



วารสาร

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

กรมควบคุมโรค
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

INSTITUTE FOR URBAN DISEASE CONTROL AND PREVENTION JOURNAL

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกันยายน 2563 - กุมภาพันธ์ 2564

Volume 5 No.2 September 2020 - February 2021

ISSN 2697-6684 Online

ISSN 2539-5556 Print





วารสาร

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

INSTITUTE FOR URBAN DISEASE CONTROL AND PREVENTION JOURNAL

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกันยายน 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 Volume 5 No.2 September 2020 – February 2021
กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ

เจ้าของ

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

24/56 หมู่ที่ 3 ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 10220
โทรศัพท์ 0 2551 4347 ต่อ 503, 518 โทรสาร 0 2521 0936

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย วิทยาการ นวัตกรรมที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ
ของบุคลากร ในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคและองค์กรอื่นๆ และเพื่อเป็นสื่อกลางติดต่อ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างนักวิชาการผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพในเขตเมือง

ที่ปรึกษา

นายแพทย์กฤษฏา
นางสาวพรทิพย์

มโหทาน
ศิริกานูมาศ

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ

บรรณาธิการ

นายแพทย์วิชาญ
นางรุจิรา
นางสาวเกวลี

ปาววัน
ตระกูลพั้ว
สุนทรมน

ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
รองบรรณาธิการด้านบริหาร
รองบรรณาธิการด้านวิชาการ

กองบรรณาธิการ (Peer review)

นายแพทย์บุญเลิศ
แพทย์หญิงปานทิพย์
รศ.ดร.สิริมา
ดร.พัฒนมาศ
ดร.อารียา
ดร.บรรจงศักดิ์
นางสาวฐพัชร์
นางสาวชนิษฐา
แพทย์หญิงสุธี
นางสิริหญิง
นายสีไส
นางธนัชฐา
นายสุชนันต์
นางจันทร์ทิพย์
แพทย์หญิงวรงค์ข

ศักดิ์ชัยนันท์
โชติเบญจมาภรณ์
มงคลสมฤทธิ์
มณีกาญจน์
จิรนาถวัฒน์
พัศสมบุรณ์
คันศร
วิศิษฐ์เจริญ
สฤณีศิริ
ทิพศรีราช
ยี่สุนแสง
ดิษฐ์วรรณ
จิตติมณี
จันทการ
เชษฐพันธ์

ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค
ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยนวมินทราช
มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

กองบรรณาธิการ (Peer review)

นายณพัฑฒ	ชีนบาล	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
แพทย์หญิงกมลทิพย์	อัครวรานันต์	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
แพทย์หญิงพนทิพย์	วัชรภรณ์	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
ดร.ไมลา	อิสสระสงคราม	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

คณะกรรมการ

นางอรนงค์	คงเรือง	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นายสุวรรณ	อดิศัยมนตรี	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวบังเอิญ	ภูมิภักดิ์	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนผลงานการป้องกันควบคุมโรคต่างๆ โดยบทความที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และจะพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลังตามความเหมาะสม

การรับเรื่องต้นฉบับ

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เป็นวารสารวิชาการมีวัตถุประสงค์ในการเผยแพร่ผลงานตีพิมพ์ 4 ประเภท คือ

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)
2. บทความปริทัศน์ (Review Article)
3. รายงานการวิจัย (Research Article)
4. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 ประจำเดือนกันยายน - กุมภาพันธ์
ฉบับที่ 2 ประจำเดือนมีนาคม - สิงหาคม

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

- ฉบับที่ 1 ภายในเดือนธันวาคม ฉบับที่ 2 ภายในเดือนกรกฎาคม

การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

1. **ชื่อเรื่อง** ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง มีชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. **ชื่อผู้เขียน** มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. **เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย กะทัดรัด และชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
4. **บทคัดย่อ** การย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นร้อยแก้ว เพียงหนึ่งย่อหน้า ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษาและอภิปรายหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่มีการอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5. **บทนำ** อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์การวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตของการวิจัย
6. **วิธีการศึกษา** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
7. **ผลการศึกษา** อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้ว นำมาเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้
8. **อภิปรายหรือข้อเสนอแนะ** ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
9. **การสรุปผล** ควรสรุปผลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และมีข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
10. **รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง** ใช้รูปแบบการอ้างอิงระบบ Vancouver

การจัดส่งบทความฉบับ

1. **บทความต้นฉบับ** สำหรับตีพิมพ์ ตามข้อกำหนดของบทความแต่ละประเภท รายละเอียดตามคำแนะนำตามคำแนะนำการเตรียมบทความต้นฉบับ (Manuscript)
2. ส่งบทความต้นฉบับ และไฟล์บทความและแนบรายละเอียด **ใบแจ้งความประสงค์ส่งบทความตีพิมพ์** ทาง **ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์**, E-mail: training10iudc@gmail.com และ oranong28@hotmail.com
3. หรือ **ส่งบทความต้นฉบับ** แนบรายละเอียด **ใบแจ้งความประสงค์ส่งบทความตีพิมพ์** ส่งเอกสาร ทางไปรษณีย์ มาที่
กลุ่มศูนย์ฝึกอบรม (งานวารสาร)
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
เลขที่ 24/56 หมู่ 3 ถ.พหลโยธิน
แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ
10220

ความรับผิดชอบ

บทความที่พิมพ์ในวารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ถือว่าเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัยและวิเคราะห์ ตลอดจนเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเอง ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง หรือคณะกรรมการ แต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เลขที่ 24/56 ถ.พหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220
โทรศัพท์ 0 2551 4347 ต่อ 503, 518 โทรสาร 0 2521 0936

สารบัญ

หน้า

Case Report of COVID-19 and Applying Health Belief Model to COVID-19 Management in A Private Hospital in Bangkok, Thailand on 16th April 2020

: Nathan Kunlaphattharawet, Anek Mungaomklang, Somrak Sirikhetkon
Institute for Urban Disease Control and Prevention

1

กลุ่มก้อนผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พนังงานคนไทยที่กลับจากประเทศญี่ปุ่น ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ ประเทศไทย : การศึกษาทางระบาดวิทยาและการตรวจทางน้ำเหลือง

: กนกรัตน์ ไพฑูลย์, กมลทิพย์ อัครวานันท์, สุขสันต์ จิตติมานะ

Imported Cluster of COVID-19 in Thai Returnees from Japan in A State Quarantine
Thailand: Epidemiological and Serological Investigation

: Kanokrat Paitool, Kamontip Atsawaranon, Suksont Jittimanee

13

การสำรวจมาตรการป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ

: อนรรักษ์ สงค์อินทร์, บังเอิญ ภูมิภักดิ์

Survey of Measures Spreading Prevention of Corona Virus Diseases 2019 (COVID-19)
in State Quarantine

: Anurat Songin, Bang-ern Pumipak

27

วัณโรคและปัจจัยเสี่ยงบางประการในผู้ขับขี่รถแท็กซี่สาธารณะในกรุงเทพมหานคร

: บุญเชิด กลัดพ่วง, ชำนาญ ยุ่งไธสง

Tuberculosis and Risk factors Among Public Taxi drivers in Bangkok

: Booncherd Kladphuang, Chamnan Yoontaisong

45

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3

: นเรศน์ ฐิตินันท์วิวัฒน์, จุฬาลักษณ์ ฐิตินันท์วิวัฒน์

Factors Affecting The Quality of Life of The Elderly in Urban Areas of The 3rd Regional Health

: Nares Thitinunthiwat, Chulaluk Thitinantiwat

60

สารบัญ

หน้า

78

**ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ
ในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแก่งคอย**

: วีรยา ด้านเสนา, ยอดชาย สุวรรณวงษ์

The Effectiveness of Active Risk Management Model for Sepsis Surveillance
of Inpatient Department of Kaeng Khoi Hospital

: *Veeraya DanSena, Yodchai Suwannawong*

**การพัฒนารูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในกลุ่ม Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae
ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี**

: ศจีรัตน์ โกศล

Development of a Carbapenem Resistance Enterobacteriaceae Spread Prevention
Model in Hematology and Oncology Medicine Ward, Surat Thani Hospital

: *Sajeerat Kosol*

**การประเมินผลการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ**

: ขนิษฐา ศรีวันทา, สมร นุ่มพ่อง, อรทัย พัดเกาะ

Evaluation of The NCDs Problems with Operations District Health Board's,
Thep Sathit District, Chaiyaphum Province

: *Khanitha Sriwantha, Samorn Numpong, Orathai Padko*

**การศึกษาสถานการณ์สุขภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันภาวะถดถอยทางกาย
ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดสระบุรี**

: เปรมวดี สาริชีวิน, ยอดชาย สุวรรณวงษ์

A Study of Health Situation and Readiness Preparation to Prevent A Deconditioning
in Social Bound Elderly People in Saraburi Province

: *Premwadee Sarisheewin, Yodchai Suwannawong*

101

116

129

Case Report of COVID-19 and Applying Health Belief Model to COVID-19 Management in A Private Hospital in Bangkok, Thailand on 16th April 2020

Nathan Kunlaphattharawet, Anek Mungaomklang, Somrak Sirikhetkon

Institute for Urban Disease Control and Prevention

Received 28 Oct 2020, Revised 9 Nov 2020, Accepted 30 Dec 2020

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นปลายปี 2562 เป็นโรคที่สร้างความตื่นตระหนกให้กับผู้คนทั่วโลก ในประเทศไทยก็เช่นกัน จากรายงานพบว่า มีพยาบาลจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้รับการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์กลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV-2) ในโรงพยาบาลและได้แจ้งสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองเพื่อดำเนินการสอบสวนโรค พบว่า ผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์รายนี้ ปฏิบัติงานในช่วง 14 วันก่อนหน้านั้นติดเชื้อ SARS-CoV-2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแตก สิ่งที่น่าสนใจ คือ ลำดับเหตุการณ์การเดินทางของผู้ป่วยรายนี้ที่อาการแสดงของผู้ป่วยที่ไม่ได้ระบุอย่างชัดเจนว่าเป็น COVID-19 รวมถึงการไม่ได้ตรวจหา COVID-19 ก่อนรับการผ่าตัด โดยวิธี nasopharyngeal and throat swab บทความนี้ได้กล่าวถึงคำแนะนำที่ทีมสอบสวนโรคจากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองได้ดำเนินการสอบสวนโรคและเสนอมาตรการป้องกันควบคุมโรคให้กับโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ การศึกษาได้ใช้วิธีการทบทวนเวชระเบียน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 14 เมษายน 2563 เกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจทั้งหมด ได้รับความร่วมมือจากทีมงานโรงพยาบาลแห่งนี้ และศึกษาสถานการณ์การระบาด COVID-19 จากองค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย โดยพบว่า มีผู้สัมผัสทั้งหมดกับพยาบาลรายนี้ แบ่งเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 11 ราย ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ 31 ราย ไม่สามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยหรือพยาบาลเป็นผู้เริ่มต้นการติดเชื้อ แต่เหนือสิ่งอื่นใด การป้องกันตนเองอย่างเพียงพอและเหมาะสมเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปฏิบัติ สิ่งที่เพิ่มเติมในบทความนี้ที่ทำให้แตกต่างจากการสอบสวนโรคทั่วไป คือการนำเสนอแง่มุมของ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในมาตรการควบคุมโรคในครั้งนี้ โดยได้สอบถามพยาบาลรายนี้ถึงความเข้าใจและการป้องกันตนเองจาก COVID-19 เพื่อใช้เป็นบทเรียนและข้อเสนอแนะให้กับผู้อื่นต่อไป

คำสำคัญ : ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์กลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง, การเก็บสารคัดหลั่ง บริเวณหลังโพรงจมูก, การเก็บสารคัดหลั่ง บริเวณลำคอ

Abstract

This report will demonstrate how to apply Health Belief Model (HBM) in managing the covid-19 situation in a private hospital in Bangkok, Thailand. The HBM is the method to evaluate the understanding or attitude of people in any situation. It is composed of 6 steps such as perceived susceptibility, severity, benefits, barriers, cues to action and self-efficacy. Apart from the model, this report will also show how to manage and investigate the covid-19 situation in a private hospital. One nurse from a private hospital in Bangkok has reported to the Urban Disease Control and Prevention (IUDC) on 16th April 2020 about a covid-19 infection; then the team from IUDC went to the hospital to resolve and control the spreading of COVID-19. Due to the fact that covid-19 is a new disease in this world; therefore, there is not enough evidence about it. Retrospective study one year ago of respiratory tract infections from the medical record in this hospital has been studied. Close contact cases also have been investigated and a nasopharyngeal swab was taken. The result shows the number of high risk at 11 and low risk at 31. There is one case in ward 2B where an index case (a nurse) was working during the previous 14 days. She is 62 years old with the condition of post operation ruptured appendicitis that was detected with COVID-19 positive. No evidence shows that is the first case of COVID-19 infection in this situation. Nevertheless, a universal precaution is the vital key for prevention of any infectious disease.

Keywords : SARS-CoV-2, Nasopharyngeal swab, Throat swab

Introduction

COVID-19 has known as a new pandemic disease since November 2019. The first case of COVID-19 was reported in Wuhan, China and then the cases have been spreading all around the world. On 16th April 2020, 8:00 a.m., The Institute for Urban Disease Control and prevention (IUDC) received a reported from the private hospital A in Bangkok that there is one confirmed case of COVID-19 in a Health Care worker (HCW) discovered by nasopharyngeal and throat swabs. This patient is a nurse working in ward 2B. She had shivering sensations since 11th April 2020, fever, rash along arms and legs, watery diarrhea 3 times in one day, cough, and a runny nose. The team from IUDC has investigated and undertaken to control the situation from 16th April to 31st May 2020.

Aims

1. To confirm diagnosis and outbreak.
2. To explain the distribution of outbreak classified as time, place, and person.
3. To investigate cause of disease, infection source, and associated factors.
4. To control the outbreak.
5. To apply health belief model in this outbreak.

Methods

- Review the situation of COVID-19 from world health organization and the Thai government.
- Review the medical record among HCW in the hospital by retrospective study reviewing weekly visits in HCW from 1st January 2019 until 14th April 2020, focusing on diseases including influenza, upper respiratory tract infection, pneumonia, bronchitis, common cold, pharyngitis, and tonsillitis for analyzing the situation which associated with respiratory tract infection cover the time of the spreading of COVID-19.
- Finding additional patients by the definition below:

Patient suspected COVID-19 refers to a person with whom this nurse had close contact in the hospital A, with or without any symptoms. The symptoms of the disease include fever, cough, and sneezing, nasal discharge, pain in the body, diarrhea, and a rash. Also, those who return from the countries at risk of COVID-19 such as Taiwan, China, Hong Kong, Singapore, England, America and Middle East countries.^(1,2)

Patient confirmed COVID-19 refers to a suspected patient whose laboratory results have identified the genetic material of the SARS-CoV-2 virus.^(1, 2)

Low-risk close contact refers to the person who had contact with index case from a distance of 1 meter or more during the previous 14 days, with or without any symptoms.^(1,2)

High-risk close contact refers to those who have previously been in contact with the index case by joint activities together, such as eating food together, use the same spoon, and showing signs.^(1,2)

- Laboratory studies Collect samples from throat and nasopharyngeal swab from suspected patient and send specimens for SARS-CoV-2.^(3,4)
- Suggesting disease prevention and control.^(3,4)

Investigation results

The number of close contacts with this nurse was found to be 42 persons: with 11 high risk persons, 31 low risk persons. Specimens from all contact cases were sent for lab tests.^(3,4)

Figure 1: Weekly report graph for respiratory tract infection among HCW in hospital A from 1st January 2019 to 14th April 2020.

