึงการที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความสนใจด้วยแล้ว ได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น ตามทฤษฎี Bloom⁽³⁾

สอดคล้องกับผลการศึกษาของชลธิชา บุญศิริ และคณะ⁽⁴⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้ และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง จำนวน 44 คน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียม เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ พบว่าในระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียมมากกว่าระยะก่อนทดลองและระยะเริ่มต้นศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะน้อยกว่าระยะก่อนทดลอง และระยะเริ่มต้นศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค⁽⁵⁾ รายงานผลโครงการชุมชนลดเค็มลดโรคต้นแบบในพื้นที่ เป้าหมาย 3 จังหวัด ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมระยะหลังการศึกษาสูงกว่า

ระยะก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ทั้ง 3 จังหวัด และค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงระยะหลังการศึกษาลดลงจากระยะก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ทั้ง 3 จังหวัด

ในด้านทัศนคติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิชาภัทร มณีพันธ์และคณะ⁽⁶⁾ วิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มของประชาชนอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มของประชาชนได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารรสเค็ม การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารรสเค็ม ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม และการไม่มีโรคประจำตัว

ในด้านการปฏิบัติ การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปรศนี ศรีกัน และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการลดการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ข้อเสนอแนะ

1. ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากการรับประทานอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูงไม่ถูกต้อง ควรจัดอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม โดยเน้นเนื้อหาเรื่องความตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้
2. ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมในเรื่องความไม่มั่นใจว่าสามารถรับประทานอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการได้ทุกวัน การใส่เครื่องปรุงหลายอย่างรวมกันทำให้อาหารมีรสชาติกลมกล่อม ด้านการปฏิบัติ มีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องคือ เวลาที่กินบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป มักเติมเครื่องปรุงจนหมดซองเป็นประจำ และบนโต๊ะอาหารมีเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอสซีอิ๊ว วาโง้เสมอ ผู้รับผิดชอบงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรจัดกิจกรรมอบรม

เชิงลึกที่มีเนื้อหาเข้มข้น พร้อมทั้งจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสาธิต ให้เพิ่มระยะเวลาการจัดโปรแกรมให้นานขึ้น เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีและมีความมั่นใจในการปฏิบัติ

3. ผู้รับผิดชอบงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรมีการประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงก่อนจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ เกิดความมั่นใจ ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ที่กรุณาให้คำปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ สำหรับข้อมูลสุขภาพเจ้าหน้าที่ ขอขอบคุณตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ที่เข้าร่วมการศึกษาดลดระยะเวลาของการศึกษา จนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2568. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
2. สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์. การศึกษาความชุกของการรับประทานโซเดียมปริมาณสูงในประชากรจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566; 32(3): 400-16.
3. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives, Handbook: The Cognitive Domain. New York; David McKay; 1956.
4. ชลธิชา บุญศิริ, นพวรรณ เปียชื่อ, พรณวดี พุทธิชนะ, สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 2560; 32(3): 104-19.

5. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี; อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
6. นิชาภัทร มณีพันธ์, ณรงค์กร ชัยวงศ์, เวียงพิงค์ ทวีพูล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์. งานวิจัยนำเสนอเวทีประชุมวิชาการระดับชาติ คณะพยาบาลศาสตร์ มรภ.อุบล วันที่ 7 พฤษภาคม 2564.
7. ปรีศณี ศรีกัน, สมศรี ทาทาน, วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล, ชลธิมา ปิ่นสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาและบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2561; 34(3): 21-33.

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำ จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of Disease and Health Hazards Surveillance System in Prisons, Roi Et Province

วันทนา กลางบุรีรัมย์ ปร.ด.(สิ่งแวดล้อมศึกษา)

Wantana Klangburum Ph.D. (Environmental Education)

กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ ปร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์)

Kannika Trinnawoottipong Ph.D.(Public Health)

ณิชชาภัทร ยอดแคล้ว ส.ม.(วิทยาการระบาด)

Nitchapat Yodklaew M.P.H.(Epidemiology)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Office of Disease Prevention and Control, Region 7 Khon Kaen

Received: June 12, 2023

Revised: August 17, 2023

Accept: August 29, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) บุคลากรที่รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2) ผู้คุม และผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค ระยะที่ 2 ดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) ได้แก่ วางแผน (Planning) ปฏิบัติ (Action) สังเกตการณ์ (Observation) และสะท้อนผลลัพธ์ (Reflecting) ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต และอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้กลยุทธ์ DISC & M ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด โดย D: Database นำโปรแกรม HOSxP จัดเก็บข้อมูล ส่งข้อมูล Online เชื่อมต่อกับศูนย์ข้อมูลของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง รง.506 ตามระบบ I: Integrate จัดทำ Flow การรายงานข้อมูล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย S: Screening การคัดกรองโรคในเรือนจำ C: Competency การพัฒนาศักยภาพทีมเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเรือนจำร้อยเอ็ด และตัวแทนผู้ต้องขังในเรือนจำร้อยเอ็ด (อาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ: อสรจ.) และ M: Monitoring and Evaluation การติดตามและประเมินผลในทุกกระบวนการผลการประเมินระบบฯ พบว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำ ผู้คุม อสรจ. เจ้าหน้าที่ รพ.ร้อยเอ็ด สสจ.ร้อยเอ็ด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น มีความพึงพอใจ ร้อยละ 100.0 การรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังมีความครบถ้วนร้อยละ 95.0 ทันเวลาร้อยละ 98.3 สอบสวนควบคุมการระบาดภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 100.0 ลดค่าใช้จ่ายในการควบคุมการระบาดของโรค ร้อยละ 92.9 โดยมีการขยายผลการดำเนินงานไปในเรือนจำทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น และเขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวัง โรคและภัยสุขภาพ เรือนจำ

Abstract

The objective of this action research was to develop of disease and health hazards surveillance system in prisons, Roi Et province. The operational target group consisted including 1) The personnel responsible for disease and health hazards surveillance from Roi Et prison, Roi Et hospital, Roi Et provincial public health office and the office of disease prevention and control, Region 7 Khon Kaen 2) warden and prisoner in prisons, Roi Et province. The study was divided into 3 phases, phase1; situation analysis, phase2; implementation with 4 steps PAOR namely planning action observation and reflecting, phase3; summarize and results evaluation. The data collection applied with questionnaires, interviews, observations and group discussions. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis. The results revealed that conducts DISC&M strategy to develop of disease and health hazards surveillance system in prisons, Roi Et province where D; database were collected data with HOSxP program, online to send to the data of health service center in Roi Et hospital and transferred to surveillance system R506, I: Integrate with prepare data reporting flow for working together with network partners guideline, S: Screening, C: Competency with potential development of prison officers and prisoner's agent, M: Monitoring and evaluation in every process. The satisfaction survey results coverage 100% of health officers prisons officers and prisoners. Data reporting into surveillance system were 95.0% completed, 98.3% of timeliness, 100% be able to outbreak response within 24 hours and reduce the cost of outbreak control with 92.9%. Expanded the performance to all prisons in the 7th health zone and expanded to the office of disease prevention and control 3, Nakhon Sawan province.

Keywords: Surveillance System, Disease and Health Hazards, Prisons

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ต้องขังมากเป็นอันดับ 6 ของโลก เป็นอันดับ 3 ของเอเชีย และเป็นอันดับ 1 ของอาเซียน^(1,2) จากข้อมูลสถิติผู้ต้องขังทั่วประเทศของกรมราชทัณฑ์ ทุกเรือนจำมีผู้ต้องขังมากกว่า 1 – 3 เท่า ของเกณฑ์มาตรฐาน⁽³⁾ เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ต้องขังจำนวนมากถึง 3,850 คน ซึ่งเกินจำนวนที่สามารถรับจริง 2.5 เท่า มีความหนาแน่น 2.3 คนต่อตารางเมตร⁽⁴⁾ ทำให้ความเป็นอยู่ภายในเรือนจำมีความแออัด การที่ผู้ต้องขังอยู่ในสถานที่ซึ่งมีข้อจำกัดของโครงสร้างทางกายภาพ องค์ประกอบ และสภาพแวดล้อม ภายใต้กฎระเบียบและการควบคุมภายในเรือนจำ อีกทั้งผู้ต้องขังส่วนใหญ่เป็นผู้ด้อยโอกาสทั้งทางการศึกษา สังคม เศรษฐกิจ เมื่อมาอยู่ในพื้นที่ที่มีความแออัด และทรัพยากรที่จำกัด รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรที่ดูแลผู้ต้องขัง และปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ จึงก่อให้เกิดโรคและภัยสุขภาพได้ง่ายโดย

เฉพาะเมื่อเกิดโรคระบาดจะทำให้เกิดการระบาดได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อผู้ต้องขังเป็นจำนวนมาก บางครั้งอาจทำให้เกิดความรุนแรงถึงชีวิตได้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (สคร.7 ขอนแก่น) ในฐานะหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในเรื่องของการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เมื่อมีเหตุการณ์โรคระบาด โรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ เกิดขึ้นในเรือนจำ เช่น โรคหิด หัด ตาแดง ไข้หวัดใหญ่ อาหารเป็นพิษ แขนขาอ่อนแรง ไข้กาฬหลังแอ่น จะดำเนินการสอบสวน ควบคุมการระบาดของโรคในเรือนจำร้อยเอ็ดอย่างน้อย ปีละ 5-10 เหตุการณ์⁽⁵⁾ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาที่พบคือ เมื่อเกิดโรคระบาดในเรือนจำจะพบผู้ป่วยจำนวนมากและจะเกิดการระบาดอยู่เป็นเวลานาน เนื่องจากทางเรือนจำรายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ทำการควบคุมโรคล่าช้า จนเกิดผลกระทบเป็นวงกว้าง ส่งผลให้ใช้เวลานานในการควบคุมโรคและใช้งบประมาณ ในการรักษาเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นยังพบว่าการจัดเก็บข้อมูลในสถานพยาบาลในเรือนจำ ยังใช้ระบบเขียนในสมุดบันทึก จึงไม่สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์ ได้ว่ามีผู้ป่วยโรคใดบ้างในแต่ละวันมีจำนวนผู้ป่วยโรคใด มากผิดปกติ หรือมีจำนวนผู้ป่วยสูงผิดปกติหรือไม่เมื่อ เปรียบเทียบผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน การจะทราบข้อมูล เหล่านี้จะต้องใช้วิธีนับด้วยมือ ซึ่งต้องใช้เวลานานจึงไม่ สามารถตรวจจับการระบาดของโรคได้ ไม่สามารถตรวจสอบประสิทธิภาพการรักษของผู้ต้องขังได้ ปัญหาการส่งข้อมูล ผู้ป่วย 17 กลุ่มโรคเพื่อรายงานไปยังกรมราชทัณฑ์ต้องใช้เวลานาน ไม่มีฐานข้อมูลที่ชัดเจน ข้อมูลโรคที่ต้อง เฝ้าระวังในเรือนจำไม่เคยถูกรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง (รง. 506) ทำให้ข้อมูลสุขภาพของผู้ต้องขังของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องมีความคลาดเคลื่อนไม่ตรงกัน บางครั้งพบ ผู้ต้องขังเสียชีวิตโดยไม่มีคนเห็น เนื่องจากผู้ต้องขังมี จำนวนมากการดูแลอาจไม่ทั่วถึง ผู้ต้องขังไม่สนใจกัน⁽⁶⁾ เหล่านี้คือปัญหาที่พบจากการไม่มีระบบเฝ้าระวังและ ระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ในสถาน พยาบาลในเรือนจำไม่ทราบเรื่องระบบเฝ้าระวังที่กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด⁽⁷⁾ ดังนั้น เพื่อ แก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนของข้อมูลการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพในเรือนจำ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่พัฒนา ระบบเฝ้าระวังในเรือนจำ โดยบูรณาการการทำงานร่วม กันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับการเข้าถึง บริการสุขภาพของผู้ต้องขัง ลดขั้นตอนการเข้าถึงบริการ การรักษาทำให้ได้รับการรักษาเร็วขึ้น ลดเสี่ยง ลดความรุนแรงของโรค ลดป่วย ลดความพิการ ลดการเสียชีวิต จากการเจ็บป่วยโดยไม่ทราบสาเหตุ มีสิทธิได้รับบริการที่ เท่าเทียมภายใต้ “ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” และเป็น ข้อมูลส่งต่อไปยังสถานพยาบาลในพื้นที่ที่ผู้ต้องขังอาศัย กรณีที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อพ้นโทษกลับ คินสู่ชุมชน ไม่มีภาระโรคและความพิการหลังพ้นโทษ อัน เป็นการ “คืนคนสุขภาพดีสู่สังคม” ป้องกันการแพร่ ระบาดเชื้อโรคติดต่อสู่ชุมชน ลดการรังเกียจ ถูกตีตราจาก สังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัย สุขภาพในเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติ การตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการท⁽⁸⁾ ประกอบด้วย PAOR คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ(Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflecting)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ในเรือนจำ ได้แก่เจ้าหน้าที่จาก สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (สคร.7 ขอนแก่น) พยาบาล ผู้บริหาร ผู้คุม และผู้ต้องขังจากเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมสังคมและงาน IT โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด และเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาและงานควบคุมโรค ติดต่อนำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก ผู้รับผิดชอบงานจาก สคร.7 (3 คน) พยาบาล ผู้บริหาร และผู้คุมจากเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด (7 คน) เจ้าหน้าที่ งานเวชกรรมสังคมและงาน IT โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (5 คน) เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาและงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (5 คน) และ สุ่มตัวอย่างจากผู้ต้องขัง จำนวน 500 คน ซึ่งสมัครใจเข้า ร่วมการวิจัยในครั้งนี้และเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงาน แบบมีส่วนร่วมตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างผู้ต้องขังจากสูตรการประมาณ การค่าสัดส่วน กรณีทราบขนาดประชากรของ Weiers (2005: 350)⁽⁹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{p(1-p)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{p(1-p)}{N}}$$