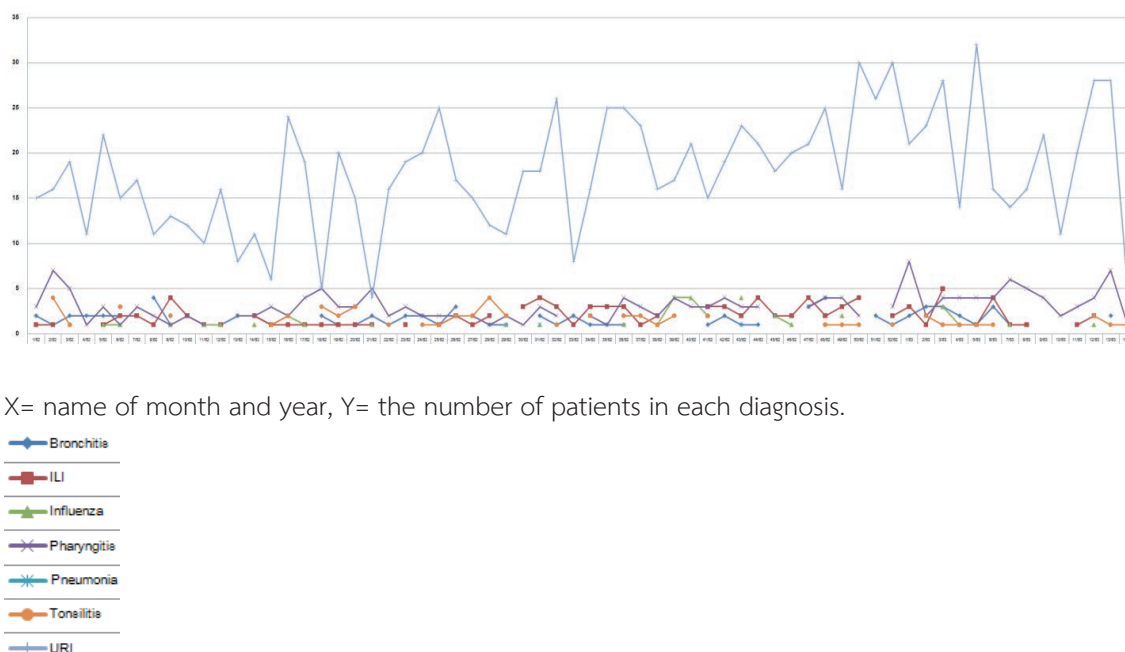


Figure 1. The number of: URI 1179 (70.7%), Pharyngitis 186 (11.2%), ILI 105 (6.2%), Bronchitis 86 (5.2%), Tonsillitis 60 (3.6%), Influenza 45 (2.7%), and Pneumonia 6 (0.4%).

Laboratory results

One positive for SAR-CoV-2 case was identified. She was the post-operation ruptured appendix patient which operation date was 31st March 2020, 62-year-old, with whom this nurse was working within the last 14 days.

Patient history (ruptured appendix)

- Patient (ruptured appendix) started developing fever after 4 days admission (3rd April 2020). She had dyspnea with decreasing oxygen saturation. Computerized Tomography (CT scan) shows both lower lungs infiltration, ground glass opacities. A chest x-ray on 7th April 2020 found the infiltration of both lower lungs, leading to suggest the condition may be from COVID-19 rather than post operation reaction. ^(5,6)

- Pneumonia symptoms from COVID-19 always develop after 7 to 12 days of illness. In this case, pneumonia was diagnosed by Computerized Tomography (CT scan) on 6th April 2020 after patient had a fever for 3 days. This case might have contracted the illness before 31st March 2020. ⁽⁵⁻⁷⁾ She has no history travelling in both Thailand and abroad in the last 2 months. Therefore, it was still unknown which place she has been infected.

- The confirmed case of HCW has a history of close contact to this patient and, on 6th April 2020, started to develop symptoms on 11th April 2020 after contact with this case for 5 days, which is the incubation period of COVID-19. There is a possibility that this case might have been infected with COVID-19 by the nurse. ^(5,6)

- No evidence shows virus causing acute appendicitis; therefore, the appendix should further investigate for COVID-19. ^(3,4)

- The investigation of antibody level of SARS-Co-V2 with the ELISA technique from this case was done on 22nd April 2020 and the result show IgG Ab positive (Ratio 8.04) which is a high ratio. The explanation is that patient had contracted COVID-19 infection more than 2 weeks previously. ^(3,4)

- The universal precautions among HCW cases must be of positive concern during practice. ^(7,8)

- In this case a COVID-19 test before the operation had not been done; therefore, it is concluded that the existence of COVID-19 should be tested before an operation. ^(3,4)

Discussion

HCWs are the high-risk group and prone to be infected by COVID-19. World Health Organization (WHO) and the public health organization of Thailand advise HCWs to use N95 while working with patients who are suspected or confirmed infected by COVID-19.^(7,8) In this case, the nurse was working as a private nurse for a post-operation patient who showed no evidence of being infected with COVID-19 or respiratory infection symptoms. When this nurse was confirmed as infected with COVID-19, then an investigation was conducted to find out the first case. All contact persons around the nurse were investigated and finally the post operation patient was confirmed with COVID-19 infection.⁽⁴⁻⁶⁾ Health belief model was applied to evaluate the knowledge of nurse in this case. She was informed of the information about COVID-19 by the hospital staff; however, she still needs to understand and adopts precautionary techniques for protecting herself and the team while they are working. If HCWs and

patients understand the nature of COVID-19, it would be of great benefit in protecting themselves and those with whom they are in contact and achieve the ultimate outcome of completely controlling the spread of COVID-19. It should not be disregarded that the nurse might have been infected by COVID-19 from the community outside the hospital. The situation of infection COVID-19 in both patients in the ward and the nurses working there might be coincidental. Nevertheless, universal precautions are the most important thing to be aware of and adopted. The disseminated COVID-19 information must be implemented all around the world for controlling the spreading of COVID-19.⁽⁸⁻¹¹⁾

The HBM will be used to evaluate understanding of COVID-19 among HCW. This nurse will be representative of HCW in this private hospital and then this information will be applied for public health. HBM relies on 6 key concepts; composed of: perceived susceptibility, severity, benefits, barriers, cues to action and self-efficacy as table-1.⁽⁸⁻¹¹⁾

TABLE 1: Applying HBM to nurses at a private hospital during the pandemic of COVID-19.

Concept	Using PPE during working time among HCW through the COVID-19 pandemic period.	Result from interview the nurse.
1. Perceived susceptibility	HCW believe they can be infected by COVID-19 if unprotected or inappropriate PPE-used.	The nurse said that she was doing activity with patient as fellows: wound dressing, distributing medicine, injections and intravenous fluid. She was protecting herself with a surgical mask. She has never thought that she would be infected by covid-19 due to the fact that normally she works in the chemotherapy ward but unfortunately the post-operation ward was full of patients at that time, therefore this patient had to be admitted to the chemotherapy ward. In fact, a high-risk group of COVID-19 patients were admitted to a special ward. Unfortunately, there was no pre-operation test for COVID-19 in this patient.

Concept	Using PPE during working time among HCW through the COVID-19 pandemic period.	Result from interview the nurse.
2. Perceived severity	HCW believe that the consequence of COVID-19 infection may cause an increase in the infection rate and may cause mortality or death in herself or others.	After she learned that she had been detected with COVID-19, she became worried about her symptoms. Nonetheless, she was more worried about those who had close contact to her because she was living with her parents in the same room and she also was socializing with co-workers.
3. Perceived benefits	HCW believe that the recommended actions of using PPE would protect them from COVID-19 infection.	She agreed to use PPE when she was working with patients because it could reduce COVID-19 infection rate or other airborne transmission diseases.
4. Perceived barriers	HCW to identify their personal barriers to using PPE.	She also said that her own protection during working at that time was not affected properly and accurately.
5. Cues to action	HCW receive reminder cues for action, such as messages in the hospital newsletter or mobile messages or verbal reminding messages before the start of work each day and displayed on a computer screen.	Normally, she received the reminder cues for action such as messages in the hospital newsletter, mobile messages and verbal messages reminding her before the start of work each day by the infectious control team from the hospital.

Concept	Using PPE during working time among HCW through the COVID-19 pandemic period.	Result from interview the nurse.
6. Self-efficacy	- HCW receives training in using PPE correctly. - HCW receives enough and accurate information and can apply it in reality during working.	She now already knows that she must use PPE properly, i.e., using N-95, washing hands thoroughly, and seriously protecting herself and the team for the ultimate outcome of controlling COVID-19.

Abbreviation: PPE = Personal Protective Equipment, HCW = HealthCare Workers

The policies for controlling the spreading of COVID-19 in hospital A must do as follows:

- HCW must follow universal precautions such as wearing masks, eating hot food, washing hands properly, individually having meals, and physical distancing.⁽⁸⁻¹¹⁾

- All HCW living in Dormitory X, where this nurse was living, must be investigated with nasopharyngeal and throat swabs registering via <http://uvillecare.ddc.moph.go.th/covid/monitoring/index/anonymous-hospital> then record and report every day.⁽³⁻⁵⁾

- All patients treated by this nurse must be investigated with laboratory tests for COVID-19.⁽³⁻⁵⁾

- High risk group of HCW must stop working for 14 days and report their medical condition every day via: <http://uvillecare.ddc.moph.go.th/covid/monitoring/index/anonymous-hospital>.⁽⁸⁻¹¹⁾

- Low risk group of HCW will be allowed to work; however, record and report personal medical condition daily via: <http://uvillecare.ddc.moph.go.th/covid/monitoring/index/anonymous-hospital> for 14 days.⁽⁸⁻¹¹⁾

- Those who are detected with symptoms as follows, must stop working until recovery; such as illness like influenza, actual Influenza, bronchitis, pneumonia, pharyngitis, tonsillitis, upper respiratory tract infection, and lower respiratory tract infection.⁽⁸⁻¹¹⁾

Conclusion

HCWs are the high-risk group for infection by COVID-19 as they are working among many infected patients. The information about COVID-19 has been initially limited after the beginning of the pandemic; therefore, HCW may not have fully understood about self-protection (universal precautions).⁽³⁻¹¹⁾ In this case, while medical staff and the patients were staying in the same room for many days, they did not protect themselves properly during the pandemic of COVID-19. Unprotected or improperly protected during working

time in HCW may increase the number of infections in any infected disease especially COVID-19 infection. Prolonged patient contact, inappropriate protection during contact with asymptomatic patients with respiratory tract infections were involved in the COVID-19 infection. Early recognition, isolation of suspected case of COVID-19 and recommended universal precaution (PPE) can minimize the rate of infection in healthcare workers and reduce the number of patients contracting COVID-19.⁽⁸⁻¹¹⁾

Acknowledgments

Thanks to the director and the team from private hospital A for providing all information and good corporation in this outbreak investigation. Also thanks to both Dr.Prabda Praphasiri and Dr.Joshua Adam Mott for the suggestion of this article.

Ethical issue

Ethical clearance was not compulsory because this study was part of the routine outbreak investigation of the national response to infectious disease.

Suggested citation for this article

Kunlaphattharawet N., Mungaomklang A., Sirikhetkon S. Case report of COVID-19 and applying health belief model to COVID-19 management in a private hospital in Bangkok, Thailand on 16th April 2020. Institute for Urban Disease Control and Journal 2020; 5(2): page 1-12.

References

1. Lu R, Zhao X, Li J, et al. [Genomic characterization and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding](#). Lancet. 2020; 395 (10224):565-574. doi: 10.1016/S01406736(20)30251-8.
2. World Health Organization. [Naming the coronavirus disease \(COVID-19\) and the virus that causes it \[Internet\]](#). World Health Organization. 2020 [update 2020 Feb 11; cited 2020 July 20]. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
3. Pung R, Chiew CJ, Young BE, Chin S, Chin S, Chen MI, et al. [Investigation of three clusters of COVID-19 in Singapore: implications for surveillance and response measures](#). Lancet. 2020 Mar 28;395(10229):1039-1046. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30528-6.
4. Tan WJ, Zhao X, Ma XJ, et al. [A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia cases -Wuhan, China 2019-2020](#). China CDC Weekly 2020; 2:61-2.
5. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. [A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019](#). N Engl J Med. 2020; 382(8): 727733. doi:10.1056/NEJMoa2001017.
6. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. [The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases \(COVID-19\) - China, 2020\[J\]](#). China CDC Weekly, 2020, 2(8): 113-122.
7. World Health Organization. [COVID-19 situation reports \[Internet\]](#). World Health Organization. 2020 [cited 2020 July 20]. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situationreports/>
8. The Straits Times. [Coronavirus: 5 good personal hygiene practices to keep the virus at bay, health news & top stories \[Internet\]](#). April 2020 [cited 2020 July 20]. <https://www.straitstimes.com/singapore/health/coronavirus-5-good-personalhygiene-practices-to-keep-the-virus-atbay>

9. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, et al. [Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 \(SARS-CoV-2\) From a Symptomatic Patient.](#) JAMA. 2020.
10. Ye G, Lin H, Chen S, Wang S, Zeng Z, Wang W, et al. [Environmental contamination of SARS-CoV-2 in healthcare premises.](#) J Infect. 2020.
11. Norman P, Conner M. [Health belief model.](#) Science Direct [Internet]. [cited 2020 July 20].<https://sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/health-belief-model>.