การศึกษาครั้งนี้กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ได้ $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $P = 0.5^{(10)}$, $e = 0.05$ และ $N = 3,850$ แทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน เพื่อให้การกระจายของกลุ่มตัวอย่างเท่ากันในทุกเรือนนอน ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างผู้ต้องขังเป็น 500 คน

ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 - กันยายน พ.ศ. 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำ

1.1 ประชุมทีมวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงแนวคิด หลักการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งวัตถุประสงค์ การกิจ และทรัพยากรที่สามารถสนับสนุนการทำงานร่วมกัน ให้มองเห็นเป้าหมายการทำงานเดียวกันคือ ยกระดับการบริการสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด อีกทั้งมองเห็นผลลัพธ์คือ ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดตาย ของผู้ต้องขัง และประโยชน์ที่ได้รับร่วมกัน

1.2 วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำ ระบบการบริหารจัดการข้อมูล การคัดกรอง การให้บริการในสถานพยาบาลในเรือนจำร้อยเอ็ด

1.3 ศึกษารูปแบบ และกลยุทธ์ ที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับบริบทของเรือนจำซึ่งเป็นสถานที่ที่มีชั้นความลับและความปลอดภัยด้านความมั่นคงสูงสุด

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action Period) ดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) หน่วยงานภาคีเครือข่ายร่วมกันวางแผน ออกแบบและพัฒนาระบบเฝ้าระวัง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) นำระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นมาไปทดลองใช้ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้ดำเนินงานตามระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นมา

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศการจัดบริการตามระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นมา

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลการปฏิบัติงาน หาปัจจัยแห่งความสำเร็จ นอกจากนี้นั้ยังนำข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางในการปรับแผนปฏิบัติการใหม่ นำไปสู่การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflecting) ในวงรอบต่อไป ปฏิบัติซ้ำและประเมินผล

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล (Monitoring & Evaluation) จัดให้มีการประชุมเพื่อประเมินผลการดำเนินการเบื้องต้น ติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ สะท้อนแนวคิดและปรับปรุงกระบวนการระหว่างการทำงาน เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง ช่วงปีแรกติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน หลังจากนั้นติดตามทุก 6 เดือน ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามการสัมภาษณ์ การสังเกต การอภิปรายกลุ่ม จัดทำรายงานและเผยแพร่ผลงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต และอภิปรายกลุ่ม ประเมินรูปแบบการพัฒนา โดยการรวบรวมข้อมูลการรายงานผู้ป่วยจากเรือนจำเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง ร.506⁽⁷⁾ และแบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลาจากรายงานผู้ป่วยจากเรือนจำเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง รง.506 วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา⁽¹¹⁾ การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังฯ และความพึงพอใจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ต้องขัง นำเสนอด้วยค่าความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหา ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด

1. ผลการศึกษาศาณการณและสภาพปัญหา ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวางแผน กำหนดกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด

สถานการณ์ที่พบ	ประเด็นปัญหา
1. ผู้ต้องขังอยู่ในสถานที่ซึ่งมีข้อจำกัดของโครงสร้างทางกายภาพ มีความแออัด และทรัพยากรที่จำกัด รวมถึงการขาดแคลนบุคลากร ที่ดูแล และปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ เกิดโรคและภัยสุขภาพ ได้ง่าย ทำให้เกิดการระบาดได้รวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อผู้ต้องขังจำนวนมาก ทำให้รุนแรงถึงชีวิตได้	1. การคัดกรองและรายงานผู้ป่วย ในเรือนนอนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน
2. การคัดกรองผู้ต้องขังรับใหม่ยังไม่ครอบคลุมโรคติดต่อที่ต้อง เฝ้าระวัง	2. เรือนจำไม่มีระบบเฝ้าระวังโรคและ ภัยสุขภาพภายในเรือนจำที่ชัดเจน
3. หน่วยงานไม่มี Software ในการบันทึกข้อมูล ใช้วิธีจดลงในสมุดบันทึก ไม่มีการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์	3. พยาบาลในเรือนจำไม่ทราบระบบ เฝ้าระวังฯ ของกระทรวงสาธารณสุข และไม่เคยได้รับการพัฒนาศักยภาพ
4. การรายงานสถานการณ์โดยนับจำนวนผู้ป่วยจากสมุดบันทึก และไม่มี ตัวแปรที่เพียงพอตามหลักระบาดวิทยา	4. เรือนจำไม่มี Software ในการบันทึก ข้อมูล ไม่มีระบบการจัดการฐานข้อมูล เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำ
5. ไม่มีการกำหนดความถี่การจัดทำรายงานสถานการณ์ ทำเมื่อมีการ ร้องขอจากผู้บังคับบัญชา หรือผู้ที่ต้องการข้อมูลเท่านั้น	5. เรือนจำมีข้อจำกัดในเรื่องของการใช้ Internet ภายในเรือนจำ ไม่สามารถ รายงานข้อมูล Online ได้
6. พยาบาลในเรือนจำไม่ทราบว่ามีการรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังที่ กรมควบคุมโรคกำหนด ไม่มีความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง และวิเคราะห์และ นำเสนอข้อมูลตามหลักระบาดวิทยา	6. หน่วยงานอื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล สุขภาพภายในเรือนจำได้
7. เจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำมี 3 คน ต้องดูแลผู้ป่วยในเรือนจำเฉลี่ย วันละ 200 คน และไม่มีตัวแทนผู้ต้องขังที่เป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ใน การรายงานผู้ป่วยในแต่ละเรือนนอน	
8. ผู้ต้องขังบางส่วนมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น กลุ่มจิตเวช สูงอายุ เป็นต้น	
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในเรือนจำ	
10. เรือนจำเป็นพื้นที่ความปลอดภัยด้านความมั่นคงสูงสุด ไม่อนุญาตให้ใช้ เครื่องมือสื่อสารและ Internet	

สถานการณ์โรคที่พบบ่อย ในช่วงของการดำเนินการศึกษาพบเหตุการณ์ระบาดของโรคและจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำลดลงอย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยโรคโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ และโรคคออักเสบ/ต่อมทอนซิลอักเสบ ในปี 2560 จำนวน 1,053 ราย และ 462 ราย ลดลงเหลือผู้ป่วยจำนวน 493 ราย และ 20 ราย ในปี 2564 ผู้ป่วยลดลงคิดเป็นร้อยละ 56.12 และ 96.14 นอกจากนี้ในกรณีเกิดโรคระบาดในเรือนจำพบว่า จำนวนผู้ป่วยลดลง เช่นกัน เช่น การระบาดของโรคแขนขาอ่อนแรง ในปี 2561 พบผู้ป่วย 356 ราย ลดลงเหลือ 25 ราย ในปี 2562 ลดลงร้อยละ 92.98

2. กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.1 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เป็นหน่วยประสานการดำเนินงานหลัก พัฒนาศักยภาพทีม และอสรจ. การคัดกรองโรคติดต่อเพิ่มเติมจากกรมราชทัณฑ์ กำหนด จัดทำ Flow การไหลเวียนข้อมูล และ On the job training การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ การนำเสนอและการส่งรายงานข้อมูลการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคในเรือนจำ

2.2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นผู้รับผิดชอบหลักติดตั้งโปรแกรม HOSxP และสอนวิธีการใช้ เป็นพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลในเรือนจำ และ อสรจ. ในการบันทึกข้อมูล และส่งออกข้อมูล

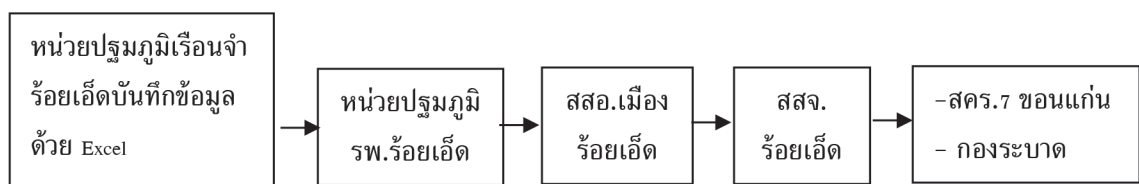
2.3 เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นหน่วยปฏิบัติการหลักในการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSxP ให้เป็นปัจจุบัน จัดส่งข้อมูล Online ให้โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกวัน คัดกรองและรับตามแบบฟอร์มกรมราชทัณฑ์ และเพิ่มโรคติดต่อในระบบเฝ้าระวัง และบันทึกข้อมูล

2.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด รวบรวมข้อมูลรายงาน 506 จังหวัดร้อยเอ็ด จัดส่งข้อมูลไปที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น สัปดาห์ละครั้ง ผ่านทาง E-mail: dataepid6@gmail.com ร่วมเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรค นอกจากนี้ทุกหน่วยงานร่วมดำเนินการ นิเทศ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ร่วมวางแผน และแก้ปัญหา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

วงรอบที่ 1

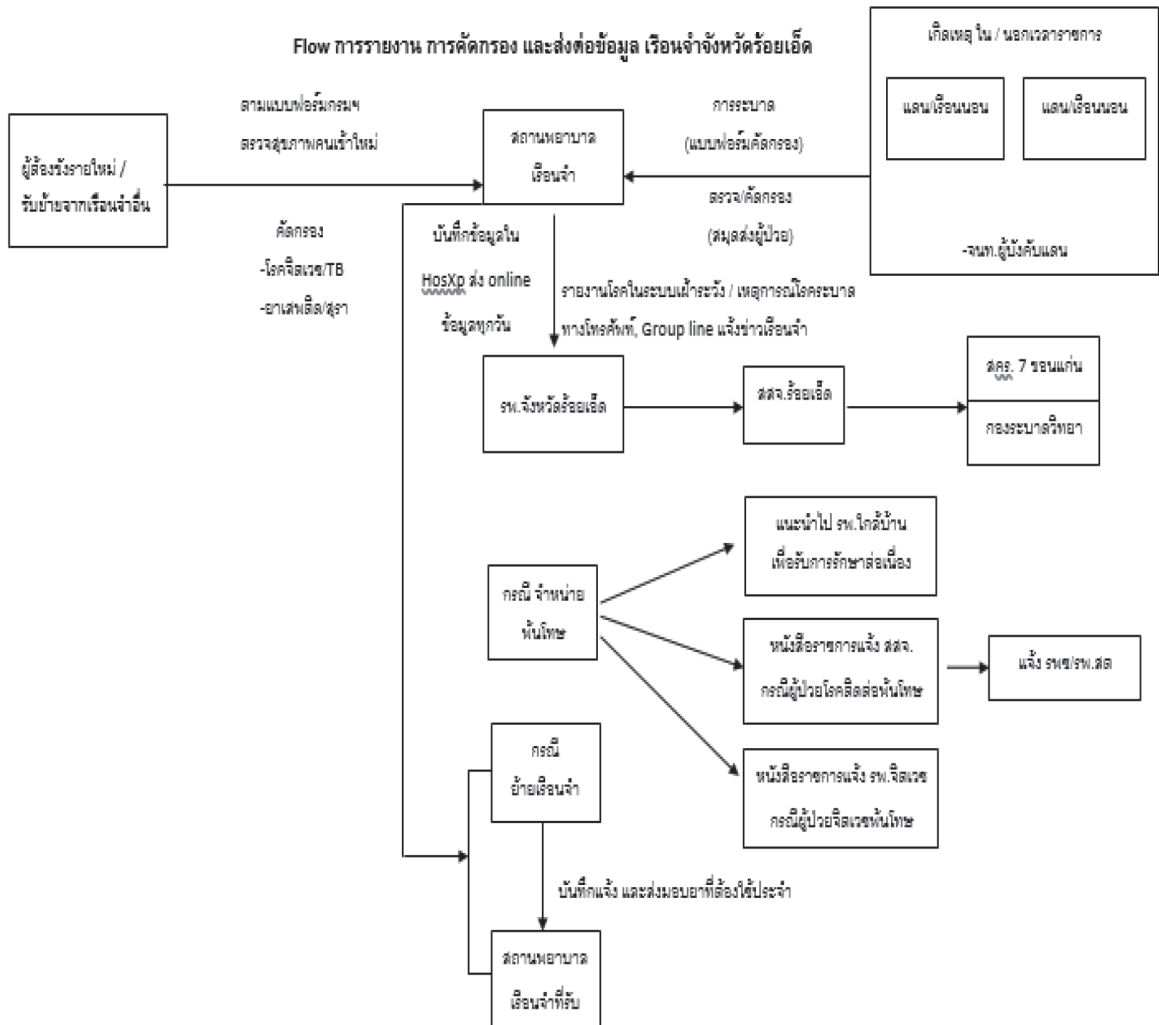
ขั้นตอนที่ 1 Planning รูปแบบระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นมาในขั้นตอนนี้ คือ การจัดให้เรือนจำร้อยเอ็ดเป็นเสมือนหน่วยปฐมภูมิ นำโปรแกรม Excel มาใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย หลังจากนั้นนำส่งข้อมูลไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผ่านทาง E-mail สัปดาห์ละครั้ง ส่งแบบ Offline โรงพยาบาลร้อยเอ็ดส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบรายงาน 506 ตามระบบ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบระบบเฝ้าระวังในเรือนจำร้อยเอ็ด

ขั้นตอนที่ 2 Action นำรูปแบบระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการเฝ้าระวังในเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด มีการจัดทำ Flow การรายงานข้อมูล (ภาพที่ 2) พัฒนาศักยภาพทีมเจ้าหน้าที่ในเรือนจำตามหลักสูตร

Communicable Disease Control Unit (CDCU), On the job training การเฝ้าระวัง วิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ



ภาพที่ 2 Flow การรายงาน การคัดกรอง และส่งต่อข้อมูล เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนที่ 3 Observation เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศ การจัดบริการจากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ

3.1 การนำโปรแกรม Excel มาใช้ในช่วงแรกพบว่าสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นได้รวดเร็วขึ้น สามารถนำเสนอข้อมูลได้หลากหลายรูปแบบมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการเชื่อมต่อข้อมูลกับโปรแกรมของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และมีความล่าช้าในการตรวจจับการระบาดเนื่องจากนำส่งข้อมูลเข้าระบบเฝ้าระวังแบบ Offline สัปดาห์ละครั้ง

3.2 จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้ระบบเฝ้าระวัง และระบบการรายงานมีปัญหาเรื่องความล่าช้า ไม่ครอบคลุมประเด็นการตรวจจับการระบาดโรค COVID-19

3.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

1) พิจารณานำโปรแกรม HOSxP มาใช้ในสถานพยาบาลในเรือนจำ เพื่อเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลและสถานบริการอื่นๆ ภายนอกเรือนจำ และส่งข้อมูลแบบ Online ทุกวัน

2) ปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวัง การแจ้งเตือน ระบบการคัดกรอง และระบบรายงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 เพื่อความทันเวลา

ขั้นตอนที่ 4 Reflecting เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ทีมวิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการติดตามการดำเนินงาน พบข้อสรุปในการสะท้อนผล ดังนี้

4.1 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรม Excel มีข้อจำกัดเรื่องตัวแปรและการตรวจสอบข้อมูลที่เชื่อมโยงทางการระบาดไม่ครบถ้วน นอกจากนั้นยังไม่สามารถ Import ข้อมูลเข้าโปรแกรมเฝ้าระวังฯ ได้ ดังนั้น จึงพิจารณานำโปรแกรม HOSxP มาใช้ในสถานพยาบาลในเรือนจำ

4.2 การพัฒนาศักยภาพทีม อสรจ. เพื่อช่วยบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้ครบทุกคนในโปรแกรม HOSxP สามารถ Export ข้อมูลออกมาใช้ประโยชน์ได้

4.3 ทีมวิจัยเสนอแนวทางแก้ไขให้ผู้บัญชาการเรือนจำเพื่อขออนุญาตให้พยาบาลในเรือนจำส่งข้อมูล Online ทุกวัน ภายใต้การควบคุมของผู้ดูแลระบบ Internet อย่างเคร่งครัด

4.4 ช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 มีการระบาดของโรค COVID-19 ได้ปรับปรุงระบบและแนวทางการเฝ้าระวัง จัดห้องแยกผู้ต้องขังรายใหม่ เพิ่มตัวแปรชักประวัติ เพิ่ม Flow ในการรายงานผู้ที่สงสัยติดเชื้อโรค COVID-19 พัฒนาศักยภาพพยาบาล ผู้คุม อสรจ. ในการเฝ้าระวัง COVID-19

4.5 วางแผนขยายผลการดำเนินงานในเรือนจำทั้ง 6 แห่งในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และเขตสุขภาพอื่นๆ ทั่วประเทศ จัดเป็นพื้นที่ศึกษาฐานให้กับหน่วยงานที่สนใจ วนรอบที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 Planning ปรับรูปแบบระบบเฝ้าระวัง โดยโปรแกรม HOSxP มาใช้แทน Excel จัดทำข้อกำหนดในการใช้ Internet เพื่อนำส่งข้อมูล Online เข้าสู่ระบบเฝ้าระวังทุกวัน และนำ 5 กลยุทธ์ “DISC & M Strategy” มาใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำ ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 Database: D เป็นการพัฒนาฐานข้อมูลใช้โปรแกรม HOSxP และส่งข้อมูล Online เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อส่งข้อมูลเข้าระบบเฝ้าระวัง รง.506 ตามระบบ

กลยุทธ์ที่ 2 Integrate: I บูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานภาคีเครือข่าย โดยใช้กลวิธีการร่วมกันคิด การวางแผนร่วมกันทำ

กลยุทธ์ที่ 3 Screening: S การคัดกรองโรคในเรือนจำเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในการเฝ้าระวังแรก รับตามแบบฟอร์มกรมราชทัณฑ์และเพิ่มโรคติดต่อในระบบเฝ้าระวัง และมีระบบคัดกรองพิเศษ ได้แก่ การคัดกรองวัณโรค (TB) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) โรคไวรัสตับอักเสบชนิดซี (Hep C) และโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

กลยุทธ์ที่ 4 Competency: C การพัฒนาศักยภาพทีมเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเรือนจำร้อยเอ็ด โดยใช้หลักสูตรเดียวกับทีม Communicable Disease Control Unit: CDCU, On the job training การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูล และการสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ ติดตาม ประเมินผล และ อาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.)

กลยุทธ์ที่ 5 Monitoring and Evaluation: M การติดตามประเมินผล ในทุกระบวนการ

ขั้นตอนที่ 2 Action ทีมพยาบาล และ อสรจ. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกราย เข้าสู่โปรแกรม HOSxP ส่งออกข้อมูลเฝ้าระวัง Online ไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกวัน นำส่งข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลกรมราชทัณฑ์ตามกำหนดวิเคราะห์ และนำเสนอสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว และเป็นปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 3 Observation จากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ทำให้พยาบาลในเรือนจำมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจจับการระบาดได้ในเวลาอันรวดเร็ว เหตุการณ์ระบาดของโรคลดลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ผู้ต้องขังมีความพึงพอใจในการบริหารจัดการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ

รายละเอียดการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน		ปัญหาที่ลดลงร้อยละ
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	
ความครบถ้วนการรายงาน	ร้อยละ 5	ร้อยละ 95.0	90.0
ความทันเวลาการรายงาน	ร้อยละ 2	ร้อยละ 98.3	96.3
สอบสวนการระบาดภายใน 24 ชั่วโมง	ร้อยละ 2	ร้อยละ 100	98.0
จำนวนผู้เสียชีวิตเมื่อเกิดโรคระบาด	1 – 3 คน	ไม่พบผู้เสียชีวิต	100.0
ระยะเวลาในการควบคุมโรค	1 – 3 เดือน	1 สัปดาห์	96.6
จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดโรคระบาด	ปีละ 5–10 เหตุการณ์	ปีละ 1 – 2 เหตุการณ์	80.0
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สมุดบันทึก	ฐานข้อมูล Online HOSxP	100.0
การตรวจสอบสิทธิ์ในการรักษา	2 – 3 วัน	5 – 10 นาที	99.7
ระยะเวลาในการจัดทำรายงาน	2 – 3 วัน	30 นาที – 1 ชั่วโมง	98.6
วิธีการจัดทำข้อมูลรายงาน	นับจำนวนผู้ป่วยจากสมุดบันทึก	ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทุกครั้ง	100.0
การนำเสนอข้อมูลสถานการณ์	ไม่สามารถนำเสนอข้อมูลตามหลักระบาดวิทยา	นำเสนอการกระจายตาม Place Person Time	100.0
ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจากการระบาดโรคแขนขาอ่อนแรงในเรือนจำ	534,000 บาท	37,500 บาท 496,500 บาท	92.9
ความพึงพอใจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ต้องขัง	-	ร้อยละ 100.0	100.0

ขั้นตอนที่ 4 Reflecting ทีมวิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการติดตามการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในครั้งนี้ ได้ข้อสรุปในการสะท้อนผล ดังนี้

4.1 ผู้ต้องขังพึงพอใจกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ เนื่องจากได้รับการบริการรักษาพยาบาลได้รวดเร็วขึ้น ทีมวิจัยปรับเปลี่ยนช่องทางพบผู้เชี่ยวชาญผ่านระบบ Telemedicine

4.2 ควรเพิ่มระบบส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังที่ยังต้องรับการรักษาอยู่แต่พ้นโทษกลับเข้าสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4.3 บูรณาการการทำงานร่วมกันกับโครงการ “ราชทัณฑ์ปันสุข”

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลลัพธ์ ทีมวิจัยได้สรุปและประเมินผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 นำไปสู่การปรับกระบวนการในวงรอบที่ 2 ส่งผลให้เกิดผลสำเร็จการดำเนินงาน ดังนี้

(1) ผลสำเร็จของระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้น ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งสาธารณสุข และราชทัณฑ์สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้เรือนจำมีการรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังได้ทันเวลาถึงร้อยละ 98.3

(2) ความพึงพอใจในระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้ต้องขังพบว่ามีความพึงพอใจถึงร้อยละ 100.0

(3) การขยายผลการดำเนินงานไปยังเรือนจำอีก 6 แห่งในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และได้นำระบบเฝ้าระวังฯ ขยายผลการดำเนินงานเรือนจำในเขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีทีมวิจัยเป็นวิทยากรและเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน นอกจากนั้นยังเผยแพร่ผลงานผ่านเวทีวิชาการ โดยได้รับรางวัลเลิศรัฐในปี 2563 และรางวัลจากมูลนิธิส่งเสริมที่คิวเอ็มในประเทศไทยปี 2564 จากการประชุม Thailand Quality Conference the 22th Symposium on TQM Best Practices in Thailand, Nov 3-5 2021.

สรุปและวิจารณ์ผล

การพัฒนาแบบระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ดในครั้งนี้ ทำให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำที่ครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สามารถนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลลดภาระการสรุปรายงาน สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปวางแผน และพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้แก่ผู้ต้องขังนำไปสู่การลดป่วย ลดตายในที่สุด การพัฒนาระบบเฝ้าระวังในครั้งนี้ได้พัฒนากลยุทธ์ DISC & M ขึ้นมาเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ การนำโปรแกรม HOSXP มาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลแทนระบบ Manual ที่จดลงในสมุดบันทึก ส่งข้อมูล Online เพื่อเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทำให้เกิดระบบเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรมซึ่งเป็นจุดเด่นของการศึกษาในครั้งนี้ จากการสืบค้นข้อมูลยังไม่พบว่ามีเรือนจำใดในประเทศไทยที่ส่งข้อมูลแบบ Online เข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง ทั้งนี้ระบบเฝ้าระวังมีความสำคัญเป็นการจัดเก็บ การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุขที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ที่ได้ออกไป เพื่อประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดหามาตรการ และการประเมินผลมาตรการป้องกัน ควบคุมปัญหาสาธารณสุข⁽¹²⁾ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง คัดกรอง และสอบสวนโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในเรือนจำ⁽⁷⁾ รูปแบบในการสร้างความเข้มแข็งระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ

ที่เกิดจากการทำงานแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป⁽¹³⁾ ผลสำเร็จของการดำเนินการทำให้การรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังของเรือนจำมีความครบถ้วน ทันเวลา นำไปสู่การสอบสวนการระบาดภายใน 24 ชั่วโมงได้ตามมาตรฐานที่กำหนด นอกจากนั้นยังพบว่าช่วงที่ทำการศึกษายังไม่พบผู้เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุแม้แต่รายเดียว สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและควบคุมการระบาดของโรคได้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ต้องขังมีความพึงพอใจในรูปแบบระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นมาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา บุญยืน และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลส่งผลต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการปฏิบัติงานที่ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลของเภสัชกรมากที่สุดและการศึกษาของสำราญ เหล็กงาม และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การรายงานผู้ป่วยโรคหัดในระบบเฝ้าระวังของเรือนจำแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญล่าช้าไป 10 วัน ทีมไม่สามารถเข้าไปสอบสวน ควบคุมโรคได้ทันเวลา ทำให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้าง

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการรายงานในระบบเฝ้าระวัง D506 ซึ่งกองระบาดวิทยาพัฒนามาจากระบบ R506 เดิมเพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันกับสถานบริการอื่น และควบคุมกำกับกับการรายงานให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
2. เจ้าหน้าที่เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด วิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของเรือนจำ รวมไปถึงการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาฐานข้อมูลโรคและภัยสุขภาพของผู้ต้องขัง เพื่อความเท่าเทียมกับประชาชนที่อยู่ภายนอกเรือนจำ

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษา Cost Effectiveness ของรูปแบบการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้นมาในครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารกรมควบคุมโรค กรมราชทัณฑ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และทีม IT โรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ICPSLONDON. About world prison brief [Internet]. 2018 [Cited 2018 September 30]. Available from: <https://www.prisonstudies.org/about-us>.
2. The Standard. คนล้นคุก!ไทยติดอันดับ 6 ผู้ต้องขังมากที่สุดในโลก อันดับ 3 ของเอเชีย เป็นรองแค่จีนและอินเดีย [อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://thestandard.co/world-prison-population-list-thai-6th/>
3. สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย. เจาะปัญหาตัวเลข คนล้นคุก และนักโทษติดขัง [อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อ30 กันยายน2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://tja.or.th/view/news/13732>.
4. กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม. รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2018-10-01&report=
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. รายงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7; 2561.(เอกสารอัดสำเนา).
6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. รายงานการสอบสวนโรคในเรือนจำ; 2561. (เอกสารอัดสำเนา)
7. กองระบาดวิทยา. แนวทางการเฝ้าระวัง การคัดกรอง และการสอบสวน โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในเรือนจำ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
8. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The Action Research Planner. Deakin University Press: Victoria; 1982.
9. Ronald MW. Introduction to Business Statistics. International Student Edition. 5th ed. Pennsylvania, USA: Duxbury Press,Thomson-Brooks/cole; 2005.
10. ละเอียต ศิลาน้อย. การใช้สูตรทางสถิติ (ที่ถูกต้อง) ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัยเชิงปริมาณในทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยบุรีรัมย์ 2560; 12(2): 50-8.
11. เจษฎาธนกิจเจริญกุล. ระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุข และการประเมินระบบเฝ้าระวัง. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา. 2561.
12. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี. การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา; 2561. (เอกสารอัดสำเนา).
13. เกษร แถวโนนจ้าว, สุพัฒน์ ธาตุเพชร, เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, ปัทมณัฐ สารชัย. การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อระดับอำเภอ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค 2558; 41(4): 329-40.
14. สุพัตรา บุญยยืน, กุลชญา ลอยหา, เด่นดวงดี ศรีสุระ. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาล. วารสารศรีวนาลัยวิจัย 2565; 12(1): 111-24.
15. สำราญ เหล็กงาม, บุศนี มุจรินทร์, อภิชัย สะตังค์. การระบาดของโรคหัดในผู้ต้องขังเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดอำนาจเจริญ เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2561. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2562; 17(2): 48-58.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

The Effect Health Literacy Programs for Smoking Reduction and Cessation
Among Vocational Students in the Educational Institution, Muang District,
Ratchaburi Province

ไกรฤกษ์ สุธรรม ทพ.ม. (เทคนิคการแพทย์)

ขวัญตา สุธรรม ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

Krairerk Suthum M.MT. (Medical Technology)

Kwanta Suthum M.P.H. (Public Health)

Office of Disease Prevention and Control, Region 5 Ratchaburi

Received: July 7, 2023

Revised: August 3, 2023

Accept: August 25, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี คัดเลือกกลุ่มทดลองแบบเจาะจงซึ่งเป็นนักศึกษาชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 และ 3 ที่สูบบุหรี่ 52 คนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วัดผลโปรแกรมก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired Sample T-test, Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test พบว่า หลังทดลองค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ และค่าเฉลี่ยความรู้แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ค่ามัธยฐานจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และค่าเฉลี่ยปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร ความเข้าใจ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พร้อมกับให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อให้นักศึกษาระดับอาชีวศึกษาที่สูบบุหรี่

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ การลด เลิกบุหรี่ นักศึกษาระดับอาชีวศึกษา

Abstract

This research was a quasi-experimental design with one group. The objective of this research was to study the effect health literacy programs for smoking reduction and cessation among vocational students in the education institution, Muang District, Ratchaburi Province. Sampled according to the specified male students who studying second and third year vocational certificate level, with Self-administered questionnaire was obtained from 52 smokers. Descriptive statistics, Paired Sample T-test, Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test were applied for data analysis. Results shown that after experiment, the average scores on health literacy for smoking reduction and cessation, knowledge with statistical significance (P -value <0.001), and the median scores on amount of cigarettes smoked, and average scores on exhaled carbon monoxide was decreased with statistical significance (P -value <0.001). The composition of health literacy in terms of access to health information, communication, understandings, self-management, and accuracy performance decision were increased average scores with statistical significance (P -value <0.001). The media literacy was not statistically different from those before the experiment (P -value >0.05). Related organizations should health literacy programs and augment information about harmfulness of smoking, quit smoking, and encouraged to develop media literacy skill to smoke vocational students.