กลุ่มก้อนผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พนักงานคนไทย
ที่กลับจากประเทศญี่ปุ่น ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ
ประเทศไทย : การศึกษาทางระบาดวิทยาและการตรวจทางน้ำเหลือง

Imported Cluster of COVID-19 in Thai Returnees from Japan
in A State Quarantine
Thailand: Epidemiological and Serological Investigation

กนกรัตน์ ไพฑูลย์, กมลทิพย์ อัสวรานนท์, สุขสันต์ จิตติมณี
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Kanokrat Paitool, Kamontip Atsawaranon, Suksont Jittimane

Institute for Urban Disease Control and Prevention

Received 28 Oct 2020, Revised 12 Nov 2020, Accepted 30 Dec 2020

บทคัดย่อ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มีการแพร่กระจายไปทั่วโลกในปัจจุบัน ประเทศไทยจึงมีแนวทางในการจัดการการแพร่ระบาดของโรค โดยกำหนดให้ผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศทุกคนต้องเข้ารับการกักกันที่สถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน ซึ่งหากเป็นคนไทยไม่ต้องมีการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 จากประเทศต้นทางก่อนการเดินทางเข้าประเทศไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความชุกของภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยการใช้ชุดตรวจรวดเร็ว (Rapid test) และหาภูมิคุ้มกันด้วยวิธี Chemiluminescence Immunoassay (CLIA) ในกลุ่มพนักงานคนไทยที่ไปฝึกงานประกอบรถยนต์และพักอพาร์ทเมนต์เดียวกัน จำนวน 31 คน และเดินทางกลับจากประเทศญี่ปุ่นเข้าพักในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2563

ผลการตรวจหาภูมิคุ้มกันในกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการตรวจแอนติบอดีด้วยชุดตรวจรวดเร็ว (Rapid test) พบว่ามีจำนวน 3 คน (ร้อยละ 9.68) ที่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 แต่เมื่อตรวจยืนยันภูมิคุ้มกันตรวจวิธี Chemiluminescence Immunoassay (CLIA) พบภูมิคุ้มกันต่อ SAR-CoV-2 ในตัวอย่างเลือด จำนวน 11 คน (ร้อยละ 35.48) หมายถึง คนกลุ่มนี้อาจจะเคยติดเชื้อมาก่อน ซึ่งส่วนงานควบคุมโรคจะต้องเพิ่มมาตรการในการเฝ้าระวัง ติดตาม เพื่อป้องกันการอุบัติซ้ำของตัวเชื้อ SAR-CoV-2 ในกลุ่มดังกล่าว

คำสำคัญ : สถานที่กักกันของรัฐ, ประเทศญี่ปุ่น, โควิด-19, เชื้อโคโรนาไวรัส 2019

Abstract

Pandemic of Coronavirus 2019 effect to most country around the world. There are limitation of world wide's transportation. Now a day, Thailand having a strong guidelines for management the spreading of Covid-19 disease in travelers from other country. The State Quarantine is the one of controlling disease method, those people have to be quarantine not less than 14 days. In case that Thai citizens do not have to do SARS-CoV-2 test before entering to Thailand. This study aims to descriptive epidemiology and know the prevalence of SARS-CoV-2 among 31 Thai returnees from Japan in a State Quarantine, who arrived in Thailand on June 30, 2020. By using the IgM / IgG biosimilar to SARS-CoV-2 (Lateral flow method). And the Enhanced Chemiluminescence Immunoassay (ECLIA) method.

The result showed that, 3 people (9.68%) found antibody of SARS-CoV-2 by using the IgM / IgG biosimilar to SARS-CoV-2 (Lateral flow method). And after confirm with Enhanced Chemiluminescence Immunoassay (ECLIA) found that 11 people (35.48%) had Immunity to SAR-CoV-2. Most of them, 54.84% is the first generation of trainee in Japan.

Keywords : State Quarantine, Japan, Covid-19, Coronavirus 2019

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 : Coronavirus Disease 2019) เริ่มครั้งแรกในตลาดค้าสัตว์ป่าเมืองอู่ฮั่นหรือตลาดขายอาหารทะเลสด South China Seaboard เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เมื่อเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562^(1,2) จากนั้นเริ่มมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อ ยืนยันทั่วโลก (ข้อมูล ณ วันที่ 23 สิงหาคม 2563) รวม 215 ประเทศ⁽³⁾ จำนวน 23,582,984 ราย เสียชีวิต 812,487 ราย โดยประเทศญี่ปุ่นมีจำนวน ผู้ป่วยยืนยัน เป็นอันดับที่ 45 ของโลก มีผู้ป่วยสะสม ทั้งสิ้น 61,747 ราย⁽⁴⁾ การระบาดของโรคติดเชื้อ โคโรนาไวรัส 2019 ในประเทศญี่ปุ่นแบ่งออกเป็น 2 ระลอกหลักๆ คือ ระลอกแรก (เดือนมกราคม- มีนาคม) ซึ่งมีการพบผู้ป่วยรายแรกของประเทศ และพบการติดเชื้อในเรือสำราญไดมอนด์ปρίนเซส ต่อมาระลอกที่สอง (ช่วงเดือนเมษายนเป็นต้นมา) มีรายงานผู้ป่วยมากกว่า 100 คนต่อวัน รายงานการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนพบมากขึ้น ทั้งในค่ายทหาร เมืองโตเกียว ร้านคาราโอเกะ หรือแหล่งที่มีคนหนาแน่น ส่งผลให้ทางรัฐบาล ได้มีการประกาศภาวะฉุกเฉินในโตเกียว คานากาว่า และอีก 5 เมืองใหญ่ และมีการล็อกดาวน์ประเทศ ระหว่างวันที่ 8 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2563 (ขยายจากเวลาเดิม 6 พฤษภาคม 2563) ช่วง เดือนมิถุนายน – กรกฎาคมที่ผ่านมา ยอดผู้ติดเชื้อ รายใหม่ในประเทศญี่ปุ่นมากกว่า 100 คนต่อวัน โดยเมืองคานากาว่า ซึ่งเป็นเมืองที่พนักงานคนไทย ไปฝึกงานอยู่ มียอดผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 3 ของ ประเทศ (ยอดผู้ป่วยรายใหม่ 359 ราย ข้อมูล

ระหว่างวันที่ 12 มิถุนายน – 13 กรกฎาคม 2563) รองจากโตเกียวและไซตามะ^(5,6)

ประเทศไทยเริ่มมีมาตรการในการเฝ้าระวัง สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับกลุ่มผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ และเพิ่มความเข้มข้นด้านการเฝ้าระวังมาจนถึง ปัจจุบัน ได้มีการจำกัดการเดินทางระหว่างประเทศ ตามมาตรการในการควบคุมโรคติดต่อระหว่าง ประเทศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ยอดผู้ติดเชื้อของประเทศไทยในปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ 23 สิงหาคม 2563) พบผู้ติดเชื้อ ยืนยันสะสมทั้งสิ้น 3,394 ราย มีผู้เสียชีวิตจำนวน 58 ราย^(4,7) แบ่งเป็นผู้ป่วยติดเชื้อภายในประเทศ จำนวน 2,443 ราย และร้อยละ 13.50 เป็นผู้เดินทาง จากต่างประเทศที่เข้ารับการกักกัน ณ สถานกักกัน โรคแห่งรัฐ (จำนวน 458 คน) ซึ่งถือเป็น 1 ใน 7 ของ ผู้ติดเชื้อทั้งหมด จึงทำให้มีมาตรการการเฝ้าระวัง เน้นไปที่กลุ่มผู้เดินทางสัญชาติไทยที่เดินทางกลับ มาจากต่างประเทศ ทั้งนี้สถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ช่วงระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2563 พบการรายงานผู้ป่วยยืนยันไม่น้อยกว่า 50 ราย ต่อวัน⁽⁷⁾ แต่เนื่องด้วยมาตรการป้องกันและ ควบคุมโรค ภายใต้ภาวะฉุกเฉิน ทำให้สามารถจำกัด การติดเชื้อภายในประเทศได้ ส่งผลให้ยอดผู้ติดเชื้อ ภายในประเทศลดลงเป็นศูนย์ในเวลาต่อมา จึงเป็น เหตุในการพุ่งเป้าไปที่การตรวจจับผู้ป่วยที่เป็นผู้เดินทางจากต่างประเทศเพื่อการป้องกันการระบาดของ โรคภายในประเทศระลอกสอง

ในการรับคนไทยกลับประเทศตามแนวทางการควบคุมโรค ภายใต้ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽⁸⁾ เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2563 กำหนดให้ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศทุกคนที่มีสัญชาติไทย ก่อนที่จะเดินทางเข้าประเทศไทยจะต้องมี ใบรับรองแพทย์เพื่อยืนยันว่าบุคคลดังกล่าวมีสุขภาพที่เหมาะสมแก่การเดินทาง (Fit to Fly) ไม่เกิน 72 ชั่วโมงก่อนการเดินทาง หนังสือรับรอง การเดินทางกลับประเทศไทยจากสถานทูต กระทรวงการต่างประเทศ ผู้เดินทางทุกท่านจะได้รับคำชี้แจงในการเดินทางเข้าแผ่นดินไทย และการเข้าพักในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) โดยไม่ต้องตรวจหาเชื้อ Covid-19 ก่อนเดินทางจากประเทศต้นทางเมื่อถึงสนามบินสุวรรณภูมิ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรคจะเป็นผู้ดำเนินการตามมาตรการตรวจโดยมีการคัดกรอง (Entry Screening) โดยจะแยกผู้เดินทางออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือผู้เดินทางที่ไม่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค จะถูกนำส่งเข้ามาพัก ณ สถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) กลุ่มที่สอง เป็นผู้เดินทางที่มีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI: Patient Under Investigation) จะถูกนำตัวส่งไปยังสถานพยาบาลที่รัฐจัดไว้ และตรวจหาเชื้อจนกว่าจะทราบผลว่าไม่พบเชื้อจึงได้ส่งไปกักตัวต่อ ณ สถานกักกันโรคแห่งรัฐเช่นเดียวกัน

กลุ่มผู้เดินทางจากประเทศญี่ปุ่นเข้าพักที่ SQ Bangkok Centre จำนวน 194 คน ตรวจคัดกรองที่สนามบินสุวรรณภูมิ พบผู้เดินทางมีไข้เข้าเกณฑ์เฝ้าระวังและสอบสวนโรค (Patient

Under Investigation : PUI) 6 ราย เก็บตัวอย่างสารคัดหลั่งบริเวณหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal Swab: NPS) และส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบเชื้อ จึงได้มา กักตัวต่อร่วมกับคนอื่น ผลตรวจหาเชื้อทางห้องปฏิบัติการจากสารคัดหลั่งหลังโพรงจมูก (NPS) ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2563 และ ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2563 ด้วยวิธี Real-time PCR ผล Detected จำนวน 2 รายจากการสอบสวนโรคพบว่าทั้งสองรายมีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา นั่นคือได้พักอาศัยอยู่อพาร์ทเมนต์เดียวกันที่ประเทศญี่ปุ่น ตลอดระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน จึงสันนิษฐานว่าอาจจะเกิดการติดเชื้อตั้งแต่ขณะพักอยู่ อพาร์ทเมนต์เดียวกัน ณ ประเทศญี่ปุ่น จึงได้ดำเนินการเก็บตัวอย่างในกลุ่มพนักงานฝึกงานประกอบรถยนต์ ซึ่งพักอยู่ในอพาร์ทเมนต์เดียวกัน จำนวนทั้งสิ้น 31 ราย เพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2⁽⁹⁾ หมายเหตุ : ผู้ป่วย PUI ทั้ง 6 ราย ผลการตรวจหาเชื้อทั้ง 2 ครั้ง ไม่พบเชื้อ SARS-CoV-2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา กลุ่มก่อนผู้ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในผู้กักตัวจากประเทศญี่ปุ่นที่เดินทางกลับประเทศไทย
2. เพื่อหาความชุกของภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในผู้กักตัวจากประเทศญี่ปุ่นที่เดินทางกลับประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาในกลุ่มผู้กักตัวจากประเทศญี่ปุ่นที่เดินทางถึงประเทศไทยและเข้าพักในสถานกักกันโรคแห่งรัฐเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2563 ที่ไปฝึกงานประกอบรถยนต์และพักในอพาร์ทเมนต์เดียวกับผู้ป่วยยืนยันประเทศญี่ปุ่น จำนวน 31 คน โดยการศึกษาผู้วิจัยใช้แบบสอบถามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานกักกันโรคของสถานกักกันโรคแห่งรัฐที่ส่วนกลางและจังหวัด (State and Local Quarantine site) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังพบผู้ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี RT-PCR แล้ว ผู้วิจัยต้องการศึกษาหาความชุกของภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ในผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยจำนวน 31 คน ที่พักที่อพาร์ทเมนต์เดียวกันกับผู้ป่วย โดยตรวจด้วย 2 วิธีต่อไปนี้

1. ชุดตรวจรวดเร็ว (Rapid test) เพื่อหาแอนติบอดี IgM/IgG ต่อเชื้อ SARS-CoV-2

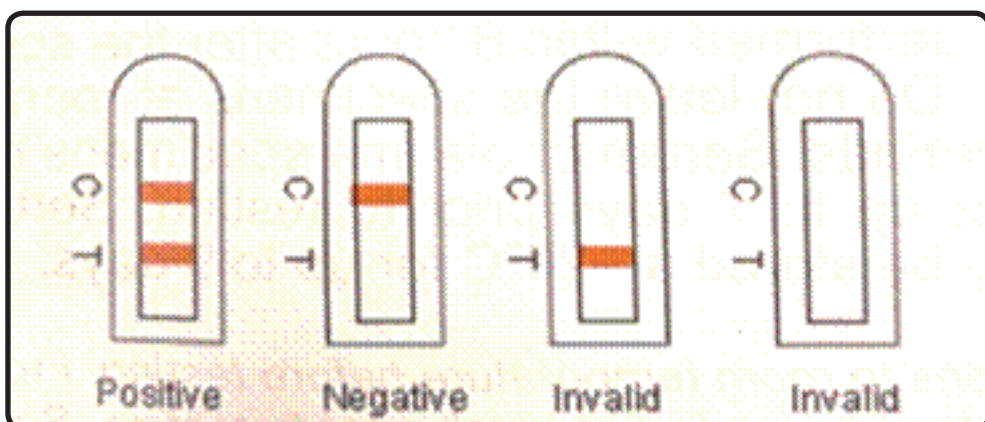
(SARS-CoV-2 Antibody test (Lateral flow method)) ยี่ห้อหนึ่ง เป็นการตรวจหา Antibody ต่อเชื้อ SARS-CoV-2 : ดำเนินการเจาะเลือดปลายนิ้วในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย จำนวน 31 คน ใช้เวลาในการรอผล 15 – 30 นาที ในวันที่ 11 กรกฎาคม 2563 (วันที่ 11 ของการกักตัว) โดยมีวิธีการแปลผลดังนี้ (ดังรูปที่ 1)

ผลบวก : แถบสีจะปรากฏขึ้นทั้งสองแถบ ทั้ง Test line (T) และ Control line (C) นั่นคือตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ในเลือดของกลุ่มเป้าหมาย

ผลลบ : แถบสีจะปรากฏขึ้นเฉพาะแถบ Control line (C) นั่นคือตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ในเลือดของกลุ่มเป้าหมาย หรือมีอยู่น้อยจนอ่านค่าไม่ได้

แปลผลไม่ได้ : แถบสีจะปรากฏขึ้นเฉพาะแถบ Test line (T) หรือไม่ปรากฏแถบสีเลย นั่นคือเกิดข้อผิดพลาดในการตรวจ ให้ทำการตรวจซ้ำ

รูปที่ 1: วิธีการอ่านผลการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยใช้ชุดตรวจเลือดเพื่อหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 Antibody Test



2. Chemiluminescence Immunoassay (CLIA) : เก็บตัวอย่างเลือดในกลุ่มเดิม จำนวน 31 คน โดยทำการเจาะเลือดบริเวณท้องแขน ใส่หลอด Clotted blood ปริมาณ 5 มิลลิลิตร เพื่อตรวจหาแอนติบอดีรวม (Total antibody IgM/IgG) โดยส่งตัวอย่างตรวจที่ห้องปฏิบัติการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ในวันที่ 13 กรกฎาคม 2563 (วันที่ 13 ของการกักตัว) โดยสามารถแปลผลได้ ดังตารางที่ 1

2563 (วันที่ 13 ของการกักตัว) โดยสามารถแปลผลได้ ดังตารางที่ 1

หมายเหตุ : การเจาะเลือดในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยัน ได้ขออนุญาต และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมตามความสมัครใจ

ตารางที่ 1 การแปลผลทางห้องปฏิบัติการในการตรวจยืนยันแอนติบอดีในกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ Chemiluminescence Immunoassay (CLIA) ปฏิกริยาตอบสนองของ Anti-SARS-CoV-2 IgG

พบปฏิกริยาตอบสนองของ Anti-SARS-CoV-2 (Reactive)	ไม่พบปฏิกริยาตอบสนองของ Anti-SARS-CoV-2 (non-Reactive)
- อาสาสมัครมีการติดเชื้อ SARS-CoV-2 และมีการสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อ SARS-CoV-2 อาจเป็นการติดเชื้อครั้งปัจจุบันหรือเคยติดเชื้อมาก่อน - ตามทฤษฎีแอนติบอดี ที่ตรวจพบอาจจะป้องกันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ครั้งต่อไปได้อย่างไรก็ตามยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมว่าแอนติบอดีที่ตรวจพบสามารถป้องกันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ครั้งต่อไปได้จริงหรือไม่และภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นนี้จะอยู่ได้นานเท่าใด - ผลบวกอาจเกิดจากความจำเพาะของน้ำยาตรวจ ปฏิกริยาข้ามกัน (Cross reactivity) กับ coronavirus สายพันธุ์อื่นๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ธรรมดา	อาสาสมัครไม่เคยติดเชื้อ SARS-CoV-2 มาก่อน หรืออาจเคยติดเชื้อแต่ไม่พบระดับแอนติบอดีที่ตรวจพบได้ นอกจากนั้นระดับของแอนติบอดี อาจลดลงตามกาลเวลาจนไม่สามารถตรวจพบก็ได้

3. การวิเคราะห์ผล: เป็นการพรรณนาทางระบาดวิทยาในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และวิเคราะห์ความแตกต่างทางกายภาพ ระหว่างกลุ่มที่เคยติดเชื้อมาก่อน (Anti-SARS-CoV-2: IgG Reactive) กับกลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อมาก่อน (Anti-SARS-CoV-2: IgG Non-Reactive)

ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์กลุ่มพนักงานฝึกงานประกอบรถยนต์ที่ประเทศญี่ปุ่นจำนวน 31 คนพบว่าทั้งหมดพักอยู่ที่อพาร์ทเมนต์แห่งหนึ่งในเมืองคานางาวะ ประเทศญี่ปุ่น โดยลักษณะของที่พักเป็นอาคาร 4 ชั้น ห้องขนาด 4x5 ตารางเมตร พักห้องละ 1 คน มีการใช้ห้องอาบน้ำ ห้องประกอบอาหาร และห้องสำหรับรับประทานอาหารร่วมกัน ที่ชั้น 1 ห้องอาบน้ำเป็นห้องรวมใช้ฝักบัว การเดินทางไปทำงานโดยเดินเท้าประมาณ 2 กิโลเมตร ไปขึ้นรถไฟใต้ดิน 2 ต่อ แล้วเดินเท้าไปถึงที่ทำงาน ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที หรือขึ้นรถบัส โดยที่ทำงานเป็นโรงงานพนักงานมากกว่าหนึ่งพันคน บริเวณโรงอาหารที่มีแผ่นกั้นระหว่างคนเพื่อให้มีการเว้นระยะห่างและลดการสัมผัสกัน มีการตรวจพบผู้ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในบริษัทในช่วงเดือนเมษายน บริษัทไม่มีมาตรการปิดโรงงาน แต่เริ่มปรับแผนการเดินทางในรถประจำทางให้มีระยะห่างระหว่างคนมากยิ่งขึ้น มีการวัดไข้ก่อนเข้าทำงานทุกวัน ให้พนักงานทุกคนสวมหน้ากากอนามัย และทางบริษัทจัดหาหน้ากากอนามัยให้กับพนักงานทุกคน

การใช้ชีวิตที่ประเทศญี่ปุ่นนั้นโดยการซื้อวัตถุดิบจากซูเปอร์มาเก็ตมาประกอบอาหาร ระหว่างเดินทางกลับที่พักมาประกอบอาหารเอง ช่วงเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2563 พบคนไทยจำนวน 7 คนป่วยมีอาการทางเดินหายใจส่วนบน ในจำนวนนี้มี 6 คนไม่ได้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล

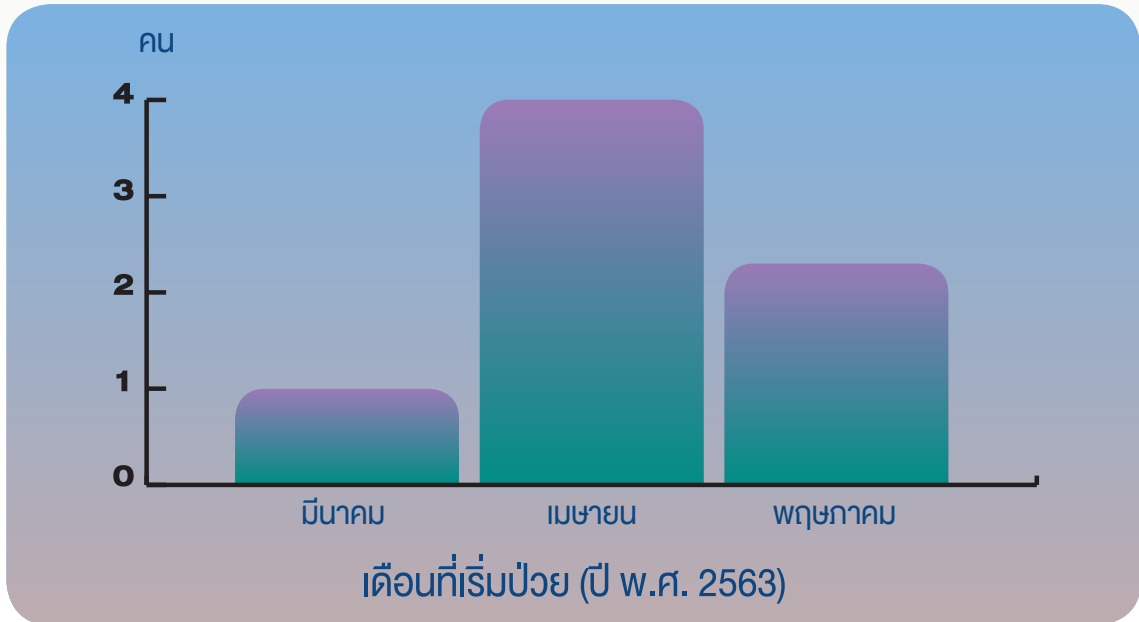
เมื่อมีอาการป่วยได้รับประทานยาที่เตรียมไปจากประเทศไทย ส่วนอีก 1 คนมิได้สูงจึงไปพบพยาบาลที่ประจำอยู่ในโรงงานและได้ส่งตัวไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่ไม่มีการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ให้ก่อนที่จะเดินทางกลับประเทศไทย 14 วัน ไม่ได้ไปทำงาน กักตัวอยู่ในอพาร์ทเมนต์แต่สามารถสวมหน้ากากอนามัยออกมาซื้ออาหารที่ร้านสะดวกซื้อได้ วันที่เดินทางกลับประเทศไทยพนักงานเดินทางมาสนามบินด้วยรถที่บริษัทจัดให้มีเว้นระยะห่างโดยการจัดที่นั่งให้สลับกัน ก่อนขึ้นเครื่องทำการคัดกรองอาการ วัดอุณหภูมิและตรวจใบรับรองแพทย์ ไม่มีการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ก่อนการเดินทางออกจากประเทศญี่ปุ่น

กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศชาย และไม่มีโรคประจำตัว (100%) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 36 ปี (Mean = 36 ปี, S.D. = 4.77) ในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งเดินทางไปฝึกงานที่ประเทศญี่ปุ่นรุ่นที่ 1 (ไปประเทศญี่ปุ่นวันที่ 7 กรกฎาคม 2562) คิดเป็น 54.84% ส่วนที่เหลือเป็นการเดินทางไปฝึกงานที่ประเทศญี่ปุ่นรุ่นที่ 2 (ไปประเทศญี่ปุ่นวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563) คิดเป็น 45.16 % (ดังตารางที่ 2) กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดพักอยู่ในอพาร์ทเมนต์เดียวกัน ซึ่งผู้ป่วยยืนยันจะพักอยู่ในชั้นที่ 3 และชั้นที่ 4 ทั้งนี้การเข้าพักในแต่ละชั้นจะมีการกระจายในสัดส่วนที่เท่า ๆ กัน คือชั้น 2 จำนวน 8 ราย (25.81%) พักชั้น 3 จำนวน 12 ราย (38.71%) และพักชั้น 4 จำนวน 11 ราย (35.48%) (ดังรูปที่ 2) ประวัติการป่วยด้วยอาการทางเดินหายใจในระหว่างพำนักรุ่นที่ญี่ปุ่นมีเพียง 7 ราย (22.58 %) โดยช่วงเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ช่วงเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2563 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในช่วงเดือนเมษายน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ญี่ปุ่นจะประกาศล็อกดาวน์ (ดังกราฟที่ 1)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลในพนักงานฝึกงานประกอบรถยนต์ที่บริษัทแห่งหนึ่ง ซึ่งอาศัยในอพาร์ทเมนต์เดียวกับผู้ป่วยยืนยัน (N=31 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล		n	%
เพศ			
	ชาย	31	100
	หญิง	0	0
โรคประจำตัว			
	ไม่มี	31	100
	มี	0	0
อายุ			
	Mean = 36 ปี, S.D. = 4.77		
รุ่นที่บุคลากรไปฝึกงานประเทศญี่ปุ่น			
	รุ่นที่ 1 (7 กรกฎาคม 2562)	17	54.84
	รุ่นที่ 2 (2 กุมภาพันธ์ 2563)	14	45.16
ประวัติป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ			
	มี	7	22.58
	ไม่มี	24	77.42
ช่วงเดือนที่มีอาการป่วย			
	มีนาคม 2563	1	14.29
	เมษายน 2563	4	57.14
	พฤษภาคม 2563	2	28.57
ชั้นที่พักในอพาร์ทเมนต์ที่ญี่ปุ่น			
	ชั้น 2	8	25.81
	ชั้น 3	12	38.71
	ชั้น 4	11	35.48

กราฟที่ 1 จำนวนของผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ ในกลุ่มพนักงานฝึกงานประกอบรถยนต์ที่บริษัทแห่งหนึ่ง ซึ่งอาศัยในอพาร์ตเมนต์เดียวกับผู้ป่วยยืนยัน โดยจำแนกตามเดือนที่เริ่มป่วยปี พ.ศ. 2563 (n=7 คน)



รูปที่ 2 : แสดงผังห้องพัก ณ อพาร์ตเมนต์ในประเทศญี่ปุ่น ของพนักงานฝึกงานประกอบรถยนต์ที่บริษัทแห่งหนึ่งแห่งหนึ่ง ก่อนเดินทางกลับประเทศไทย (N=31 คน)

ชั้น 1	→	ห้องครัว					ห้องน้ำ				
ชั้น 2	→	201	203	205	207	209	211	213	215	217	219
		202	204	206	208	210	212	214	216	218	220
ชั้น 3	→	301	303	305	307	309	311	313	315	317	319
		302	304	306	308	310	312	314	316	318	320
ชั้น 4	→	401	403	405	407	409	411	413	415	417	419
		402	404	406	408	410	412	414	416	418	420

*สีแดง คือห้องผู้ป่วยยืนยัน รายที่ 1 = 406, รายที่ 2 = 320

หลังจากที่ผลการตรวจหาเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทั้ง 2 ครั้งตามแนวทางของการกักกันโรคแห่งรัฐ พบพนักงานฝึกงานที่พักอยู่ในอพาร์ทเมนต์เดียวกันติดเชื้อ จำนวน 2 คน (พนักงานทั้งหมดที่พักด้วยกัน จำนวน 33 คน) จากการตรวจหาเชื้อด้วยวิธี RT-PCR จึงได้ดำเนินการเจาะเลือดผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อจำนวน 31 คนที่เหลือ

เพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อ SARS-CoV-2 โดยชุดตรวจรวดเร็วให้ผลบวกจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.68 และวิธี Chemiluminescence Immunoassay (CLIA) พบผล Reactive จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 35.48 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของผลการตรวจหาภูมิคุ้มกัน ในของพนักงานฝึกงานประกอบรถยนต์ ที่บริษัทแห่งหนึ่ง ซึ่งอาศัยในอพาร์ทเมนต์เดียวกับผู้ป่วยยืนยัน (N=31 คน)

ตัวแปร (N = 31)		n	%
การทดสอบภูมิคุ้มกันต่อ SARS-CoV-2 (Total Antibody)			
	Positive	3	9.68
	Negative	28	90.32
การตรวจยืนยันหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี CLIA			
	IgG Reactive	11	35.48
	IgG Non-Reactive	20	64.52