Keywords: Health Literacy, Smoking reduction and cessation, Vocational Students

บทนำ

การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะโรคในประชากรโลกเป็นอันดับ 3 รองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) พบว่า ผู้สูบบุหรี่จะอายุสั้นลง 25-20 ปี⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยพบว่า การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ 2 รองจากการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนข้อมูล U.S. Department of Health & Human Services⁽²⁾ พบว่าการเผาไหม้ยาสูบทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด และมีสารก่อมะเร็งประมาณ 70 ชนิด ผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่ออายุ 30 ปีขึ้นไปร้อยละ 14.0 มีสาเหตุมาจากโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 10.0, 22.0 และ 36.0 ตามลำดับ และองค์การอนามัยโลกคาดว่า ค.ศ. 2030 จะมีประชากรโลก 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1.8 พันล้านคน⁽³⁾

สำนักงานสถิติแห่งชาติของประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2560 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.1 เป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 19-15 ปีร้อยละ 7.6

เขตสุขภาพที่ 5 มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.9 และวัยรุ่นร้อยละ 6.6 ส่วนจังหวัดราชบุรี มีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 17.9 เป็นวัยรุ่นร้อยละ 4.9 ลดลงจากปี พ.ศ. 2554 ซึ่งวัยรุ่นอายุระหว่าง 19-15 ปีเป็นช่วงวัยในกลุ่มนักศึกษาในระดับอาชีวศึกษา⁽⁴⁾ ประเทศไทยพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ในสถานศึกษาภายใต้ยุทธศาสตร์การช่วยเหลือผู้เลิกใช้ยาสูบ⁽⁵⁾ จากงานวิจัยของ จิราพร สุวะมาตย์ และมนิรัตน์ เทียมหมอก⁽⁶⁾ พบว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ส่วนหนึ่งต้องการให้สอนเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ในห้องเรียน การจัดกิจกรรมเลิกบุหรี่จึงควรให้ความรู้ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ การปฏิเสธ และฝึกทักษะซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่นักวิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Nutbeam ค.ศ.2008⁽⁷⁾ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสอดคล้องกับบริบทวัยรุ่นปัจจุบัน กองสถิติเศรษฐกิจ⁽⁸⁾ พบว่าปี พ.ศ. 2562 เด็กอายุต่ำกว่า 19 ปีที่เป็นนักเรียนนักศึกษาใช้อินเทอร์เน็ต 10 ชั่วโมง 50 นาทีต่อวัน ส่วนใหญ่เข้าใช้สื่อสังคม ดูหนัง ฟังเพลง และค้นหาข้อมูล ส่วนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการเห็น/ได้ฟัง

ข้อมูลเรื่องพิษภัยของการสูบบุหรี่ หรือชักชวนให้เลิกสูบบุหรี่จากแหล่งต่างๆ ร้อยละ 73.2⁽⁵⁾ และมีโอกาสเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบบุหรี่รูปแบบใหม่ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงขาดความเข้าใจและตระหนักถึงพิษภัย⁽⁹⁾ จึงจำเป็นต้องพัฒนาทักษะที่เหมาะสมในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองในวัยรุ่น

จากข้อมูลกองสุศึกษา⁽¹⁰⁾ พบว่า ปีพ.ศ. 2561 วัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 5 ส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับดีและพอใช้ร้อยละ 51.3 และดีมากร้อยละ 41.5 จากการศึกษาความรอบรู้สุขภาพที่ผ่านมา ผลโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในการลดพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชาย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น และคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง⁽¹¹⁾ ส่วนการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุศึกษาเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพะด้านยาเสพติดของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่าความฉลาดทางสุขภาพะของกลุ่มทดลองสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ⁽¹²⁾ ทั้งนี้พบว่ยังไม่มีการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาจัดกิจกรรมเพื่อการลด เลิกบุหรี่ในนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาจังหวัดราชบุรี

ดังนั้น การศึกษานี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ⁽⁷⁾ เพื่อจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ ให้แก่นักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มที่สูบบุหรี่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลในช่องทางที่เหมาะสม ความเข้าใจข้อมูลจากสื่อ การสื่อสาร การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้โดยการจัดโปรแกรมให้แก่นักศึกษาระดับอาชีวศึกษาของสถาบันอื่นในจังหวัดราชบุรี และขยายผลนำไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อลดปริมาณการสูบบุหรี่และลดอัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental research: One group pre-post test) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽⁷⁾ เพื่อกำหนดตัวแปรต่างๆ ดังนี้

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลในช่องทางที่เหมาะสม 2) ความเข้าใจข้อมูลจากสื่อ 3) การสื่อสาร 4) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) การจัดการตนเอง ตัวแปรความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่

ตัวแปรตาม ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ 2) ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ 3) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และ 4) ค่าปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจ

กลุ่มทดลอง คัดเลือกแบบเจาะจงจากนักศึกษาชายที่สูบบุหรี่ กำลังศึกษาระดับอาชีวศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 และ 3 ในสถาบันอาชีวศึกษาแห่งหนึ่ง พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 50 คน แต่มีนักศึกษาขอเข้าร่วมวิจัยเพิ่ม 2 คน รวมเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 52 คน ดำเนินการจัดโปรแกรม 4 ครั้ง 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้นักศึกษาทำแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจด้วยเครื่องวัดคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (Smokerlyzer)

เครื่องมือในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ จัดกิจกรรม 4 ครั้ง 10 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ช่วงเวลา 8.30-12.00 น. กิจกรรม 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการวิจัย 2) วัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจ 3) ทำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา 4) กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 5) ให้ความรู้การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลโทษของการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ในช่องทางที่เหมาะสม 6) ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ และข้อมูลจากสื่อบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ และฝึกทักษะความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ช่วงเวลา 8.30-12.00 น. กิจกรรมฝึกทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการจัดการตนเอง

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 ช่วงเวลา 8.30-12.00 น. กิจกรรม 1) วัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจ และบันทึกจำนวนมวนการสูบบุหรี่ต่อวัน 2) ฝึกปฏิบัติการสร้างสื่อเชิญชวนเลิกบุหรี่ และการสื่อสารในช่องทางที่เหมาะสม

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 10 ช่วงเวลา 8.30-12.00 น. กิจกรรม 1) วัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจ และบันทึกจำนวนมวนการสูบบุหรี่ต่อวัน 2) กิจกรรมประกวดและมอบรางวัลสื่อเชิญชวนเลิกบุหรี่ 3) ทำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของ

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹³⁾ ประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวน 33 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับชั้นเรียน โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน การได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ เคยคิดเลิกสูบบุหรี่ เหตุผลที่อยากเลิกบุหรี่ เคยพยายามเลิกบุหรี่วิธีที่เคยใช้ในการพยายามเลิกบุหรี่ ครั้งสุดท้ายที่เคยพยายามเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 3 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน (ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการลด เลิกบุหรี่ 5 องค์ประกอบ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลในช่องทางที่เหมาะสมจำนวน 2 ข้อ 2) ความเข้าใจข้อมูลจากสื่อจำนวน 2 ข้อ 3) การสื่อสารจำนวน 2 ข้อ 4) การจัดการตนเองจำนวน 3 ข้อ ประยุกต์ใช้มาตรวัดประเมินค่าเป็น 4 ระดับ (4-Likert scale) คือ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก และทำได้ยากมากหรือไม่สามารถทำได้ให้คะแนน 3 2 1 และ 0 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการลด เลิกบุหรี่ องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการลด เลิกบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ ในคำถามแต่ละข้อมีตัวเลือกการปฏิบัติ 4 ตัวเลือก ให้คะแนนเต็มการตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติข้อที่ถูกต้องที่สุด 3 คะแนน ตัวเลือกที่ถูกต้องน้อยกว่า และไม่ถูกต้อง มีคะแนน 2 1 และ 0 ตามลำดับ

3. เครื่องตรวจวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจ (Smokerlyzer) เป็นเครื่องมือใช้ในคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี ซึ่งอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานจำนวน 2 เครื่อง มีคุณสมบัติเหมือนกันและยี่ห้อเดียวกัน โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัย 2 คน เป็นผู้ตรวจวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจของนักศึกษาด้วยการใช้ปากเป่า ก่อนทดลอง ระหว่างทดลอง และหลังทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าไม่น้อยกว่า 1.0-0.8 ทุกข้อ ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ฯ ด้วยการหาค่า KR20 พบว่าเท่ากับ 0.71 ส่วนแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ฯ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbachs Alpha Coefficient) พบว่าไม่น้อยกว่า 0.87 ทุกองค์ประกอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์สิทธิ์ ผู้วิจัยขออนุญาตสถาบันการศึกษาเข้าดำเนินการจัดกิจกรรมและนักศึกษาสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการจัดกิจกรรม อธิบายแบบสอบถาม และให้นักศึกษาทำแบบสอบถามด้วยตนเองในห้องที่เตรียมไว้ ซึ่งนักศึกษาสามารถตัดสินใจตอบแบบสอบถามเองได้ ไม่มีคำถามที่มีผลกระทบกับนักศึกษา และสอบถามได้ตลอดเวลา สามารถเลิกทำได้โดยไม่มีผลกระทบกับการเรียนหรือผลกระทบอื่นใดกับนักศึกษา ขณะทำแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมไม่มีอาจารย์อยู่ในห้อง นักศึกษาตรวจสอบคำตอบให้ครบก่อนส่งแบบสอบถามให้ผู้วิจัยและหย่อนใส่กล่อง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการให้ข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ ซึ่งแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ เลขบัตรประชาชน หรือเลขทะเบียนนักศึกษา ข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะไม่สามารถระบุตัวตนของนักศึกษาได้ และเป็นการนำเสนอในภาพรวม กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม 4 ครั้งภายใน 10 สัปดาห์ ซึ่งสามารถออกจากโปรแกรมโดยไม่ได้รับผลกระทบใดดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 10

ส่วนนักศึกษาที่ไม่สูบบุหรี่เก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 เท่านั้น โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ก่อนจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองรับการตรวจวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์จากลมหายใจ 1 ครั้ง จากผู้ช่วยวิจัยและบันทึกข้อมูลและนักศึกษาทำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 รวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ตรวจวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์จากลมหายใจ 1 ครั้ง จากผู้ช่วยวิจัยและบันทึกข้อมูล 2) บันทึกจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 10 หลังเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม รวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้ 1) ตรวจวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์จากลมหายใจ 1 ครั้ง โดยผู้ช่วยวิจัยและบันทึกข้อมูล 2) บันทึกจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน 3) ทำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด 2) สถิติเชิงอนุมาน กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ ค่าเฉลี่ยความรู้ค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและค่าเฉลี่ยปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์จากลมหายใจก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพารามิเตอร์ได้แก่ Paired Sample T-test และกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ ค่ามัธยฐานจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และค่ามัธยฐานปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์จากลมหายใจก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไม่อิงพารามิเตอร์ ได้แก่ Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล การสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ พบว่ากลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาที่สูบบุหรี่ กำลังศึกษาระดับ ปวช. ปีที่ 2 และ 3 จำนวน 28 และ 24 คน รวม 52 คน อายุเฉลี่ย 17.4 ปี (S.D.=0.98) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มาแล้ว 1 ปี ร้อยละ 25.0 มีค่าเฉลี่ย 2.1 ปี (S.D.=1.75) นานที่สุด 9 ปี และสั้นที่สุด 6 เดือน ค่ามัธยฐานจำนวน มวนบุหรี่ที่สูบเท่ากับ 5 มวนต่อวัน (น้อยที่สุด 0.5, มากที่สุด 15) เคยคิดเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 71.2 เคยพยายามเลิกร้อยละ 59.6 วิธีที่ใช้เลิกบุหรี่มากที่สุดคือ หยุดสูบเองทันที และลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ ร้อยละ 77.4 และ 32.3 เคยได้รับคำแนะนำลด เลิกบุหรี่ร้อยละ 71.2 ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนร้อยละ 43.2

ก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 มัธยฐานของจำนวน มวนบุหรี่ที่สูบ 5.0 มวนต่อวัน (น้อยที่สุด 0.5, มากที่สุด 15.0) ตรวจวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจในกลุ่มทดลอง พบว่า มีปริมาณก๊าซคาร์บอน-มอนอกไซด์เฉลี่ย 9.06 ppm. (S.D.=4.57) คะแนน ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่เฉลี่ย 6.2 คะแนน (S.D.=1.30) ค่ามัธยฐานคะแนนความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่โดยรวม 16.0 คะแนน (ต่ำที่สุด 2.0, สูงที่สุด 28.0)