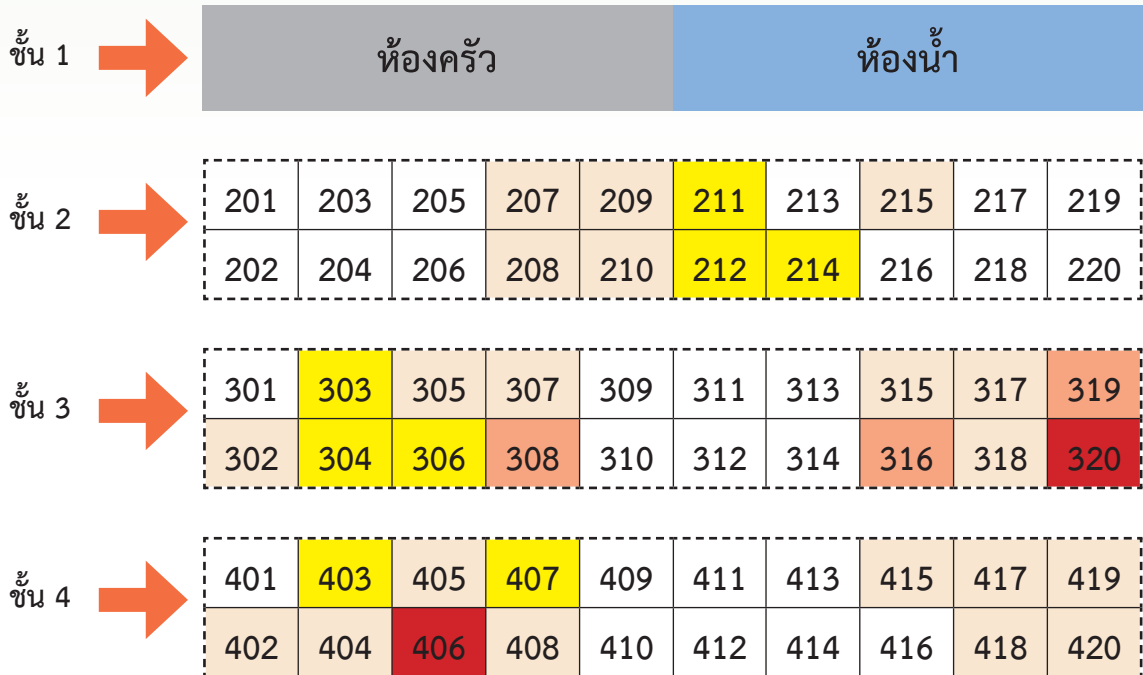
จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าทั้งหมดเป็นเพศชาย(100%)ผลการตรวจยืนยันภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ในกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ Chemiluminescence Immunoassay (CLIA) พบว่าผู้สัมผัสจำนวน 11 คน (ร้อยละ 35.48) ในขณะที่ตรวจพบแอนติบอดีด้วยชุดตรวจเร็วเพียง 3 คนจากผู้สัมผัสทั้งหมดเท่านั้น (ร้อยละ 9.68) ในจำนวนของคนตรวจพบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 พบว่า มีอายุมากกว่าค่าเฉลี่ย (≥ 36 ปี) จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.55 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไปฝึกงานที่ประเทศญี่ปุ่นในรุ่นที่ 2 จำนวน 7 ราย

คิดเป็นร้อยละ 63.64 เป็นคนที่เคยป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมาก่อนขณะที่พักอาศัยอยู่ที่ประเทศญี่ปุ่น จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.45 และเมื่อจำแนกตามชั้นที่พักอาศัยในอพาร์ทเมนต์ที่ประเทศญี่ปุ่น พบว่า ส่วนมากพักอาศัยอยู่ชั้นที่ 3 จำนวนทั้งสิ้น 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.55 ตามด้วยชั้นที่ 2 จำนวน 3 รายคิดเป็นร้อยละ 37.27 และมีเพียง 2 รายพักอาศัยอยู่ชั้นที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 18.18 (ดังแสดงในตารางที่ 4 และรูปภาพที่ 3)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล ในกลุ่มพนักงานฝึกงานประกอบรถยนต์ที่บริษัทแห่งหนึ่ง ซึ่งอาศัยในอพาร์ทเมนต์เดียวกับผู้ป่วยยืนยัน จำแนกตามผลการตรวจยืนยันภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 (CLIA) (N=31 คน)

ตัวแปร		ยืนยันภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 (CLIA)	
		Reactive n (%)	Non-Reactive n (%)
เพศ			
	ชาย	11(35.48)	20(64.52)
	หญิง	0	0
อายุ (Mean = 36 ปี, S.D. = 4.77)			
	อายุ < 36	6(54.55)	8(40.11)
	อายุ > 36	5(45.45)	12(60.0)
รุ่นที่บุคลากรไปฝึกงานประเทศญี่ปุ่น			
	รุ่นที่ 1 (7 กรกฎาคม 2562)	4(36.36)	13(65.0)
	รุ่นที่ 2 (2 กุมภาพันธ์ 2563)	7(63.64)	7(35.0)
ประวัติป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ			
	มี	5(45.45)	2(10.0)
	ไม่มี	6(54.55)	18 (90.0)
ชั้นที่พักในอพาร์ทเมนต์ที่ญี่ปุ่น			
	ชั้น 2	3(37.27)	5(25.0)
	ชั้น 3	6(54.55)	6(30.0)
	ชั้น 4	2(18.18)	9(45.0)

รูปที่ 3 แสดงผังห้องพัก ณ อพาร์ตเมนต์ในประเทศญี่ปุ่น ของพนักงานฝึกงานประกอบรถยนต์แห่งหนึ่ง ก่อนเดินทางกลับประเทศไทย จำแนกตามผลการตรวจยืนยันแอนติบอดี (ECLIA) (N=31)



หมายเหตุ



ผู้ป่วยยืนยัน

ผล CLIA: IgG Reactive

ผล Rapid Test และ CLIA: IgG Reactive

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปได้ว่าคนไทยมีการติดเชื้อมาก่อนที่จะเข้าประเทศไทย หากทางรัฐบาลไทยไม่มีมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคที่ดี จะมีการนำเข้าเชื้อจากต่างประเทศมาสู่ประชาชนในประเทศไทย ทั้งนี้จากการศึกษาของ Katarina Zimmer : Jul 13, 2020 (10) กล่าวถึงการทำนายการระบาด การทำนายการระบาด (Basic Reproductive

Number: R_0) หรือค่าเฉลี่ยที่ผู้ป่วย 1 คนจะแพร่เชื้อไปสู่คนอื่นได้อยู่ระหว่าง 1.4-5.7 คน

Rapid test หรือชุดตรวจรวดเร็ว ในการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อ SARS-CoV-2 ในครั้งนี้ ถือว่ามีความไวต่ำ (Sensitivity of tool) เนื่องด้วยการยืนยันการตรวจหาแอนติบอดีด้วยวิธี Chemiluminescence Immunoassay (CLIA) พบ 11 รายในขณะที่การตรวจพบภูมิคุ้มกัน

ด้วยชุดตรวจรวดเร็ว (Rapid test) เพียง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 เท่านั้น การนำชุดตรวจรวดเร็ว (Rapid test) มาใช้เพื่อคัดกรองหาแอนติบอดีต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธีนี้จึงยังไม่สามารถแทนการตรวจด้วยวิธี CLIA ได้

การตรวจคัดกรองที่สนามบิน เพื่อค้นหาผู้เดินทางที่มีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI: Patient Under Investigation) พบผู้ป่วยเป็น PUI ที่สนามบิน แต่เมื่อมีการตรวจหาเชื้อในสถานกักกันทั้ง 2 ครั้งปรากฏว่าไม่พบเชื้อ ในขณะที่ ผู้ที่ตรวจพบเชื้อคือผู้ที่ไม่มีอาการใดๆ ทั้งนี้อาจจะพิจารณาปรับปรุงแนวทาง โดยอาจจะแยกออกเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว หรือมีอาการรุนแรง เพื่อส่งไปประเมินอาการก่อนที่โรงพยาบาลก่อนที่จะนำส่ง State Quarantine

ในการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ ทั้งสองครั้ง ตามมาตรฐานอาจจะไม่พบเชื้อทั้งสองครั้ง เนื่องด้วย บุคคลกลุ่มนี้อาจอยู่ในระยะฟักตัวของเชื้อ หรือเคยติดเชื้อมาก่อน เป็นระยะเวลานาน หากสามารถประยุกต์ใช้การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ในคนไทยที่เดินทางมาจากต่างประเทศกลุ่มนี้ได้ อาจจะจะช่วยเพิ่มความครอบคลุมในการเฝ้าระวังโรคสู่ชุมชนได้มากขึ้น

ควรเพิ่มมาตรการในการติดตามผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 หลังจากที่ยอกจากสถานกักกันโรคแห่งรัฐ เช่น ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 อีกครั้ง ในกรณีที่คาดว่า บุคคลนั้นอาจจะเกิดการติดเชื้อซ้ำ เพื่อเป็นการตรวจจับได้ทันทั่วทั้ง และลดโอกาสที่จะแพร่กระจายของโรคสู่ชุมชนได้

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

กนกรัตน์ ไพฑูลย์, กมลทิพย์ อัสวรานนท์, สุขสันต์ จิตติมณี. กลุ่มก้อนผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พนักงานคนไทยที่กลับจากประเทศญี่ปุ่น ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ ประเทศไทย: การศึกษาทางระบาดวิทยาและการตรวจทางน้ำเหลือง. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563; 5(2): หน้า 13-26.

Suggested citation for this article

Paitool K., Atsawaranon K., Jittimanee S. Imported cluster of COVID-19 in Thai returnees from Japan in a State Quarantine, Thailand: epidemiological and serological investigation. Institute for Urban Disease Control and Journal 2020; 5(2): page 13-26.

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Coronavirus disease (COVID-19). [World Health Organization](#). 2020.
2. ศรีแจ่ม จ. วันที่ไทยรู้จัก COVID-19. [Thai PBS](#). 2020 28 March 2020.
3. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. [World Health Organization](#). 2020 [cited 2020 Aug 24]. Available from: https://covid19.who.int/?gclid=Cj0KCQjw2or8BRCNARIsAC_ppyaOw_T8suGSIDPmbBa6-XQ882DiynyAE-hY-C9lajmYej5kszuGkaAuliEALw_wcB.
4. กรมควบคุมโรค ศ. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉ.233. Control DoD; 2020 23 August 2020.
5. Nippon.com. [Coronavirus Cases in Japan by Prefecture](#). 2020.
6. กรมควบคุมโรค ศ. รายงานประเมินความเสี่ยง กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. 2020 13-19 July 2020.
7. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ โควิด-19 webpage กรมควบคุมโรค 2020 [updated 23 Aug 2020]. Available from: <https://covid19.ddc.moph.go.th/>.
8. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) แบบบูรณาการ. In: Health MoP, editor. 2020. p. 1-6.
9. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. ท. รายงานสอบสวนเบื้องต้นกรณีผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐ Investigation Report. Institute for urban disease control and prevention DoDC; 2020 11 July 2020.
10. Zimmer K. [The SARS-CoV-2 pandemic has revealed the limitations of R0 as no other disease outbreak has before, at a time when policymakers need accurate forecasts](#). The scientist.1.

การสำรวจมาตรการป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ

Survey of Measures Spreading Prevention of Corona Virus Diseases 2019 (COVID-19) in State Quarantine

อนรรตน์ สงค์อินทร์, บังเอิญ ภูมิภักดิ์
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Anurat Songin, Bang-ern Pumipak

Institute for Urban Disease Control and prevention

Received 30 Oct 2020, Revised 16 Nov 2020, Accepted 30 Dec 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ การสำรวจการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ประกอบด้วย ทหาร ตำรวจ ตำรวจตระเวนชายแดน ทีมโรงพยาบาล ทีมสุขภาพจิต ทีมโรงแรม และทีมควบคุมโรค ที่ปฏิบัติงานในช่วง วันที่ 29 เมษายน – 21 พฤษภาคม 2563 ณ สถานกักกันโรคแห่งรัฐ แห่งหนึ่ง โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า การสำรวจการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) ความพร้อมของการจัดบริการของโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 97.54 2) กิจกรรมเพื่อพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 95.56 3) พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 77.70

จากผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนที่ปฏิบัติหน้าที่ใน สถานกักกันโรคแห่งรัฐ ควรได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อนปฏิบัติหน้าที่ เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ต่อไป

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), สถานกักกันโรคแห่งรัฐ

Abstract

This survey research has the objective to explore the prevention of transmission of Corona virus disease 2019 (COVID-19) within state quarantine facility in Bangkok. The sample groups were staff and officers performing duties at State Quarantine, consisting of the soldiers, polices, border patrol polices, health care team from hospital, mental health team, hotel team, and disease control team between April 29 to May 21, 2020 at state quarantine. This research was used to collect data by questionnaire which analyzed by content analysis and descriptive statistics.

The research results were found that survey of spread prevention of Corona virus disease 2019 (COVID-19) within state quarantine in Bangkok is divided into 3 parts as follows: 1) Availability of hotel services classified as state quarantine is 97.54% 2) Activities to develop to the standards for the prevention and control of Corona virus disease 2019 (COVID-19) infection is 95.56% 3) Behavior in preventing and controlling infection of corona virus infection in 2019 is 77.70%

The results of the research indicate that all staff members performing their duties in state quarantine facility should be educated and understood about Corona virus disease 2019 (COVID-19) and spread prevention before performing of duties.

Keywords : Corona virus disease 2019 (COVID-19), State Quarantine

บทนำ

การระบาดทั่วของไวรัสโคโรนา พ.ศ. 2562–2563 เป็นการระบาดทั่วโลกที่กำลังดำเนินไปของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19; โคโรนา-19) โดยมีสาเหตุมาจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน⁽¹⁾

ปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด - 19 ยังคงมีความรุนแรงในต่างประเทศ ประกอบกับยังมีพี่น้องชาวไทยในต่างแดนที่แสดงความจำนงเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ต้องพักในที่สำหรับไว้สังเกตอาการ⁽²⁾ จึงจำเป็นต้องกำหนดมาตรการเพื่อให้สอดคล้องกับความสามารถในการจัดการคัดกรองของพนักงาน

เจ้าหน้าที่ หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตามมาตรการป้องกันโรค⁽³⁾ เพื่อการควบคุมและ ป้องกันมิให้เกิดการระบาดระลอกใหม่ในประเทศ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งใส่อุปกรณ์ป้องกัน อย่างถูกต้อง^(4,10) โดยปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตาม ความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหาร ราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 1) ข้อ 3 กำหนดกรณีการปิดช่องทางเข้ามาใน ราชอาณาจักร ให้เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบปิดช่องทาง เข้าออก ด่าน จุดผ่านแดน หรือจุดผ่อนปรนตาม กฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อและ กฎหมายว่าด้วยคน เข้าเมือง⁽⁵⁾ โดยมีข้อยกเว้นหรือผ่อนผันให้กับกลุ่ม บุคคลหรือบุคคลบางประเภท และเมื่อเข้ามาใน ราชอาณาจักรแล้วต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน โรคตามที่ทางราชการกำหนด และข้อกำหนด ออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนด การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 5) ข้อ 2 (4) และ (5) กำหนดให้ผู้เดินทางเข้ามา ในราชอาณาจักรโดยทางบก ทางน้ำ หรือทางอากาศ ต้องปฏิบัติตาม เงื่อนไข เงื่อนไขเวลา และหลักเกณฑ์ ที่นายกรัฐมนตรี ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 หรือผู้มีอำนาจตาม กฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กำหนด โดยให้ผู้ซึ่งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ หรือพนักงานเจ้าหน้าที่สั่ง หรือ กำหนดเป็นเงื่อนไข ในการเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรให้แยกกัก กักกัน หรือคุมไว้สังเกต ณ ที่เอกเทศ หรือ สถานที่ ซึ่งทางราชการกำหนด ต้องปฏิบัติตามคำสั่ง หรือเงื่อนไขดังกล่าวตามระยะเวลาที่กำหนด ประกอบกับ มติที่ประชุมของคณะกรรมการ โรคติดต่อแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2563 ได้กำหนด แนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคโควิด-19 จากผู้เดินทางซึ่งมาจากท้องที่หรือ

เมืองท่านอกราชอาณาจักร และให้กรม ควบคุม โรคในฐานะสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ โรคติดต่อแห่งชาติ สามารถกำหนดแนวทาง ปฏิบัติ มาตรการ หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือแนวทาง การดำเนินการเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็นและ ความเหมาะสม เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่ เปลี่ยนแปลงไป

การศึกษาโดยการสำรวจการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ซึ่งเป็นด่านแรกที่จะรับคนไทย ในต่างแดนเพื่อเฝ้าระวังสังเกตอาการก่อนที่จะกลับ เข้าสู่สังคมอย่างปลอดภัย^(6,8) จึงเป็นจุดเริ่มต้นของ การค้นหาสิ่งที่ต้องปรับปรุง แก้ไขและ พัฒนาต่อไป ในฐานะที่กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหน้าด่านและ มีความซับซ้อน มีความจำเพาะซึ่งจะเป็นประโยชน์ ในการวางแผนพัฒนาการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐอื่น^(7,9,11) ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจมาตรการป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และวิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อสำรวจข้อมูลสำรว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีหน้าที่อำนวยความสะดวก ตรวจคัดกรอง ดูแลรักษาสุขภาพกายและจิต รักษาความปลอดภัย บริการอาหาร ของใช้ในชีวิตประจำวัน เก็บขยะ ตัดเชื้อและทำความสะอาดพื้นที่ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ ประกอบด้วย ทหาร ตำรวจ ตำรวจตระเวนชายแดน ทีมโรงพยาบาล ทีมสุขภาพจิต ทีมโรงแรม และทีมควบคุมโรค ที่ปฏิบัติหน้าที่ในช่วง วันที่ 29 เมษายน – 21 พฤษภาคม 2563 ณ สถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ประชากร คือ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานต้นสังกัดให้มาปฏิบัติหน้าที่ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ในช่วง วันที่ 29 เมษายน – 21 พฤษภาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นเพื่อสำรวจกิจกรรมในการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ส่งแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ร้อยละการบริการของโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ ส่วนที่ 3 ร้อยละกิจกรรมเพื่อพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 4 ร้อยละของพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยสร้าง

เอกสารคำถามด้วย กูเกิล ชีท (Google sheet) ทำเป็นแบบสอบถามออนไลน์ ส่งลิงก์หรือคิวอาร์ โค้ด เพื่อเข้าตอบแบบสอบถามทางการสื่อสารออนไลน์ โดยขออนุญาตผู้บังคับบัญชา เหตุการณ์ประจำ สถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ขอส่งแบบสอบถามออนไลน์ให้กับบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผ่านทางกลุ่มการสื่อสารออนไลน์ (แอปพลิเคชัน line)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามออนไลน์ มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยด้วยค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ผลสำรวจการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ประกอบด้วย ทหาร ตำรวจ ตำรวจตระเวนชายแดน ทีมโรงพยาบาล ทีมสุขภาพจิต ทีมโรงแรม และทีมควบคุมโรค จำนวน 34 คน ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.65 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 32.35 ส่วนใหญ่ อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.18 รองลงมา อายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.24 อายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.76 และ อายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.82 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 29.41 ต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 20.59 หน่วยงานที่ร่วมปฏิบัติหน้าที่ ณ สถานกักกันโรคแห่งรัฐ ตำรวจตระเวนชายแดน คิดเป็นร้อยละ 47.07

กรมควบคุมโรค คิดเป็นร้อยละ 20.59 และทหาร คิดเป็นร้อยละ 11.76 ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ ส่วนใหญ่ ปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 44.18 รองลงมาคือปฏิบัติงาน 12 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 29.41 และปฏิบัติงาน 6 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 14.76 ก่อนปฏิบัติหน้าที่ในสถาน กักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีส่วนหนึ่ง ได้รับการตรวจ เมื่อพบผู้เข้ารับการกักตัวตรวจพบว่า ติดเชื้อโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 35.29 อีกส่วนหนึ่ง

ไม่ได้รับการตรวจ คิดเป็น ร้อยละ 35.29 และ ได้รับการตรวจ ก่อนปฏิบัติหน้าที่ในสถานกักกันโรค แห่งรัฐ (State Quarantine) คิดเป็นร้อยละ 29.42 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 7 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 76.48 สอดคล้องกับการทำงานโดยไม่ได้พัก คิดเป็น ร้อยละ 58.82 รองลงมา คือ ได้พัก 1 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 47.06 ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ พบกับ ผู้ได้รับการกักตัว คิดเป็นร้อยละ 67.65 รายละเอียด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=34)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	67.65
หญิง	11	32.35
อายุ		
21 - 30 ปี	13	38.24
31- 40 ปี	14	41.18
41 - 50 ปี	3	8.82
51 - 60 ปี	4	11.76
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7	20.59
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	17	50.00
ปริญญาโทหรือเทียบเท่า	10	29.41
หน่วยงานที่ท่านสังกัดอยู่		
ทหาร	4	11.76
ตำรวจ	2	5.88
ตำรวจตระเวนชายแดน	16	47.07
กรมควบคุมโรค	7	20.59
โรงพยาบาล	2	5.88
โรงแรม	2	5.88
กรมสุขภาพจิต	1	2.94

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของท่าน		
ปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง	2	5.88
ปฏิบัติงาน 12 ชั่วโมง/วัน	10	29.41
ปฏิบัติงาน 9 ชั่วโมง/วัน	1	2.94
ปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง/วัน	15	44.18
ปฏิบัติงาน 6 ชั่วโมง/วัน	5	14.76
ขึ้นอยู่กับสถานการณ์	1	2.94
ท่านได้รับการตรวจหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนปฏิบัติหน้าที่ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)		
ไม่ได้รับการตรวจ	12	35.29
ได้รับการตรวจ ก่อนปฏิบัติหน้าที่ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ	10	29.42
ได้รับการตรวจ เมื่อพบผู้เข้ารับการกักตัวตรวจพบว่าติดเชื้อโควิด-19	12	35.29
ในการปฏิบัติงาน ท่านทำงานกี่วันต่อสัปดาห์		
1 วัน	1	2.94
4 วัน	4	11.76
5 วัน	1	2.94
6 วัน	2	5.88
7 วัน	26	76.48
ท่านได้พักกี่วันต่อสัปดาห์		
1	6	47.06
2	3	8.82
3	4	11.76
7	1	2.94
ไม่ได้พัก	20	58.82
งานที่ท่านรับผิดชอบ ได้พบกับผู้รับการกักตัวหรือไม่		
พบ	23	67.65
ไม่พบ	11	32.35

ผลการสำรวจการบริการของโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) พบว่า โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดำเนินการมีกลไกประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการป้องกันการเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัดมีมาตรการที่ชัดเจนในการป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีหน่วยรักษาความปลอดภัย

ตลอดปฏิบัติหน้าที่ 24 ชั่วโมงมีมาตรการป้องกันหากเกิดเหตุผู้รับการกักตัวหลบหนีมีกล้องวงจรปิด (CCTV) เพื่อสังเกต เฝ้าระวังผู้รับการกักตัว คิดเป็นร้อยละ 100 มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ได้รับการกักตัวอย่างถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 97.06 มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลพนักงานบุคลากรและทีมงาน อย่างถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 94.12 และมีการดำเนินการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างถูกต้องให้ประชาชนโดยรอบได้รับทราบ คิดเป็นร้อยละ 70.59 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละการบริการของโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) (n=34)

กิจกรรม	มี(2) จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่มี(1) จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่ทราบ(0) จำนวนคน (ร้อยละ)
1. โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดำเนินการ	34 (100)	0	0
2. โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีกลไกประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการป้องกันการเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	34 (100)	0	0
3. โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด	34 (100)	0	0

กิจกรรม	มี(2) จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่มี(1) จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่ทราบ(0) จำนวนคน (ร้อยละ)
4. โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีมาตรการที่ชัดเจนในการป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	34 (100)	0	0
5. โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีการดำเนินการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019อย่างถูกต้องให้ประชาชนโดยรอบได้รับทราบ	24 (70.59)	1 (2.94)	9 (26.47)
6. โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ได้รับการกักตัวอย่างถูกต้อง	33 (97.06)	0	1 (2.94)
7. โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลพนักงาน บุคลากรและทีมงาน อย่างถูกต้อง	32 (94.12)	0	2 (5.88)
8. โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีหน่วยรักษาความปลอดภัยตลอดปฏิบัติหน้าที่ 24 ชั่วโมง	34 (100)	0	0
9. โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีมาตรการป้องกันหากเกิดเหตุผู้รับการกักตัวหลบหนี	34 (100)	0	0
10. โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีกล้องวงจรปิด (CCTV) เพื่อสังเกตเฝ้าระวังผู้รับการกักตัว	34 (100)	0	0

ผลการสำรวจกิจกรรมเพื่อพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีการกำหนดหน่วยงาน/ตัวผู้ประสานงานหลักด้านการป้องกันและควบคุมโรค เช่น แต่ละทีมจะมีหัวหน้าทีมและรองหัวหน้า เพื่อประสานการทำงานระหว่างกัน มีการกำหนดคณะทำงานและบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค เช่น กำหนดให้ตัวแทนของกรมควบคุมโรคดำเนินการเรื่องการเฝ้าระวังและควบคุมโรค ทีมโรงพยาบาลและทีมสุขภาพจิตดูแลรักษาผู้กักตัว ทีมทหาร ตำรวจ ดชด. ดูแลเรื่องความปลอดภัยและเฝ้าระวังการออกจากสถานกักกันโดยไม่ได้รับอนุญาต และทีมโรงแรมดูแลเรื่องอาหาร ที่พักและการอำนวยความสะดวกอื่นๆ ตามความเหมาะสม มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานร่วมกันในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค กำหนดมาตรการที่เหมาะสมกับขนาดของโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง พนักงานและบุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่ในโรงแรม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในผู้รับบริการและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น มีการคัดกรองก่อนเข้าสถานกักกันและคัดกรองอุณหภูมิร่างกายทุกวัน ตรวจหาเชื้อโคโรนา 2019 ด้วยการทำ Nasopharyngeal swab ตามแนวทางเจ้าหน้าที่และบุคลากรทราบแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย ขยะติดเชื้อ โดยมีการแจกคู่มือแนวทางให้กับหัวหน้าเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ เมื่อพบผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการสอบสวนควบคุมโรคและส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันที โดยการประสานแจ้งทีมตระหนัก

รู้สถานการณ์ (SAT) ส่วนกลาง กรมควบคุมโรค เพื่อประสานส่งต่อและสอบสวนโรคทันที มีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางและพัฒนางาน โดยจะมีการประชุมกันทุกวัน มีการจัดบริการแอลกอฮอล์เจลไว้ตามจุดต่าง ๆ เพื่อสะดวกต่อการใช้งาน เช่น บริเวณประตูทางเข้า ทางเดินระหว่างห้องพัก คิดเป็นร้อยละ 100 มีการดำเนินการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อและผู้ได้รับการกักตัวที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษมีระบบสารสนเทศขององค์กรที่สนับสนุนงานสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีการใช้ระบบสารสนเทศ (Line, VDO call) ในการติดต่อสื่อสารกับผู้รับการกักตัว ลดการสัมผัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อมีการจัดแผนผังการรับ การตรวจหาเชื้อโควิดและการส่งกลับบ้านของผู้รับการกักตัวอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อมีเพียงพอ และจัดเตรียมไว้พร้อมใช้งานตามจุดต่างๆ ที่มีเจ้าหน้าที่ (ทหาร ตำรวจ ดชด. เจ้าหน้าที่โรงแรม) ปฏิบัติงานอยู่ คิดเป็นร้อยละ 97.06 มีระบบเฝ้าระวังโรคเพื่อติดตามสถานการณ์มีการสื่อสารป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอน การทำความสะอาดมือ อุปกรณ์ล้างมือ สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือเพียงพอพร้อมใช้ และการข้อมใส่/ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายและมืออุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ คิดเป็นร้อยละ 94.12 มีระบบคัดกรองและแยกผู้ป่วยที่ชัดเจนตามมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 91.18 มีการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่และบุคลากรอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 85.30 มีคู่มือปฏิบัติงานในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 79.41 มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติ

เมื่อเกิดเหตุสัมผัสใกล้ชิด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน แก่เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ คิดเป็นร้อยละ 73.52 มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งภายในและภายนอก ระหว่าง SQ เกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ

(State Quarantine) คิดเป็นร้อยละ 70.59 และ บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น (การรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่และวัคซีนอื่น ๆ ที่จำเป็น) ก่อนการปฏิบัติหน้าที่ ในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถาน กักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) คิดเป็น ร้อยละ 41.18 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละกิจกรรมเพื่อพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 (n=34)

กิจกรรม	มี(2) จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่มี(1) จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่ทราบ(0) จำนวนคน (ร้อยละ)
1. มีการกำหนดหน่วยงาน/ตัวผู้ประสานงานหลักด้านการป้องกันและควบคุมโรค	34 (100)	0	0
2. มีการกำหนดคณะทำงานและบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค	34 (100)	0	0
3. มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานร่วมกันในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค กำหนดมาตรการที่เหมาะสมกับขนาดของโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)	34 (100)	0	0
4. มีระบบเฝ้าระวังโรคเพื่อติดตามสถานการณ์ในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)	32 (94.12)	0	2 (5.88)
5. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง โรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)	34 (100)	0	0
6. มีระบบคัดกรองและแยกผู้ป่วยที่ชัดเจนตามมาตรฐาน	31 (91.18)	1 (2.94)	2 (5.88)

กิจกรรม	มี(2) จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่มี(1) จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่ทราบ(0) จำนวนคน (ร้อยละ)
7. พนักงานและบุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่ ในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในผู้รับบริการและกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ	34 (100)	0	0
8. มีการดำเนินการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อและผู้ได้รับการกักตัวที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)	33 (97.06)	0	1 (2.94)
9. บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น (การรับวัคซีนไขหวัดใหญ่และวัคซีนอื่น ๆ ที่จำเป็น) ก่อนการปฏิบัติหน้าที่ ในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)	14 (41.18)	10 (29.41)	10 (29.41)
10. มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ	25 (73.52)	3 (8.82)	6 (47.06)
11. เจ้าหน้าที่และบุคลากรทราบแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย ขยะติดเชื้อ ในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)	34 (100)	0	0
12. มีการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่และบุคลากรอย่างต่อเนื่อง	29 (85.30)	3 (8.82)	2 (5.88)
13. เมื่อพบผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการสอบสวนควบคุมโรคและส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันที	34 (100)	0	0
14. มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอก ระหว่าง SQ เกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)	24 (70.59)	1 (2.94)	9 (26.47)