หลังการทดลอง พบว่า ค่ามัธยฐานของจำนวน มวน บุหรี่ที่สูบ 3.0 มวนต่อวัน (น้อยที่สุด 0.5, มากที่สุด 9.0) ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดเฉลี่ย 7.54 ppm. (S.D.=2.95) ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ และการเลิกบุหรี่เฉลี่ย 9.10 คะแนน (S.D.=0.96) ค่ามัธยฐานคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม 22.00 คะแนน (ต่ำที่สุด 6.0, สูงที่สุด 33.0)

ผลโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการลด เลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการเลิกบุหรี่พบว่าหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองที่ 2.89 คะแนน (ช่วงเชื่อมั่น 2.6 = %95 ถึง 3.2) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value<0.001

2. เปรียบเทียบค่ามัธยฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการลด เลิกบุหรี่โดยรวม หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) องค์ประกอบความรอบรู้สุขภาพ 6 ด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูลในช่องทางที่เหมาะสม การสื่อสาร ความเข้าใจข้อมูล จากสื่อ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีคะแนนหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ส่วนการรู้เท่าทันสื่อ ก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value >0.05) (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ผลต่างค่าเฉลี่ย (d)	95 % CI	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ และการเลิกบุหรี่	6.21	1.30	9.10	0.96	2.89	-3.22 ถึง -2.55	0.016
ด้านองค์ประกอบความรอบรู้							
การเข้าถึงข้อมูล	2.58	1.47	3.52	1.37	0.94	0.58 ถึง 1.31	<0.001
การสื่อสาร	1.75	1.67	2.77	1.73	1.02	0.62 ถึง 1.42	<0.001
การรู้เท่าทันสื่อ	2.52	2.01	2.63	1.72	0.12	-0.07 ถึง 0.30	0.204

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P-value
	Median	(Min, Max)	Median	(Min, Max)	
ด้านองค์ประกอบความรู้ (ต่อ)					
ความเข้าใจ	2.5	(0, 6.0)	4.0	(0, 6.0)	<0.001
การจัดการตนเอง	4.5	(0, 9.0)	6.0	(0, 9.0)	<0.001
การตัดสินใจ	2.0	(0, 6.0)	3.0	(0, 8.0)	<0.001
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	16.0	(2.0, 28.0)	22.0	(6.0, 33.0)	<0.001

Wilcoxon Signed Ranks Test Based on negative ranks

3. เปรียบเทียบ ค่ามัธยฐาน จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ หลังทดลอง น้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่เท่าเดิม ร้อยละ 55.8 ลดได้ 1 มวน ร้อยละ 21.2 และมีค่ามัธยฐาน การสูบบุหรี่ลดลง 2 มวนต่อวัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P-value
	Median	(Min, Max)	Median	(Min, Max)	
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	5.0	(0.5, 15.0)	3.0	(0.5, 9.0)	<0.001

Wilcoxon Signed Ranks Test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณก๊าซคาร์บอน-มอนอกไซด์จากลมหายใจหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ย 7.54 (S.D.=2.95) น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ผลต่าง ค่าเฉลี่ย (d)	95%CI	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์	9.06	4.57	7.54	2.95	4.26 ^{-a}	0.30 ถึง 2.71	0.016

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ หลังทดลองมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ ภาสกร เนตรพิทยวัลย์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผลโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มทดลอง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนทดลอง สุกฤตา สวนแก้ว และศิวพร อึ้งวัฒนา⁽¹⁵⁾ ศึกษาปัจจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ และการดื่มสุราของวัยรุ่นพบว่าส่วนใหญ่มีระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระดับสูง

2. ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และการ เลิกบุหรี่ หลังทดลองระดับความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ ปรัชพร กลีบประทุม⁽¹⁶⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม การเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของ ผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว พบว่าระดับความรู้เพิ่มขึ้นและ ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับสูง พรรณปพร ลีวิโรจ และอรรวรรณ คุณสน⁽⁵⁾ ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนอกระบบการ ศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับบุหรี่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น⁽¹⁵⁾

3. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ของนักศึกษาในระดับ อาชีวศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้าน สุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่โดยรวม พบว่าหลังทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) คะแนนเฉลี่ยรายองค์ประกอบ 6 ด้านพบว่า การเข้าถึง ข้อมูลในช่องทางที่เหมาะสม การสื่อสาร ความเข้าใจข้อมูล จากสื่อ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) แต่การรู้เท่าทันสื่อก่อน

และหลังทดลองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ ภาสกร เนตรพิทยวัลย์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้โดยรวม และองค์ประกอบ 6 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) ซึ่งการรู้เท่าทันสื่อไม่สอดคล้องกับงาน วิจัยครั้งนี้ อาจเนื่องจากทฤษฎี จำนวนครั้ง และความรู้ในการ จัดโปรแกรมแตกต่างกัน ส่วนผลของโปรแกรมการ ประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างแรง จูงใจในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ชาย พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ ($P\text{-value}<0.001$) เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ และคณะ⁽¹⁷⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนา ความรอบรู้สุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในมิติต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$)

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ พบว่าหลังทดลองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับ ปรัชพร กลีบประทุม⁽¹⁶⁾ และปราณี แผนดิ⁽¹⁸⁾ ศึกษาผล ของโปรแกรมส่งเสริมการลดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมลด สูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) จรุงรักษ์ ยี่ภูและคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่า การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อ ลด ละ เลิก พฤติกรรมการสูบบุหรี่สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดเด็กและ วัยรุ่นมีความรู้เพิ่มขึ้น และคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$)

3.3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานจำนวนบุหรี่ที่สูบ ต่อวัน พบว่าค่ามัธยฐานจำนวนบุหรี่ที่สูบ 3 มวนต่อวัน (ต่ำสุด 0.5 สูงสุด 9.0) น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) ผู้ที่สามารถลดจำนวน มวนบุหรี่ที่สูบได้ร้อยละ 44.2 แต่ไม่มีผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ สอดคล้องกับพรรณปพร ลีวิโรจน์ และอรรวรรณ คุณสน⁽⁵⁾ ปรัชพร กลีบประทุม⁽¹⁶⁾ พบว่ากลุ่มทดลองสามารถลด ปริมาณมวนบุหรี่ที่สูบได้ และส่วนใหญ่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ

3.4 เปรียบเทียบปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์จากลมหายใจ พบว่ามีค่าเฉลี่ย 7.54 (S.D.=2.95) ลดลงหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value<0.05) สอดคล้องกับค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันที่ลดลง และสอดคล้องกับปารณิ แผนดิ⁽¹⁸⁾ สุกัญญา คำก้อน และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้กลับมาสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ พบว่าระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจลดลงหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value<0.001) และผกามาศ สุจิตินิช⁽²¹⁾ ศึกษาการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยสูบบุหรี่ในคลินิกโรคเรื้อรัง พบว่าระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ลดลงซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เลิกสูบได้ร้อยละ 20.7

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่สามารถทำให้นักศึกษาดการสูบบุหรี่ได้ แต่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ โดยหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น ส่วนจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์จากลมหายใจลดลง ซึ่งบ่งชี้ถึงปริมาณการสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่ลดลง

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ให้นักศึกษาระดับอาชีวศึกษาที่สูบบุหรี่ ทั้งนี้ควรเพิ่มจำนวนครั้ง ความถี่ และระยะเวลาการจัดโปรแกรม ควรเน้นพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศให้นักศึกษาที่สูบบุหรี่ เพื่อเพิ่มโอกาสให้นักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ลดปริมาณการสูบบุหรี่ และเลิกสูบบุหรี่

วิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยแบบทดลองหรือกึ่งทดลอง โดยเพิ่มกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่

2. วิจัยแบบผสมผสาน ในเชิงปริมาณเพิ่มการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยการลดปริมาณการสูบบุหรี่และการไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ส่วนเชิงคุณภาพเพื่อทราบสาเหตุของการลดปริมาณการสูบบุหรี่ได้ และการไม่สามารถเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: WHO; 1998.
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health consequences of smoking—50 Years of progress: A report of the surgeon general [Internet]. 2014[cited 2020 January 2]. Available from: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/consequences-smoking-exec-summary.pdf>.
3. WHO global report. Mortality attributable to tobacco; 2012.
4. รณชัย คงสกนธ์, อนุตเชษฐ พัฒนธีรปพน. รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สันทวิกิจพริ้นติ้ง; 2563.
5. พรณปพร สิริโรจน์, อรรรรณ คุณสน, เกสร ศรีอุทิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2559.

6. จิราพร สุวะมาตย์, มณีรัตน์ เทียมหมอก. การทบทวนแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2561; 34(1): 141-9.
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine [Internet]. 2008 [cited 2020 January 10]; 67(12): 2072-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.
8. กองสถิติเศรษฐกิจ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2562. (มปป.). ISBN 1686-4212.
9. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, กรมควบคุมโรค. แผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. (มปป.). [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ashthailand.or.th/content/lists/524/42>.
10. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2562. นนทบุรี: กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
11. อภิญญา ราชศรีเมือง, เกตินี สราญฤทธิชัย. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในการลดพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชาย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38(1): 49-58.
12. อาคม ทิพย์เนตร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษาเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพะด้านยาเสพติดของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา; 2556.
13. กองสุศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 30.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/333>
14. ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์. โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรม การป้องกัน การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้นโดยประยุกต์การจัดการเรียนรู้แบบปรากฏการณ์เป็นฐาน[ปริญญา นพนธ์ ปริญญาการศึกษาดุขฉวีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.
15. สุกฤดา สอนแก้ว, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของวัยรุ่น ตำบลยางน้ำงาม อำเภอสว่าง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลกาชาดไทย 2564; 14(2): 93-106.
16. ปรัชพร กลีบประทุม, ศรีธญา เบญจกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ ของผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
17. เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ, นิรุวรรณ เทรินโบล, อีรศักดิ์ พาจันท์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้สุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา 2564; 20(3): 144-55.
18. ปราณี แผนดี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการลดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรม การลดสูบบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.

19. จรุงรักษ์ ยี่ภู่, อูชา คงทอง, บุญเรือง ศรีเหรียญ.
การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อลดละเลิก
พฤติกรรม การสูบบุหรี่สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด
เด็กและวัยรุ่น. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์
(มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2561; 8(1):
131-46.
20. สุกัญญา คำก้อน, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, สุรินธร
กลัมพากร, สุคนธา ศิริ. โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่
สำหรับผู้กลับมาสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ ใน
ค่ายกรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์ จังหวัดชลบุรี.
วารสารพยาบาล 2563; 69(1): 44-53.
21. ผกามาศ สุริยิตินิช. การบูรณาการการดูแลผู้ป่วย
สูบบุหรี่ในคลินิกโรคเรื้อรัง. ชัยภูมิเวชสาร 2558;
35(1): 40-9.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร

Factors Associated with Vaccination Intention Against COVID-19 Among People in Mukdahan Province

กัมปนาท โคตรพันธ์ ส.ม.

นิยม จันทรรณวล ส.ด.

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Kampanat Kotpan M.P.H.

Niyom Junnual Dr.P.H.

College of Medicine and Public Health,

Ubon Ratchathani University

Received: December 13, 2022

Revised: May 24, 2023

Accept: August 23, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 581 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติพหุคูณแบบโลจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) ช่วงเชื่อมั่น 95%CI และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 61.3 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 23.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 59.4 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 90.0 มีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ร้อยละ 55.6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value<0.05) ได้แก่ อาชีพเกษตรกร/รับจ้าง ($OR_{adj}=5.01$, 95% CI: 2.29-10.97) อาชีพส่วนตัว/ค้าขาย ($OR_{adj}=3.05$, 95% CI: 1.37-6.82) อาชีพพนักงาน/นักศึกษา ($OR_{adj}=5.41$, 95% CI: 1.60-18.39) อาชีพข้าราชการ/พนักงานราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ ($OR_{adj}=6.11$, 95% CI: 2.36-15.80) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ($OR_{adj}=2.07$, 95% CI: 1.40-3.07) การรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ($OR_{adj}=2.43$, 95% CI: 1.59-3.70) ดังนั้น ควรมุ่งเน้นการณรงค์เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคสำหรับประชาชน โดยส่งเสริมการรับรู้เพื่อการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคส่วนบุคคลที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มอาชีพ

คำสำคัญ: ความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 การรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19

Abstract

This research is a cross-sectional analytical study. Objectives to study the factors associated with the intention to receive the COVID-19 vaccine of the people in Mukdahan Province. Data were collected from a sample of 581 people using questionnaires. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics with multiple logistic regression, and the value was presented as an adjusted odds ratio (OR_{adj}), 95% CI, and a statistical

significance level of 0.05. The results showed that 61.3% of the samples were female, aged between 41 and 50 years old, 23.0% graduated from lower secondary education, 59.4% were engaged in agriculture, 90.0% had no underlying disease, 55.6% had an intention to receive the COVID-19 vaccine, and the factors that were significantly related to the intention to receive the COVID-19 vaccine (P -value<0.05) were agriculture/employee ($OR_{adj}=5.01$, 95% CI: 2.29–10.97), self-employed ($OR_{adj}=3.05$, 95% CI: 1.37–6.82), student ($OR_{adj}=5.41$, 95% CI: 1.60–18.39), government official ($OR_{adj}=6.11$, 95% CI: 2.36–15.80), COVID-19 prevention behavior ($OR_{adj}=2.07$, 95% CI 1.40–3.07), perceptions in preventing COVID-19 ($OR_{adj}=2.43$, 95% CI: 1.59–3.70). Therefore, the focus should be on public immunization campaigns by promoting awareness for disease prevention and personal disease prevention behaviors that are appropriate for each occupational.

Keywords: Vaccination intention against COVID-19, COVID-19 prevention behavior, Perceptions in preventing COVID-19

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ถือเป็นอุบัติการณ์การเกิดโรคครั้งใหม่ที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ทำให้อัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้น มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือเรียกว่า Novel coronavirus 2019 (2019-nCoV)⁽¹⁾ แม้ในปัจจุบันจะมีวัคซีนป้องกันโรค แต่ก็ยังไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้เพียงพอแค่ลดความรุนแรงของการป่วย จึงส่งผลให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมากในหลายประเทศทั่วโลก

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กำหนดประเด็นดำเนินการจัดการโรคโควิด 19 ไว้ 3 ประเด็นคือ 1) การป้องกันการระบาด (Outbreaks) การชะลอการแพร่กระจายเชื้อ และการหยุดการติดต่อ (Infection control) 2) การจัดการดูแลที่เหมาะสมสำหรับประชาชน (Home isolation, Community isolation) 3) การลดผลกระทบของระบบสุขภาพจากการระบาด สังคมสงเคราะห์และเศรษฐกิจ (Amelioration)⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยได้มีการกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือ เว้นระยะระหว่างบุคคล (Distancing) สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา (Mask wearing) ล้างมือบ่อยๆ (Hand washing) ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย (Temperature) ตรวจหาเชื้อโควิด 19 (Testing) และติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน

“ไทยชนะ” และ “หมอชนะ” (Application) แต่แนวทางการป้องกันที่ดีที่สุดขณะนี้ คือ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 หากประชาชนส่วนใหญ่เข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จะลดความเสียหายและผลกระทบที่รุนแรง เช่น ลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิต⁽³⁾ โดยประเทศไทยมีนโยบายการให้วัคซีนโควิด 19 แก่ประชาชนทุกคนที่สมัครใจ แต่ปริมาณผลิตวัคซีนในระยะแรกไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้วัคซีน⁽⁴⁾ ซึ่งนโยบายช่วงแรกคือการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd immunity) โดยการรับวัคซีนให้ได้อย่างน้อย 70% ต่อมาเมื่อมีการกลายพันธุ์ของเชื้อ ประสิทธิภาพของวัคซีนจึงลดลง ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง จากผลการศึกษาดูภูมิคุ้มกันเฉลี่ยหลังจากฉีดวัคซีนครบสองเข็ม โดยตรวจภูมิคุ้มกันเมื่อ 2 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์พบว่าไม่ว่าจะฉีดวัคซีนชนิดใดก็มีภูมิคุ้มกันที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นการฉีดวัคซีนกระตุ้นด้วยเข็มที่ 3 จึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยชนิดของวัคซีนเข็มที่ 3 และเวลาที่ควรฉีดกระตุ้นมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับชนิดของวัคซีนที่ได้รับในเข็มแรกและเข็มที่ 2⁽⁵⁾

จากข้อมูลรายงานผู้มีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ของไทย ณ วันที่ 6 มีนาคม 2565 จากจำนวนที่ฉีดวัคซีนทั้งหมด 124,916,084 โดส อาการไม่

พึงประสงค์ที่พบบ่งชี้หลังการฉีดวัคซีนโควิด 19 ทุกชนิด ได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และปวดเมื่อยตามตัว โดยพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ที่สำคัญ ได้แก่ อาการแพ้รุนแรงพบผู้ป่วย 82 ราย เสียชีวิต 1 ราย (ได้รับวัคซีน Sinovac) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบพบผู้ป่วย 32 ราย ภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำพบผู้ป่วย 6 ราย เสียชีวิต 2 ราย (รับวัคซีน AstraZeneca) และยังพบรายงานผู้เสียชีวิตภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 จำนวน 2,140 ราย⁽⁶⁾ ซึ่งจะทำให้การณรงค์สร้างเสริมภูมิคุ้มกันหมู่นั้นไม่บรรลุตามเป้าหมายของประเทศเพื่อตอบสนองต่อปัญหาความจำเป็นด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 ของประชาชน ร่วมกับการหาสาเหตุหรือแนวทางเพื่อกำหนดมาตรการรณรงค์ในกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน และหน่วยงานให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และบริบทของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย การจัดการวางแผน หรือวางแผนกลยุทธ์การรณรงค์สร้างเสริมภูมิคุ้มกันในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อประชาชน ผู้การ “ใช้ชีวิตแนวใหม่อย่างปลอดภัย” ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 30 เมษายน 2565

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ที่มีรายชื่อตามทะเบียนราษฎรและอาศัยอยู่จริงในจังหวัด

มุกดาหาร ปี 2565 จำนวน 140,479 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ระบุค่าพารามิเตอร์ที่จำเป็นสำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้แก่ Tail(s) = Two, Odds ratio = 2.19, $\Pr(Y=1|X=1)$ $H_0 = 0.2$, α err prob = 0.05, Power ($1-\beta$ err prob) = 0.8, R^2 other X = 0, X distribution = Binomial, X parm $\pi = 0.5$ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 268 คน ปรับขนาดตัวอย่างโดยคำนึงถึงค่า effect size (f²) สำหรับสถิติ Logistic regression⁽⁷⁾ เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 536 คน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมเป็น 581 คน เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรในพื้นที่การวิจัยที่สุ่มเลือก และสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ตามโซนเครือข่ายสาธารณสุข จังหวัดมุกดาหาร คือ โซนภูเขา และโซนแม่น้ำ ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกพื้นที่ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากโซนละ 2 อำเภอ ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) อำเภอละ 1 แห่ง โดยการจับสลาก และขั้นที่ 4 สุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) ตามสัดส่วน (Proportional sampling) ของประชากรในแต่ละตำบล จนครบจำนวน 581 คน

3. วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดอบรมกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการใช้แบบสอบถามสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อช่วยในการรวบรวมข้อมูล กำหนดให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาทีต่อคน โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 ครอบครัวยุติโรคโควิด 19 และความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) จำนวน 15 ข้อ⁽⁸⁾ แต่ละคำถามมี 4 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) แปลผลเป็น 3 ระดับ⁽⁹⁾ คือ ดี ปานกลาง และควรปรับปรุง โดยข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ ความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด 19 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ โดยความเชื่อมั่นมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.76 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารสุขภาพ 4) ทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) แปลผลเป็น 3 ระดับ⁽⁹⁾ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ ความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 27 ข้อ โดยประยุกต์จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model: HBM)⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค 5) ปัจจัยกระตุ้น แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) แปลผลเป็น 3 ระดับ⁽⁹⁾ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ ความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

4.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ พฤติกรรมฯ และการรับรู้ฯ นำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์

4.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร ดังนี้

1) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียว (Univariate analysis) ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจศึกษากับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหารที่ละหนึ่งตัวแปร โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) นำเสนอค่า Crude Odds ratio [OR_{Crude}] ช่วงเชื่อมั่น 95% และค่า P-value

2) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุ (Multivariable analysis) ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจศึกษากับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหารที่ละหลายๆ ตัวแปร โดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple logistic regression ด้วยเทคนิคการนำตัวแปรเข้าโดยผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณา (Enter selection) นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio [OR_{adj}] ช่วงเชื่อมั่น 95% และค่า P-value

5. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-56/2565 ลงวันที่ 7 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.3 มีความตั้งใจรับวัคซีนร้อยละ 55.6 มีค่ามัธยฐานอายุอยู่ที่ 40 ปี (IQR=25) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น

ร้อยละ 23.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 59.4 มีค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 5,000 บาท (IQR=7,000) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 90.0 ไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 ร้อยละ 84.5 ไม่มีบุคคลในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 ร้อยละ 76.2

มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.3 และการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 581)

ปัจจัย	ไม่ตั้งใจรับวัคซีน n=258 (44.4)	ตั้งใจรับวัคซีน n= 323 (56.6)	รวม n= 581 (100.0)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	114 (50.7)	111 (49.3)	225 (38.7)
หญิง	144 (40.4)	212 (59.6)	356 (61.3)
อายุ (Median = 40, IQR = 25)			
18-20 ปี	58 (61.7)	36 (38.3)	94 (16.2)
21-30 ปี	38 (37.3)	64 (62.7)	102 (17.6)
31-40 ปี	46 (40.4)	68 (62.7)	114 (19.6)
41-50 ปี	61 (46.6)	70 (53.7)	131 (22.5)
51-59 ปี	55 (39.3)	85 (60.7)	140 (24.1)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	86 (43.4)	112 (56.6)	198 (17.0)
มัธยมศึกษา	129 (48.3)	138 (51.7)	267 (23.0)
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	43 (37.1)	73 (62.9)	116 (20.0)
อาชีพ			
ไม่ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	44 (77.2)	13 (22.8)	57 (9.8)
เกษตรกรรม/รับจ้าง	139 (40.3)	206 (59.7)	345 (59.4)
ประกอบอาชีพส่วนตัว/ค้าขาย	53 (51)	51 (49)	104 (17.9)
นักเรียน/นักศึกษา	7 (43.8)	9 (56.3)	16 (2.8)
ข้าราชการ/พนักงานราชการ	15 (25.4)	44 (74.6)	59 (10.2)
รายได้ต่อเดือน (Median =5,000, IQR = 7,000)			
≤6,000 บาท	157(48.5)	167(51.5)	324(55.8)
6,001-12,000 บาท	55(36.4)	96(63.6)	151(26.9)
12,001-18,000 บาท	12(28.6)	30(71.4)	42(7.2)
18,001-24,000 บาท	15(57.7)	11(42.3)	26(4.5)
≥24,000	19(50.0)	19(50.0)	38(6.5)
โรคประจำตัว			
มี	23 (39.7)	35 (60.3)	58 (10)
ไม่มี	235 (44.9)	288 (55.1)	523 (90)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 581) (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่ตั้งใจรับวัคซีน	ตั้งใจรับวัคซีน	รวม
	n=258 (44.4)	n= 323 (56.6)	n= 581(100.0)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19			
เคยป่วย	46 (51.1)	44 (48.9)	90 (15.5)
ไม่เคยป่วย	212 (43.2)	279 (56.8)	491 (84.5)
ประวัติคนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคโควิด 19			
เคยป่วย	70 (50.7)	68 (49.3)	138 (23.8)
ไม่เคยป่วย	188 (42.4)	255 (57.6)	443 (76.2)
ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19			
ปานกลาง	163 (54.9)	134 (41.5)	297 (51.1)
ดี	95 (33.5)	189 (66.5)	284 (48.9)
ระดับความรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด 19			
ปานกลาง	193 (46.0)	227 (54.0)	420 (72.3)
มาก	65 (40.4)	96 (59.6)	161 (27.7)
ระดับการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19			
ปานกลาง	211 (53.0)	187 (47.0)	398 (68.5)
มาก	47 (25.7)	136 (74.3)	183 (31.5)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหารเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ มีเพียง 3 ปัจจัย ได้แก่ อาชีพ พฤติกรรม และการรับรู้ โดยผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง มีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 เป็น 5.01 เท่าของผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ/ว่างงาน ($OR_{adj}=5.01$, 95% CI: 2.29–10.97) ผู้ที่ประกอบอาชีพส่วนตัว/ค้าขาย มีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 เป็น 3.05 เท่าของผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ/ว่างงาน ($OR_{adj}=3.05$, 95% CI: 1.37–6.82) ผู้ที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา มีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 เป็น

5.41 เท่าของผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ/ว่างงาน ($OR_{adj}=5.41$, 95% CI: 1.60–18.39) และผู้ที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานราชการมีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 เป็น 6.11 เท่าของผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ/ว่างงาน ($OR_{adj}=6.11$, 95% CI: 2.36–15.80) ปัจจัยระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับดี มีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 เป็น 2.07 เท่าของผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับปานกลาง และปัจจัยการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าผู้ที่มีการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับมาก มีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 เป็น 2.43 เท่าของผู้ที่มีการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร การวิเคราะห์
Multiple logistic regression

ปัจจัย	ความตั้งใจรับวัคซีน จำนวน (ร้อยละ)	OR _{Crude}	OR _{Adj}	95%CI	P-value
อาชีพ					
เกษตรกร/รับจ้าง	206 (59.7)	5.016	5.01	2.29-10.97	<0.001
ประกอบอาชีพส่วนตัว/ค้าขาย	51 (49.0)	3.257	3.05	1.37-6.82	0.015
นักเรียน/นักศึกษา	9 (56.3)	4.352	5.41	1.60-18.39	0.002
ข้าราชการ/พนักงานราชการ	44 (74.6)	9.928	6.11	2.36-15.80	<0.001
ไม่ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	13 (22.8)	1			
ระดับพฤติกรรมกำป้องกันโรคโควิด 19					
ดี	189 (66.5)	2.42	2.07	1.40-3.07	<0.001
ปานกลาง	134 (41.5)	1			
ระดับการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19					
มาก	136 (74.3)	3.27	2.43	1.59-3.70	0.001
ปานกลาง	187 (47.0)	1			

สรุปผลการวิจัย

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 518 คน มีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ร้อยละ 55.6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) ได้แก่ อาชีพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 ร้อยละ 55.6 อาจจะเนื่องมาจากนโยบายของรัฐบาลที่กำหนดไว้ให้ประชาชนต้องได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็ม และต่อมาได้มีการกำหนดให้มีการฉีดเข็มกระตุ้นเพิ่มเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ ลดความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบาง จึงมีการณรงค์สร้างเสริมภูมิคุ้มกันหมู่ตามเป้าหมายของประเทศ โดยสร้างความร่วมมือทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน⁽¹¹⁾ ซึ่งอาจเป็น

เหตุผลที่ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะรับวัคซีนโควิด 19 สอดคล้องกับ Tran VD, et al.⁽¹²⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.7 ยินดีที่จะรับวัคซีน และหากเป็นวัคซีนที่มีการตรวจสอบความปลอดภัยและประสิทธิผลจะมีการยอมรับเพิ่มขึ้นร้อยละ 63.2 และไพรซ์แห่งสงครามและคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความต้องการฉีดวัคซีนโควิดร้อยละ 81.7 และพีรวัดน์ตระกูลทวีสุข⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้สมัครใจเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ร้อยละ 63.1

2. อาชีพ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 โดยผู้ที่ประกอบอาชีพ เช่น รับราชการ เกษตรกร นักเรียนนักศึกษา และค้าขาย จะมีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 มากกว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพหรือว่างงาน โดยเฉพาะอาชีพข้าราชการ/พนักงานราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งมีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 เป็น 6.11 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ/ว่างงาน อาจเป็นเพราะผู้ที่ประกอบอาชีพต่างๆ ต้องพบปะ