กิจกรรม	มี(2) จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่มี(1) จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่ทราบ(0) จำนวนคน (ร้อยละ)
15. มีคู่มือปฏิบัติงานในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข	27 (79.41)	0	7 (26.47)
16. มีระบบสารสนเทศขององค์กรที่สนับสนุนงานสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)	33 (97.06)	1 (1.94)	0
17. มีการสื่อสารป้าย/ โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ อุปกรณ์ล้างมือ สบู่ กระดาษ/ ผ้าเช็ดมือเพียงพอพร้อมใช้ และการข้อมใส่/ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้	32 (94.12)	2 (5.88)	0
18. มีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางและพัฒนางานในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)	34 (100)	0	0
19. มีการใช้ระบบสารสนเทศ (Line, VDO call) ในการติดต่อสื่อสารกับผู้รับการกักตัว ลดการสัมผัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	33 (97.06)	1 (1.94)	0
20. มีการจัดแผนผังการรับ การตรวจหาเชื้อโควิดและการส่งกลับบ้าน ของผู้รับการกักตัว	33 (97.06)	0	1 (1.94)
21. มีการจัดเก็บ แยกขยะติดเชื้อและเก็บไว้ในที่มีฝาปิดมิดชิด	34 (100)	0	0
22. อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อมีเพียงพอ และจัดเตรียมไว้พร้อมใช้งานตามจุดต่าง ๆ ที่มีเจ้าหน้าที่ (ทหาร ตำรวจ ตชด. เจ้าหน้าที่โรงแรม) ปฏิบัติงานอยู่	33 (97.06)	0	1 (1.94)
23. มีการจัดบริการแอลกอฮอล์ เจล ฆ่าเชื้อตามจุดต่าง ๆ เพื่อสะดวกต่อการใช้งาน	34 (100)	0	0

ผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 97.57 โดยมีรายละเอียดดังนี้มีการแนะนำให้เพื่อนร่วมงานและผู้รับการกักตัวใส่หน้ากากอนามัย (surgical mask) ทุกครั้งที่ท่านพบเห็นว่าไม่สวมหน้ากากอนามัย มีการแจ้งให้ผู้ร่วมงานและผู้เกี่ยวข้องทราบเมื่อทราบว่ามีการกักตัวตรวจพบเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ เจล หรือล้างน้ำสบู่ภายหลังให้บริการผู้รับการกักตัวและถอดชุดป้องกันโรคหลังเสร็จสิ้นภารกิจทันที คิดเป็นร้อยละ 100 มีการปฏิบัติตามมาตรการทางสังคมอย่างเคร่งครัด (สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร)

รวมทั้งบุคลากรหรือเพื่อนร่วมงานของท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันโรคติดต่อทันทีเมื่อมีเหตุการณ์ที่ต้องไปพบหรือสัมผัสผู้รับการกักตัวคิดเป็นร้อยละ 97.06 ใช้หน้ากากอนามัยตลอดเวลาขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) และทั้งหน้ากากอนามัยในถึงขณะติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 94.12 มีการดูแลทำความสะอาดพื้นที่บริเวณที่ให้บริการผู้รับการกักตัวคิดเป็นร้อยละ 85.30 และได้รับการตรวจหาเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังผลเปลี่ยนแปลงในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) คิดเป็นร้อยละ 70.59 รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละ ของพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=34)

พฤติกรรม	ปฏิบัติทุกครั้ง จำนวนคน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวนคน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวนคน (ร้อยละ)
1. ท่านใช้หน้ากากอนามัยตลอดเวลาขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)	32 (94.12)	2 (5.88)	0	0
2. ท่านให้เพื่อนร่วมงานและผู้รับการกักตัวใส่หน้ากากอนามัย (surgical mask) ทุกครั้งที่ท่านพบเห็นว่าไม่สวมหน้ากากอนามัย	34 (100)	0	0	0

พฤติกรรม	ปฏิบัติทุกครั้ง จำนวนคน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวนคน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวนคน (ร้อยละ)
3. ท่านแจ้งให้ผู้ร่วมงานและผู้เกี่ยวข้องทราบเมื่อทราบว่ามีการกักตัว ตรวจพบเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	34 (100)	0	0	0
4. ท่านปฏิบัติตามมาตรการทางสังคมอย่างเคร่งครัด (สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร)	33 (97.06)	1 (1.94)	0	0
5. บุคลากรหรือเพื่อนร่วมงานของท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันโรคติดต่อทันทีเมื่อมีเหตุการณ์ที่ต้องไปพบหรือสัมผัสผู้รับการกักตัว	33 (97.06)	1 (1.94)	0	0
6. ท่านล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ เจล หรือล้างน้ำสบู่ภายหลัง ให้บริการผู้รับการกักตัว	34 (100)	0	0	0
7. ท่านดูแลทำความสะอาดพื้นที่บริเวณที่ให้บริการผู้รับการกักตัว	29 (85.30)	4 (11.76)	0	1 (1.94)
8. ท่านทิ้งหน้ากากอนามัยในถังขยะติดเชื้อ	32 (94.12)	1 (1.94)	1 (1.94)	0
9. ท่านถอดชุดป้องกันโรคหลังเสร็จสิ้นภารกิจทันที	34 (100)	0	0	0
10. ท่านได้รับการตรวจหาเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังผลัดเปลี่ยนทีมในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)	24 (70.59)	2 (5.88)	1 (1.94)	7 (20.59)

อภิปรายผล

การสำรวจการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) พบว่า การบริการของโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) มีความพร้อมในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 97.54 และมีข้อสังเกตในเรื่อง การจัดการบริการสำหรับรับคนไทยที่จะเดินทางกลับและเข้ารับการกักตัวเพื่อเฝ้าระวังสังเกตอาการของการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีประเด็นที่ผู้เข้ารับการปฏิบัติหน้าที่ไม่ทราบในเรื่องการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างถูกต้องให้ประชาชนโดยรอบได้รับทราบเนื่องจาก มีหลายครั้งที่ประชาชนเดินเข้ามาในบริเวณโรงแรม (ลักษณะที่ตั้งของโรงแรมอยู่ติดถนน ไม่มีรั้วรอบขอบชิด) ทำให้ประชาชนที่สัญจรผ่าน บางท่านหยุดดู ในช่วงรับผู้รับการกักตัว เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยจึงต้องเข้าไปอธิบายให้ประชาชนเข้าใจและแนะนำให้หลีกเลี่ยงการหยุดดู หรือเข้ามาดู เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและเป็นการปกป้องสิทธิของผู้รับการกักตัว อีกทั้ง ทีมเฝ้าระวังรักษาความปลอดภัย มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนทุก 2 สัปดาห์ ดังนั้น ทางผู้บัญชาการเหตุการณ์ ควรแจ้งให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ทราบถึงสิ่งที่โรงแรมได้ดำเนินการและอาจต้องประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนที่อาศัยโดยรอบเข้าใจมาตรการการดำเนินการของสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) เป็นระยะ ๆ สำหรับกิจกรรมเพื่อพัฒนาสู่มาตรฐาน

ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 95.56 ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานการจัดการบริการสถานกักกันโรคแห่งรัฐ⁽¹¹⁾ นอกจากนี้จะพบว่า การเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญไม่ว่าจะเป็นทำให้บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น (การรับวัคซีนไขหวัดใหญ่และวัคซีนอื่น ๆ ที่จำเป็น) ก่อนการปฏิบัติการสื่อสารแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุสัมผัสเสี่ยง/ สาระคดีหลังขณะปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอก ระหว่าง SQ เกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่หน้างาน สำหรับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการเฝ้าระวังโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 77.70 ซึ่งถือว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนควรได้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติและได้รับการแจ้งข้อมูลก่อนเข้ารับการปฏิบัติหน้าที่ก่อนในทุกๆ ครั้ง ที่มีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนการปฏิบัติงาน เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ปฏิบัติงานได้รับการตรวจหาเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังผลัดเปลี่ยนทีมในโรงแรมที่จัดให้เป็นสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) คิดเป็นร้อยละ 70.59 เท่านั้น ในขณะที่เจ้าหน้าที่มีความเสี่ยงที่ดูแลผู้รับการกักตัวอย่างใกล้ชิด ควรได้รับการตรวจหาเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(COVID-19) และเฝ้าระวังก่อนที่จะได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่อื่น การเน้นย้ำและให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่เพื่อยึดถือและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคได้ อีกทั้งยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในกับครอบครัวของผู้ปฏิบัติงานเพื่อชาติในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้มีการทบทวนความรู้และข้อปฏิบัติ เช่น อบรม ซ้อมแผน ฝึกปฏิบัติ ใน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) อย่างสม่ำเสมอ

2. สนับสนุนนโยบายการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ณ สถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) ก่อนปฏิบัติหน้าที่และได้รับการดูแลหลังจากปฏิบัติหน้าที่

3. กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการดำเนินงานและการสร้างขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ ซึ่งมาจากหลายภาคส่วนอย่างเต็มที่

4. กำหนดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine) เพื่อนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ปัญหา อุปสรรค และการจัดการแก้ไขปัญหา พัฒนามาตรการให้เป็นรูปแบบการนำไปปรับใช้ตามบริบทของสถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State Quarantine)

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

อนุรัตน์ สงค์อินทร์, บังเอิญ ภูมิภักดิ์. การสำรวจมาตรการป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563; 5(2): หน้า 27-44.

Suggested citation for this article

Songin A., Pumipak B. Survey of measures spreading prevention of Corona Virus diseases 2019 (COVID-19) in state quarantine. Institute for Urban Disease Control and Journal 2020; 5(2): page 27-44.

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย[อินเทอร์เน็ต].2563. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g07_ppe.pdf
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการทำความสะอาดฆ่าเชื้อในสถานที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[อินเทอร์เน็ต]. [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G41.pdf
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์ลักษณะ และแนวทางจัดการสถานที่ควบคุมเพื่อสังเกตการเริ่มป่วย (Quarantine) กรณีผู้เดินทางจำนวนมากกลับจากพื้นที่เสี่ยงสูง [อินเทอร์เน็ต]. [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G_other_01_2.pdf
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment, PPE) ฉบับวันที่ 20 เมษายน 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g07_ppe_200463.pdf
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กระบวนการปฏิบัติงาน (Practical SOPs) การรับคนไทยกลับเข้าประเทศ กรณีเดินทางจากประเทศที่ประกาศเป็นเขตติดโรคและประเทศที่มีความเสี่ยงในการระบาดต่อโรคโควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/G34.pdf
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข[อินเทอร์เน็ต]. [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g05_010563.pdf
7. กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดเตรียมพื้นที่กรณีมีการระบาดในวงกว้างของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) : โรงพยาบาลสนาม [อินเทอร์เน็ต]. [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g06.pdf

8. สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร. **ข้อแนะนำแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กรณีโรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Novel Corona virus: nCoV) (ฉบับวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563) [อินเทอร์เน็ต].** [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/G32.pdf
9. คณะทำงานด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยต่างๆ. **แนวทางการจัดระบบบริการของโรงพยาบาลกรณีมีการระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวงกว้าง (ร่าง) ฉบับวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต].** [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/G33_2.pdf
10. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **คำแนะนำในการป้องกันการระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับผู้ประกอบการอาหาร ผู้ขนส่งหรือผู้บริจาคอาหารและผู้บริโภค [อินเทอร์เน็ต].** [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g07_ppe.pdf
11. กลุ่มภารกิจมาตรฐานการกักกัน (QUARANTINE) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2563). **แนวทางการบริหารจัดการสถานที่กักกันซึ่งทางราชการกำหนด (Quarantine) [อินเทอร์เน็ต].** [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_quarantine/g_quarantine_state210763n.pdf

วัณโรคและปัจจัยเสี่ยงบางประการในผู้ขับขีรถแท็กซี่สาธารณะในกรุงเทพมหานคร

Tuberculosis and Risk factors Among Public Taxi drivers in Bangkok

บุญเชิด กลัดพวง, ชำนาญ ยูงไรสง
กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Booncherd Kladphuang, Chamnan Yoontaisong

Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Received 26 Dec 2020, Revised 10 Feb 2021, Accepted 10 Feb 2021

บทคัดย่อ

เป็นการศึกษาแบบตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross sectional study) ดำเนินการสำรวจตรวจสถานะสุขภาพปอด โดยการตรวจรังสีทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ขับขีรถแท็กซี่สาธารณะจำนวน 1,548 รายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พร้อมการซักประวัติและเก็บเสมหะผู้ที่ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการดำเนินงานพบว่า ความชุกของภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.07 ปอดผิดปกติที่ไม่ใช่วัณโรค (Non-TB) และโรคหัวใจ ร้อยละ 5.30 และ 0.90 ตามลำดับ ในจำนวนผู้ที่ภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด 32 ราย เก็บเสมหะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเป็นวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ (B+) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.13 และวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (B-) 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.94 ปัจจัยที่พบว่ามีความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดคือ สถานภาพสมรส คู่มากกว่าสถานภาพโสด 0.33 เท่า (OR = 0.328, 95% CI = 0.078-0.984, $P < 0.05$) การศึกษาระดับมัธยมศึกษามากกว่าอนุปริญญาและปริญญาตรี 0.17 เท่า (OR = 0.169, 95% CI = 0.008-0.924, $P < 0.05$) และการสูบบุหรี่มากกว่าการไม่สูบบุหรี่ 2.49 เท่า (OR = 2.49, 95% CI = 1.20- 5.394, $P < 0.05$) สำหรับกลุ่มไม่มีอาการแสดงที่บ่งชี้เข้าได้กับวัณโรคแต่มีความเสี่ยงและสัมพันธ์กับภาพรังสีผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด ร้อยละ 43.75 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่มีอาการไอเกิน 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 28.13) 5.65 เท่า (OR = 5.646, 95% CI = 2.295 -13.290, $P < 0.01$) และกลุ่มที่มีโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดันโลหิต

สูง ไทรอยด์) มีความเสี่ยงและความสัมพันธ์กับการมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว 4.43 เท่า ($OR = 4.422$, 95% $CI=2.295-13.290$, $P<0.01$) เสนอแนะใช้หน้ากากอนามัยตลอดเวลาระหว่างขับขึ้นรถรวมถึงผู้โดยสารด้วย ทำความสะอาด เปิดหน้าต่างรถเพื่อระบายอากาศ ขณะที่ไม่มีผู้โดยสาร ตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 – 2 ครั้ง

คำสำคัญ : วัณโรค, ผู้ขับขึ้นรถแท็กซี่สาธารณะ, ภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด, ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

Kladphuang B., Yoongthaisong C., Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. A Cross sectional study in order to determine the prevalence rate and risk factors associated with abnormal chest x-ray presumptive tuberculosis among taxi drivers at Bangkok. Physical examination, Chest X-ray and sputum examination were conducted. There were 1,548 taxi drivers to participated on the study. The result of study found the prevalence rate of abnormal chest x-ray presumptive tuberculosis were 2.07% (32 Of 1548 cases), Non-TB and heart disease were 5.30 % and 0.90 % respectively. Amount 32 abnormal chest x-ray presumptive tuberculosis cases collected sputum for AFB or X-pert examination. The result found 30 cases (prevalence rate 1.94 %) were pulmonary TB bacteriologically Negative (B-) and 2 cases (prevalence rate 0.13 %) were bacteriologically positive (B+). The result from univariate analysis which significant statistically factors associated with abnormal chest x-ray presumptive tuberculosis among taxi drivers were married status ($OR = 0.328$, 95% $CI = 0.078-0.984$, $P<0.05$), secondary school education level ($OR = 0.169$, 95% $CI = 0.008-0.924$, $P<0.05$) and smoking ($OR= 2.49$, 95% $CI = 1.20- 5.394$, $P<0.05$). Addition the study found that asymptomatic tuberculosis were 43.75 % which significant statistically factors associated with abnormal chest x-ray presumptive tuberculosis ($OR = 5.646$, 95% $CI=2.295 -13.290$, $P<0.01$) and underlying disease (DM, Hypertension, Cholesterol, thyroid) ($OR = 4.422$, 95% $CI=2.295-13.290$, $P<0.01$) together. The results suggest that both taxi drivers and all passengers should be wearing surgical mask all time, cleaning and open - air car ventilation and regular checkup 1-2 time/year should be done.