กับผู้คน มีโอกาสสัมผัสและมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด 19 สูง จึงมีแนวโน้มในการตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 มากกว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับ Kaadan MI⁽¹⁵⁾ และ Banik R⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยินดียอมรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 คือ ผู้ที่มีอายุที่เพิ่มขึ้น การศึกษาสูง และอาศัยอยู่ในเขตเมือง ประกอบอาชีพ และมีรายได้สูงจะมีแนวโน้มที่จะยอมรับวัคซีนโควิด 19 และสอดคล้องกับชนิษฐา ชื่นใจ และบุญกา ปันพุ่มพร⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด 19

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 โดยผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับดีมีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 เป็น 2.07 เท่าของผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับพีรวัฒน์ ตระกูลทวิสุข⁽¹⁴⁾ พบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความตั้งใจรับวัคซีน 1.85 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค และสอดคล้องกับ Zhang K, et al.⁽¹⁸⁾ พบว่าผู้สวมหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ ล้างมือบ่อย ๆ งดพบปะสังสรรค์ และหลีกเลี่ยงการเดินทางไปในที่มีคนจำนวนมาก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 และเมื่อพิจารณาจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยช่วงที่ผ่านมา มีข้อมูลสำคัญที่น่าสนใจคือ เมื่อผู้ป่วยอายุเพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตมักมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคไตเรื้อรัง และโรคมะเร็ง เป็นต้น ทั้งนี้ตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี (ร้อยละ 46.6) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.0) อาจเป็นเหตุผลทำให้ตัวอย่างมีความตระหนักและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดี จึงมีความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 เพื่อป้องกันความรุนแรง และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

4. การรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 โดยผู้ที่มีการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับสูงมี

ความตั้งใจรับวัคซีนโควิด 19 เป็น 2.43 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ Wong LP, et al.⁽¹⁹⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการฉีดวัคซีนโควิด 19 ลดโอกาสของการติดเชื้อ มีความประสงค์ที่จะรับวัคซีนโควิด 19 ร้อยละ 48.2 และสอดคล้องกับพีรวัฒน์ ตระกูลทวิสุข⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจเข้ารับวัคซีนโควิด 19 คือการรับรู้ทางสังคมเชิงบวกเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 สูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโควิด 19 สูง

ข้อเสนอแนะ

1. อาชีพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ดังนั้นควรสร้างการรับรู้ และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ในกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ/กลุ่มผู้ด้อยโอกาส โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการข้อมูลเท็จหรือข่าวปลอม ให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญในเชิงรุกให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เช่น การสื่อสารเฉพาะเจาะจงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ยังมีทัศนคติในทางลบ

2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพและผลกระทบด้านสุขภาพจากการฉีดวัคซีนโควิด 19

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2022 October 16]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.

2. World Health Organization (WHO). Coronavirus (COVID-19) dashboard measures [Internet]. 2021 [cited 2022 October 14]. Available from: <https://covid19.who.int/measures>.
3. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. นิด (วัคซีน) เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/%E0%B8%89%E0%B8%B5%E0%B8%94-%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%84%E0%B8%8B%E0%B8%B5%E0%B8%99-%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%AA%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%87%v>.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการวัคซีนโควิด19 แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dvp/news.php?news=16897&deptcode=dvp>.
5. ศูนย์วิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ผลการวิจัยเบื้องต้นในการศึกษาความปลอดภัยและการตอบสนองภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ได้รับวัคซีนซิโนแวคครบสองเข็ม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://sicles.org/2021/12/22/covid-19-3rd-boost/?lang=th>.
6. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/07112021_AEFI%20Situation_COVID-19%20vaccine.pdf.
7. Cohen J. Statistical power for the behavioural sciences (2nd ed). New York: Academic Press; 1988.
8. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค ขอความร่วมมือประชาชนเคร่งครัดมาตรการ D-M-H-T-T-A อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=18373&deptcode=brc>.
9. Best JW, Kahn JV. Research in education (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall; 1981.
10. Becker MH, Maiman LA, Kirscht JP, Haefner DP, Drachman R. The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiments. J Health and Soc Behav 1977; 18(4): 348 – 66.
11. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ทีเอส อินเทอร์เน็ต; 2564.
12. Tran VD, Pak TV, Gribkova EI, Galkina GA, Loskutova EE, Dorofeeva VV, et al. Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in a high infection-rate country: a cross-sectional study in Russia. Pharm Pract (Granada) 2021; 19(1): 2276.
13. ไพรัชต์ สงคราม, จักรสันต์ เลย์หยุด, พรณิภา ไชยรัตน์, มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง, ชัญญุรักษ์ นกศักดิ์, วิราสินี สีสงคราม. ความต้องการวัคซีนโควิด 19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในการบริการวัคซีนโควิด 19 จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30 (เพิ่มเติม 2): 199-207.
14. พีรวัฒน์ ตระกูลทวีสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด 19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2564; 3(1): 47-57.

15. Kaadan MI, Abdulkarim J, Chaar M, Zayegh O, Keblawi MA. Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the Arab world: a cross-sectional study. *Glob health res policy* 2021; 6(1): 23.
16. Banik R, Islam MS, Pranta MUR, Rahman QM, Rahman M, Pardhan S, et al. Understanding the determinants of COVID-19 vaccination intention and willingness to pay: findings from a population-based survey in Bangladesh. *BMC Infect Dis* 2021; 21(1): 892.
17. ชนิษฐา ชื่นใจ, บุญกา ปันทุรอำพร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร. *บทความวิชาการ มหาวิทยาลัยรามคำแหง*; 2564.
18. Zhang K, Fang Y, Chan PSF, Cao H, Chen H, Hu T, et al. Behavioural intention to get a booster dose of covid-19 vaccine among Chinese factory workers. *Int J Environ Public Health* 2022; 19(9): 5245.
19. Wong LP, Alias H, Wong PF, Lee HY, AbuBakar S. The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. *Hum Vaccin Immunother* 2020; 16(9): 2204-14.

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา วิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

Preventive Behavior of Sexually Transmitted Disease among Vocational College Students in Kalasin Province

สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ วศ.ม. (วิศวกรรมความปลอดภัย)
ธัญญารัตน์ แสงฤทธิ์ ส.บ. (การจัดการสุขภาพท้องถิ่นและชุมชน)
สิรวารณ ริสา ส.บ. (การจัดการสุขภาพท้องถิ่นและชุมชน)
ศิริลักษณ์ เข็มวงศ์ ส.บ. (การจัดการสุขภาพท้องถิ่นและชุมชน)
สกวาใจ จำปาวาน ส.บ. (การจัดการสุขภาพท้องถิ่นและชุมชน)
ธณูยัสัยจัน สุขเสริม ปร.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา)
จุฑามาศ เขียมสาธิต ปร.ด. (วิศวกรรมโยธา)

Surasak Thammarakcharoen M.E. (Safety Engineering)
Thanyarat Saengrit B.P.H. (Local and Community Health Management)
Sirawan Risa B.P.H. (Local and Community Health Management)
Sirirak Khamewong B.P.H. (Local and Community Health Management)
Sakawchai Jampawan B.P.H. (Local and Community Health Management)
Thanoosin Sukserm Ph.D. (Environmental Education)
Chuthamat Chiamsathit Ph.D. (Civil Engineering)

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University

Received: October 5, 2022

Revised: September 4, 2023

Accepted: September 4, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาจำนวน 281 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในเดือนมกราคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 44.48) ทักษะการป้องกันการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.12) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.94) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.79) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาพบว่า เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แม้ว่านักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพจะมีระดับความรู้ที่อยู่ในระดับสูง แต่ยังมีพฤติกรรมบางอย่างที่เสี่ยงต่อการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย เช่น การใช้วัตถุหรืออุปกรณ์เสริมในการมีเพศสัมพันธ์ การไม่ทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น แสดงให้เห็นว่านักศึกษายังไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องเพศศึกษาอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และรอบด้าน เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว และสังคมต่อไป

คำสำคัญ: นักศึกษาวิทยาลัย พฤติกรรมการป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิทยาลัยการอาชีพ

Abstract

A cross-sectional analytic study was conducted, the aimed of the study were to assess preventive behaviors and analyze factors related to preventive behaviors of sexually transmitted diseases (STDs) among vocational college students in Kalasin province. Approximately 281 respondents collected data through a questionnaire in January 2021. Descriptive statistics including frequency distribution, percentages, mean and standard deviations were applied to analyze the data. Chi-Square statistic was used for testing the hypothesis.

The results revealed that 44.48% of students had a high level of knowledge about STDs. Approximately 86.12% had a moderate level of attitude toward STDs prevention and approximately 77.94% had a moderate level of the health belief model in STDs prevention and 59.79% had a moderate level of behavior in the prevention of STDs. By analyzing factors related to student behavior in the prevention of STDs, it was found that gender and education were statistically significant at the 0.05 level.

Although vocational college students had a high level of knowledge, but there were still some behaviors that increase the risk of contracting STDs, such as using objects or devices during sexual intercourse, not cleaning their genitals after intercourse, etc. It was clear that students had not paid sufficient attention to the prevention of STDs. Therefore, there should be continued and comprehensive implementation of sexuality education programs to enhance the specific knowledge of students. This would contribute to fostering positive attitudes towards preventing sexually transmitted diseases and lead to appropriate and responsible behaviors. In this way, we can effectively prevent problems that may arise for individuals, families and society as a whole.

Keywords: college student, preventive behavior, sexually transmitted disease, vocational college

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งผลกระทบต่อประเทศชาติรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณที่ใช้เพื่อพัฒนาประเทศมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เห็นได้จากการทำงานร่วมกันของภาครัฐและภาคประชาสังคม ดังนั้น รัฐบาลจึงได้มีการจัดตั้งแผนยุทธศาสตร์ป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2559-2564 ซึ่งมีทั้งสิ้น 5 ทิศทาง เพื่อยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย ไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2563 และลดอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย (ซิฟิลิสและหนองใน) ให้เหลือไม่เกิน 3 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2564⁽¹⁾

จากรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคพบว่า อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง โรคซิฟิลิส ในปี 2564 คิดเป็น 41.97 ต่อประชากรแสนคน ถึงแม้ว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายโรคมีแนวโน้มลดลงในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา แต่พบว่าโรคซิฟิลิสมีอัตราป่วยสูงขึ้นคิดเป็น 14.83 ต่อประชากรแสนคนในปี 2564 และโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในปี 2564 สูงขึ้นมากกว่า 2 เท่าจากปี 2560 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนที่ยังค่อนข้างต่ำ ผลจากการสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (BSS) ของกองระบาดวิทยาปี 2562 พบว่านักเรียนอาชีวะชั้น ปวช.2 (ทั้งหญิงและชาย)

มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด (กับคู่นอนทุกประเภท) เพียงร้อยละ 80.3⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์การเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์สะสมของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น จากข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 26,813 คน⁽³⁾ และสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญของเขตพื้นที่สุขภาพที่ 8 ในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิสคิดเป็น 1.73 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุดคือ 15 - 24 ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 4.66 รองลงมาคือ 25 - 34 ปี (3.86) และ 0 - 4 ปี (2.86) อาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือรับจ้าง ร้อยละ 42.71 รองลงมาคือนักเรียน (30.21) และเด็กในปกครอง (20.83) และอัตราป่วยด้วยโรคหนองในคิดเป็น 2.00 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุดคือ 15 - 24 ปี อัตราป่วย 10.18 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ 25 - 34 ปี (2.12), 10 - 14 ปี (0.80) และ 35 - 44 ปี (0.54) ส่วนใหญ่พบในอาชีพนักเรียน ร้อยละ 47.75 รองลงมาคือ เด็กในปกครอง (23.42) และรับจ้าง (16.22)⁽⁴⁾ จะเห็นได้ว่ากลุ่มวัยรุ่นมีโอกาเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาของวริยาภรณ์ จันทรรักษ์กุล⁽⁵⁾ พบว่าวัยรุ่นเสี่ยงอันตรายจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 36.9 ของผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งหมดเนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยเจริญพันธุ์ มีเพศสัมพันธ์เร็ว และยังขาดความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา รวมถึงวัยรุ่นในปัจจุบันใช้ชีวิตที่อิสระมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้าหรือเพศสัมพันธ์แบบคืนเดียว (One night stand) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มวัยรุ่นใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคจากเพศสัมพันธ์น้อยมาก บางคนอาจคิดว่าตนไม่ไ้กลุ่มเสี่ยงเนื่องจากไม่ได้เปลี่ยนคู่นอนบ่อย จึงไม่ใช้ถุงยางอนามัย แต่ในความเป็นจริง การมีเพศสัมพันธ์ทุกรูปแบบโดยไม่สวมถุงยางอนามัย ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ทั้งสิ้น นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นบางคนยังมีพฤติกรรมเสี่ยง

ต่อการมีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย ได้แก่ เที่ยวกลางคืนและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดูสื่อต่างๆ เช่น วิดีโอ หนังสือที่มีเนื้อหากระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การดื่มสุราเป็นสาเหตุโดยอ้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จนถึงขั้นติดโรคทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการดื่มสุราทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ เป็นผลให้ตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปถัมภ์⁽⁶⁾ ส่งผลให้วัยรุ่นมีความสนใจในพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่ง่ายตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ได้แก่ 1) เพศ⁽⁷⁾ 2) อายุ 3) ระดับชั้นการศึกษา 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง⁽⁸⁾ 5) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในแต่ละเดือน 6) สถานภาพการสมรสของบิดามารดา 7) ลักษณะการพักอาศัยในปัจจุบัน⁽⁹⁾ 8) ความรู้เรื่องเพศ⁽¹⁰⁾ 9) ทักษะการป้องกันการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽¹¹⁾ จากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นเป็นกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ที่กำลังมีการพัฒนาทางด้านอารมณ์ ร่างกาย จิตใจที่แปรปรวนเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว จึงอาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีผลกระทบตามมาเกี่ยวกับสุขภาพ หากวัยรุ่นขาดความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติในการป้องกันโรคไม่ตี มีโอกาสที่จะติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นสถานศึกษาในระดับอาชีวศึกษาที่มีนักศึกษาในช่วงวัยรุ่นมาศึกษารวมกันทั้งชายและหญิงเป็นจำนวนมาก อาจมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย เพื่อให้ได้ข้อมูลเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของวัยรุ่นในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา วิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

สมมติฐานการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ ภาดตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study) เก็บ ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในเดือนมกราคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือนักศึกษา วิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,034 คน⁽¹²⁾ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ ขนาดตัวอย่าง จากสูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบขนาดของประชากร⁽¹³⁾

$$n = \frac{p(1-p)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{p(1-p)}{N}}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = นักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งใน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,034 คน

e = ค่าความคลาดเคลื่อน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษา จากกลุ่มตัวอย่าง แตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากร 0.05

Z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น หรือระดับนัย สำคัญ ผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือระดับ นัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้า ไม่ทราบให้กำหนด $p = 0.5$)

เมื่อทราบค่าแล้ว นำมาแทนค่าสมการเพื่อคำนวณ หาค่าขนาดตัวอย่าง เพื่อนำค่าขนาดตัวอย่างที่ได้ไปเลือก กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ดังนี้

$$n = \frac{0.5(1-0.5)}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.5(1-0.5)}{1034}}$$

$$n = 280.10 \approx 281$$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 281 คน หลังจากนั้นนำขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาทำการสุ่มแบบแบ่ง ชั้น (Stratified random sampling) และสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) จำนวนขนาดตัวอย่างของนักศึกษาวิทยาลัย การอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 281 คน โดยวิธีคิดสัดส่วนจำนวนนักศึกษาในแต่ละแผนกที่ศึกษา **ขั้นตอนที่ 2** การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) โดยวิธีคิดสัดส่วนจำนวนนักศึกษาในแต่ละชั้นปีของแต่ละ แผนกที่ศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่ทดแทนจาก นักศึกษาในแต่ละชั้นปีของแต่ละแผนกที่ศึกษา จนได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 281 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม โดยกำหนดเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสของนักศึกษา ระดับการ ศึกษา แผนก ที่พักอาศัยระหว่างศึกษา รายได้ต่อเดือนที่ ได้รับระหว่างการศึกา สถานภาพสมรสของบิดามารดา ท่านเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยแปลความหมายคือ ถูกต้อง และไม่ถูก

ต้อง กำหนดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับประยุกต์จากแนวคิดของบลูม⁽¹⁴⁾ คือ ความรู้ระดับสูง ความรู้ระดับปานกลาง และความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 14 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 15 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 20 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ เป็นประจำ เป็นบางครั้ง และไม่เคย

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามในส่วนที่ 3-5 แบ่งตามแนวคิดของ Best คำนวณได้จากค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งจำนวนชั้นเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง⁽¹⁵⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค (Index of Item-Objective congruence: IOC)⁽¹⁶⁾ ได้ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามมาแก้ไขปรับปรุง แล้วนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิพนการอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient)⁽¹⁷⁾ โดยที่ชุดข้อคำถามต้องมีความเชื่อมั่นที่ 0.7 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละส่วนดังนี้ แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานและทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน

2. ผู้วิจัยทำการอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และขอคำยินยอมในการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเตรียมกล่องทิปสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถาม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบคำถามและรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมด หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบสมมติฐานของการศึกษาโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร กำหนดให้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า นักศึกษาเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.58 มีอายุอยู่ในช่วง 15-18 ปี ร้อยละ 56.85 มีสถานภาพโสดร้อยละ 98.58 ศึกษาอยู่ในระดับการ

ศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพร้อยละ 69.75 ศึกษาที่แผนกอุตสาหกรรมร้อยละ 58.72 พักอาศัยที่บ้านตนเองร้อยละ 96.09 รายได้ต่อเดือนที่ได้รับระหว่างการศึกษาดำรงต่ำกว่า 2,000 บาทร้อยละ 63.35 บิดามารดามีสถานภาพสมรสร้อยละ 71.53 และนักศึกษาร้อยละ 97.86 ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่าภาพรวมนักศึกษาร้อยละ 44.48 มีระดับความรู้

ในระดับสูง ดังแสดงในตาราง 1 และข้อคำถามที่นักศึกษาตอบได้ถูกต้องมากที่สุดคือ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันได้โดยการใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 87.19 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเพียงครั้งเดียวไม่ทำให้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 47.33

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 80% ขึ้นไป)	125	44.48
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 60% – 79%)	80	28.47
ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่า 60%)	76	27.05

3. ระดับทัศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าภาพรวมนักศึกษาร้อยละ 86.12 มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2 และประเด็นคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงในการติด

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 (S.D. = 1.09) ส่วนคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การมีเพศสัมพันธ์ร่วมกันหลายคนคือเรื่องปกติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 (S.D. = 1.30)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา

ระดับทัศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	39	13.88
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	242	86.12

4. ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าภาพรวมนักศึกษาร้อยละ 77.94 มีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3 และประเด็นคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ หากจะมีเพศสัมพันธ์

ควรป้องกันก่อนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 (S.D. = 0.87) ส่วนคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถแพร่กระจายได้โดยการใช้ของส่วนตัวร่วมกันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 (S.D. = 0.98)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	60	21.35
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	219	77.94
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	2	0.71

5. ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่านักศึกษาร้อยละ 59.79 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.37 ดังแสดงในตารางที่ 4 และพฤติกรรมที่ดีของนักศึกษาซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การไม่มี

ประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 (S.D. = 0.64) ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การมีประสบการณ์ในการใช้วัตถุหรืออุปกรณ์เสริมในการมีเพศสัมพันธ์โดยการสอดใส่อวัยวะเพศหรือทวารหนักมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.27 (S.D. = 0.57)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	105	37.37
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	168	59.79
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	8	2.84

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า เพศและ

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
			χ^2	P-value
เพศ			9.47	0.01*
ชาย	159	56.58		
หญิง	122	43.42		
อายุ			8.44	0.07
15-18 ปี	159	56.58		
19-22 ปี	121	43.06		
มากกว่า 22 ปี	1	0.36		
สถานภาพสมรสของนักศึกษา			2.73	0.26
โสด	277	98.58		
สมรส	4	1.42		
ระดับการศึกษา			7.96	0.02*
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	196	69.75		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	85	30.25		
แผนกที่ศึกษา			9.90	0.13
อุตสาหกรรม	165	58.72		
พาณิชยกรรม	71	25.27		
บริหารธุรกิจ	34	12.10		
อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว	11	3.91		
ที่พักอาศัยระหว่างที่ศึกษา			2.73	0.60
บ้านตนเอง/บ้านบิดามารดา	270	96.09		
บ้านเช่า/หอพัก	8	2.85		
บ้านเพื่อนหรือแฟนที่มีผู้ปกครองพักอยู่ด้วย	3	1.07		
รายได้ต่อเดือนที่ได้รับระหว่างการการศึกษา			4.58	0.33
ต่ำกว่า 2,000 บาท	178	63.35		
2,000-5,000 บาท	95	33.80		
มากกว่า 5,000 บาท	8	2.85		

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
			χ^2	P-value
สถานภาพสมรสของบิดามารดา			2.27	0.69
สมรส	201	71.53		
หม้าย	11	3.91		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	69	24.56		
การเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			4.86	0.09
เคย	6	1.14		
ไม่เคย	275	97.86		
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			4.64	0.33
สูง	125	44.48		
ปานกลาง	80	28.47		
ต่ำ	76	27.05		
ทัศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			1.71	0.43
สูง	39	13.88		
ปานกลาง	242	86.12		
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			6.64	0.16
สูง	60	21.35		
ปานกลาง	219	77.94		
ต่ำ	2	0.71		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 15-18 ปี มีสถานภาพโสด ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ ศึกษาที่แผนกอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่พักอาศัยที่บ้านตนเอง มีรายได้ต่อเดือนที่ได้รับระหว่างการศึกษาน้อยกว่า 2,000 บาท นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ทัศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อ

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา พบว่า เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาโดยภาพรวม พฤติกรรมการ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัย การอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าส่วนใหญ่ มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 59.79 เมื่อพิจารณา รายละเอียดพบว่าส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย ได้แก่ การใช้วัตถุ หรืออุปกรณ์เสริมในการมีเพศสัมพันธ์ การไม่ทำ ความสะอาดอวัยวะเพศหลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสิต ศิริเทศ และคณะ⁽¹⁸⁾ ศึกษาความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัด เพชรบุรีโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงและชาย ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 342 คน พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ผลการศึกษา ยัง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทะเนงศักดิ์ มนสิมา⁽¹⁹⁾ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาจำนวน 368 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของ นักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากบทบาททางเพศเป็นเครื่องบ่งชี้ความ สามารถในสังคมไทยมักยึดถือบทบาททางเพศแบบตรง ตามเพศในเพศชายสูงและเพศหญิงต่ำ ศักยภาพในเพศ

ชายและเพศหญิงแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นการประพฤติ ปฏิบัติตนหรือการแสดงออกในสังคม รวมทั้งพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ เพศจึงเป็นตัวแปรหนึ่ง ที่สามารถบอกความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ วนิดา ภูพานหงษ์ และคณะ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขต อำเภอมือเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย และหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ชั้น ม.1-ม.3 จำนวน 368 คน และผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของมุตสุรา ยะโกะ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา ผลการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของ นักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอาจเป็นเพราะนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ เข้ามาศึกษาใหม่และเป็นวัยที่ต่อเนื่องมาจากวัยเด็กเข้าสู่ วัยรุ่นจึงยังไม่มีความคิดคะนอง และยังไม่มีความรู้ที่ รู้จักสนิทสนมมาก จึงยังไม่มีการชักจูงไปในทิศทาง การมี เพศสัมพันธ์ ในขณะที่นักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูงเป็นนักศึกษาที่มีอายุมากกว่า มีประสบการณ์การมี เพศสัมพันธ์ และมีเพื่อนที่สนิทและรู้ใจ จึงมีโอกาสนี้ที่จะ ถูกชักชวนไปในทิศทาง การมีเพศสัมพันธ์ที่หลากหลาย แบบ มากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ ศิวานิตย์ ทองคำดี และคณะ⁽²⁰⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 713 คน ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้อง กับผลการศึกษาของ วิพรรษา คำรินทร์⁽⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับ ชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2-6 จำนวน 409 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับชั้นการศึกษามีความสัมพันธ์กับ การมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง แต่ยังมีพฤติกรรมบางอย่างที่เสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย เช่น การใช้วัตถุหรืออุปกรณ์เสริมในการมีเพศสัมพันธ์ การไม่ทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น แสดงให้เห็นว่านักศึกษายังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องเพศศึกษาอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และรอบด้าน เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว และสังคมต่อไป

2. เนื่องจากนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง แต่พบว่าพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และนักศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อย อาจไม่มีกำลังทรัพย์มากพอในการซื้อถุงยางอนามัย ดังนั้นผู้บริหาร ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องควรมีการจัดช่องทางที่เหมาะสมในการเข้าถึงถุงยางอนามัยฟรีให้แก่นักศึกษา เพื่อประโยชน์ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาวิชาชีพ โดยเน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมที่ดีต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560–2564. กรุงเทพฯ. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
2. กรมควบคุมโรค. พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพรายสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=23335&dept-code=brc&news_views=148&fbclid=IwAR-2cosmRninssAjhpUyh4SJBCsHHa4cnKJPIT-mPcJw-Jt6IzmSJXFJD72So.
3. กลุ่มยุทธศาสตร์แผนงานและเครือข่าย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. รายงานประจำปี 2563. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2564.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพประจำสัปดาห์ที่ 15 ประจำปี 2565. อุดรธานี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี; 2565.
5. วิริยาภรณ์ จันทน์รัชกุล. ชิฟิลิส โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อันตรายของวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/ชิฟิลิส>.
6. อาทิตยา วัฒนสินธุ์, จิระวดี กันทะมั่ง, น้ำฝน ยมจันทร์, ศักดิ์สิน สิมสินธุ์, สุพาณี บุญโยม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2564; 3(1): 1–12.

7. มุสตูรา ยะโกะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย 2556; 8(14): 45-58.
8. วิพรรษา คำรินทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
9. วนิตา ภูพันหงษ์, กฤษณา วุฒิสินธ์, ธวัชวงศ์ชัย ไตรทิพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 2559; 3(2): 54-72.
10. สิริพร มนยฤทธิ์. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักในเยาวชน ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1006020200507053840.pdf>.
11. ศรีญา เจริญศิริ, ชนัญชิดาธุษฎี ทูลศิริ, ยุวดี ลีลัคยาวิระ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชายของการศึกษานอกระบบโรงเรียน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2562; 30(2): 14-25.
12. งานทะเบียนวิทยาลัยการอาชีพคำม่วง. รายชื่อนักศึกษาประจำปีการศึกษา 2563. วิทยาลัยการอาชีพคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์; 2563. (เอกสารอัดสำเนา)
13. อรุณ จีรวพัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
14. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals – Handbook I: cognitive domain. New York: McKay; 1956.
15. Best JW. Research in education. 3rd ed. Engle Clift, NJ: Prentice-Hall; 1977.
16. ยาวดี วิบูลย์ศรี. การวัดผลและการสร้างแบบสอบผลสัมฤทธิ์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
17. Cronbach LJ. Educational psychology. 2nd ed. New York: Harcourt Brace & World; 1963.
18. ภาสิต ศิริเทศ, ประกายรัตน์ ทุนิจ, วรวิฐา เหมทอง, กาญจนา บุศราทิจ. ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเจตคติการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2563; 6(เพิ่มเติม): 53-70.
19. ทะนงศักดิ์ มนสิมา. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
20. ศิวานิตย์ ทองคำดี, ฉวีวรรณ บุญสุยา, เสาวนีย์ ทองนพคุณ, สาวิตรี วิษณุโยธิน. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2563; 15(1): 85-98.