Keywords : Tuberculosis, Public transport (Taxi) drivers, with Chest x-ray abnormal related with TB (presumptive), Risk factors

บทนำ

วัณโรคนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศทั้งขนาดปัญหาและความรุนแรงจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2562 ประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ 106,000 ราย⁽¹⁾ วัณโรคมีผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจทั้งของตัวผู้ป่วยและประเทศ เนื่องจากวัณโรคสามารถแพร่กระจายได้ในทุกสถานที่ ติดต่อกันโดยระบบทางเดินหายใจ ประมาณการว่าผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ 1 คน ที่ยังไม่รักษาสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ 10 คน วัณโรคเป็นได้ทุกกลุ่มอายุ ทุกอาชีพ⁽²⁾ ผู้ติดเชื้อวัณโรคมีโอกาสที่จะรุกรานจนป่วยเป็นวัณโรคได้ประมาณร้อยละ 5 – 10 โดยร้อยละ 5 มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคใน 2 ปีแรกหลังติดเชื้อวัณโรค ส่วนอีกร้อยละ 5 จะป่วยภายหลังการติดเชื้อในช่วงตลอดชีวิต การป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่สำคัญคือปริมาณเชื้อที่ได้รับ สถานะภูมิคุ้มกัน การอยู่ในสถานที่แออัด และสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค⁽³⁾ รกแท็กชีสธารณะ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบขนส่งสาธารณะในประเทศที่สำคัญ โดยเฉพาะในเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพมหานคร กรมการขนส่งทางบกประมาณการว่ามีรกแท็กชีสธารณะและผู้ป่วยมากกว่า 122,356 คน แบ่งเป็นในกรุงเทพฯ 70,404 คน คิดเป็นร้อยละ 57.54⁽⁴⁾ ในแต่ละวันจะมีผู้ใช้บริการจำนวนมากและเป็นระบบปิดปรับอากาศ ที่เอื้อต่อการแพร่เชื้อวัณโรคระหว่างผู้โดยสารและผู้ขับขี่ โดยผ่านระบบทางเดินหายใจที่ผ่านมายังมีการศึกษาที่เกี่ยวกับการสำรวจสถานะของสุขภาพปอดและปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดวัณโรคปอดในผู้ขับขี่รกแท็กชีสธารณะไม่มากนัก ทำให้

ขาดข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่จะช่วยในการประเมินขนาดของปัญหาและมาตรการที่เหมาะสมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค การศึกษารั้ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอัตราความชุกของภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด สภาวะของสุขภาพปอดและโรคหัวใจในผู้ขับขี่รกแท็กชีสธารณะ พร้อมทั้งเสนอแนะมาตรการในการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคระหว่างผู้ขับขี่รกแท็กชีสธารณะและผู้โดยสารต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross sectional study) ดำเนินการสำรวจตรวจสภาวะสุขภาพปอดในผู้ขับขี่รกแท็กชีสธารณะ

ประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้ขับขี่รกแท็กชีสธารณะในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ยินดีเข้าร่วมในโครงการวันวัณโรคสากล ระหว่าง วันที่ 17 – 31 มีนาคม 2561 จำนวนทั้งสิ้น 1,548 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรตัวอย่าง

เป็นผู้ขับขี่รกแท็กชีสธารณะทั่วไปขนาดมาตรฐาน 7 ที่นั่งรวมผู้ขับขี่ รับส่งผู้โดยสารกรุงเทพปริมาตรโดยการสุ่มแบบไม่เจาะจง (Accidental random sampling) ระหว่างรอคิวรับผู้โดยสารที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ท่าอากาศยานกรุงเทพ (ดอนเมือง) และ สถานีขนส่งสายเหนือ (หมอชิต)

วิธีดำเนินการ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ รมรงค์ เนื่องในโอกาสวันวัณโรคสากล ระหว่าง วันที่ 17 – 31 มีนาคม 2561 โดย

1. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคและชักประวัติ
2. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตรวจสอบภาพปอดด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกโดยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ทุกราย
3. ภาพรังสีทรวงอกของผู้ขับขี่รถแท็กซี่สาธารณะจะได้รับการอ่านและวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์ในวันต่อมา
4. กรณีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติตามเก็บเสมหะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทันที ที่กองวัณโรคหลังจากทราบผลจากรังสีแพทย์
5. กรณีวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคติดตามมาให้การรักษาที่กองวัณโรคหรือส่งต่อไปสถานบริการของรัฐตามความสมัครใจ

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการขับขี่ และข้อมูลที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว อาการเข้าได้กับวัณโรค ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ Chi-square test

คำจำกัดความในการวิจัย

รถแท็กซี่สาธารณะ หมายถึง รถแท็กซี่สาธารณะทั่วไปขนาดมาตรฐาน 7 ที่นั่งรวมผู้ขับขี่

ภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด หมายถึง ภาพรังสีทรวงอกที่รังสีแพทย์อ่านและวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด

ความชุกภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด หมายถึง ร้อยละของกลุ่มที่ภาพรังสีทรวงอกที่อ่านและวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์ว่ามีความผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด ทั้งที่มีผลการตรวจเสมหะยืนยัน เสมหะไม่พบเชื้อ (B-) และเสมหะพบเชื้อ (B+) รวมกัน เทียบกับจำนวนที่เข้าร่วมโครงการและได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

โรคปอดอื่นๆ (Non TB) หมายถึง ภาพรังสีทรวงอกที่รังสีแพทย์อ่านและวินิจฉัยว่าผิดปกติที่ไม่ใช่วัณโรค

อาการผิดปกติสงสัยวัณโรค หมายถึง อาการแสดงที่สงสัยวัณโรคตามมาตรฐานการคัดกรองค้นหาวัณโรค ไอเกิน 2 สัปดาห์, ไอเสมหะปนเลือด, มีไข้ตอนบ่าย, เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

เก็บเสมหะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง เก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค ด้วยวิธีย้อมเชื้อ (Acid Fast Bacilli) หรือ Xpert MTB/RIF อย่างใดอย่างหนึ่ง

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	จำนวน N = 1548	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-30	79	5.10
31-40	211	13.60
41-50	594	38.40
51-60	519	33.50
61-70	145	9.40
(Mean 47.5, S.D. = 2.8)		
สถานภาพสมรส		
โสด	320	20.70
สมรส	1030	66.50
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	198	12.80
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	605	39.10
มัธยมศึกษา	743	48.00
อนุปริญญา	180	11.60
ปริญญาตรี	20	1.30
ระยะเวลาในการขับขีต่อวัน		
น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	74	4.80
4-8 ชั่วโมง	445	28.75
<8 ชั่วโมง	1029	66.45
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	743	48.00
ดื่ม	805	52.00
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	854	55.20
สูบ	694	44.80

จากตารางที่ 1 จากการสำรวจสภาวะสุขภาพ ปอดของผู้ขับขี่รถแท็กซี่สาธารณะ โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจำนวน 1,548 รายที่บริการในพื้นที่กรุงเทพมหานครพบว่า ผู้ขับขี่ส่วนมากอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 38.40 และ 51-60 ปี ร้อยละ 33.50 เฉลี่ย 47.5 ปี S.D. = 2.8 ผู้ขับขี่

ส่วนมากสถานภาพสมรสร้อยละ 66.50 ระดับการศึกษาส่วนมาก ที่ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.10 และ 48.00 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมเสี่ยง การดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.00 และสูบบุหรี่ร้อยละ 44.80

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ตัวแปร	จำนวน N = 1548	ร้อยละ
อาการสงสัยเข้าได้กับวัณโรค		
ไอบามากกว่า 2 สัปดาห์	181	11.70
ไอบนเลือด	0	0
มีไข้	55	3.55
เบื่ออาหาร น้ำหนักลด	105	6.75
ไม่มีอาการ	1207	78.00
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	941	60.78
ความดันโลหิตสูง	310	20.02
ไขมันในเลือดสูง	147	9.50
เบาหวาน	132	8.54
ไทรอยด์	18	1.16

จากตาราง อาการแสดงที่สงสัยเข้าได้กับวัณโรคและโรคประจำตัวของผู้ขับขี่รถแท็กซี่สาธารณะพบว่า มีอาการไอบามากกว่า 2 สัปดาห์ ร้อยละ 11.70 เบื่ออาหาร น้ำหนักลดร้อยละ 6.75

และ มีไข้ร้อยละ 3.55 ส่วนมากจะปกติไม่มีอาการ ร้อยละ 78.00 ส่วนโรคประจำตัวที่พบมากคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน ร้อยละ 20.02, 9.50 และ 8.54 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจวินิจฉัยภาพรังสีทรวงอก

ตัวแปร	จำนวน N = 1548	ร้อยละ
ภาพรังสีทรวงอกปกติ	1420	91.73
ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (B-)*	30	1.94
ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ปอดเสมหะพบเชื้อ (B+)*	2	0.13
Non-TB	82	5.30
โรคหัวใจ	14	0.90

* ความชุกภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด เสมหะไม่พบเชื้อ (B-) และ เสมหะพบเชื้อ (B+) เท่ากับ 32 ราย

จากตาราง ผลการตรวจวินิจฉัยภาพรังสีทรวงอก ผู้เข้ารับการตรวจจำนวน 1,548 รายพบว่า ความชุกของภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด 32 รายคิดเป็นร้อยละ 2.07 ในจำนวนนี้แยกเป็นภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (B-) 30 ราย

(ร้อยละ 1.94) และ ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ (B+) 2 ราย (ร้อยละ 0.13) นอกจากนี้ยังพบ ปอดผิดปกติที่ไม่ใช่วัณโรค (Non-TB) และโรคหัวใจ ร้อยละ 5.30 และ 0.90 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่พักฟื้นสักรงออกผดปกติเข้าได้กับ วันโรคปอด

ปัจจัย	ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรคปอด		ภาพรังสีทรวงอกปกติ		OR	95%CI	P- value
	N=32	ร้อยละ	N=1420	ร้อยละ			
อายุ (ปี)							
20-30	1	3.12	75	5.28	1.00		
31-40	8	25.00	190	13.31	0.316	0.139-2.034	0.285
41-50	7	21.88	561	39.51	1.069	0.046-7.043	0.877
51-60	13	40.62	469	32.61	0.481	0.022-2.810	0.535
61-70	3	9.38	131	9.23	0.583	0.021-5.572	0.704
สถานภาพสมรส							
โสด	3	9.38	304	21.41	1.00		
สมรส (คู่)	28	87.50	932	65.63	0.328	0.078-0.984	0.046*
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1	3.12	184	12.96	1.814	0.191-48.055	0.667
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	10	31.25	559	39.37	0.296	0.0134-1.782	0.235
มัธยมศึกษา	21	65.63	672	47.32	0.169	0.008-0.924	0.036*
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	1	3.12	189	13.31	1.000		
ระยะเวลาในการขับขี้ต่อวัน							
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	8	25.00	487	34.30	1.000		
มากกว่า 8 ชั่วโมง	24	75.00	933	65.70	0.638	0.269-1.400	0.279
การดื่มแอลกอฮอล์							
ไม่ดื่ม	13	40.62	691	48.67	1.00		
ดื่ม	19	59.38	729	51.33	0.722	0.3451-1.474	0.376
การสูบบุหรี่							
ไม่สูบ	11	34.37	804	56.62	1.00		
สูบ	21	65.63	616	43.38	2.49	1.20- 5.394	0.013*

จากตาราง วิเคราะห์ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรคปอดจำนวน 32 รายเทียบกับกลุ่มที่ภาพรังสีทรวงอกปกติจำนวน 1420 ราย (ตัดกลุ่มตัวอย่างที่วินิจฉัยว่าเป็น Non-TB และโรคหัวใจออก) พบว่ากลุ่มอายุ 51-60 ปี, 31-40 ปี และ 41-50 ปี มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดร้อยละ 40.62 , 25.00 และ 21.88 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพสมรสคู่ เป็นกลุ่มที่พบภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากที่สุด ร้อยละ 87.50 โสดและหม้ายหย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 9.38 และ 3.12 ตามลำดับ และเมื่อเทียบกับกลุ่มสถานภาพโสด สถานภาพสมรสคู่มีความเสี่ยงและมีความสัมพันธ์กับการมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากกว่า 0.33 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 0.328$, 95% $CI = 0.078-0.984$, $P < 0.05$)

ระดับมัธยมศึกษาเป็นกลุ่มที่ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากที่สุด ร้อยละ 65.63 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา

ร้อยละ 31.25 และอนุปริญญาและปริญญาตรี ร้อยละ 3.12 ระดับมัธยมศึกษามีความเสี่ยงและมีความสัมพันธ์กับการมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรคปอดมากกว่าอนุปริญญาและปริญญาตรี 0.17 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 0.169$, 95% $CI = 0.008-0.924$, $P < 0.05$)

ระยะเวลาในการขับซี่ น้อยกว่า 8 ชั่วโมง และมากกว่า 8 ชั่วโมงพบภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรคปอดร้อยละ 25.00 และ 75.00 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การดื่มแอลกอฮอล์พบว่า การดื่มและไม่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรคปอดร้อยละ 59.38 และ 40.62 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดร้อยละ 65.63 และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 34.37 มีความเสี่ยงและมีความสัมพันธ์กับการมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ 2.49 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.49$, 95% $CI = 1.20- 5.394$, $P < 0.05$)

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด (ต่อ)

ตัวแปร	ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรคปอด		ภาพรังสีทรวงอกปกติ		OR	95%CI	P- value
	N=32	ร้อยละ	N=1420	ร้อยละ			
อาการเข้าได้กับวัณโรค							
ไอบามากกว่า 2 สัปดาห์	9	28.13	133	9.37	1.000		
มีไข้	5	15.62	25	1.76	0.341	0.104-1.207	0.091
เบื่ออาหาร น้ำหนักลด	4	12.50	94	6.62	1.59	0.481- 6.086	0.471
ไม่มีอาการ	14	43.75	1168	82.25	5.646	2.295-13.290	0.001*
โรคประจำตัว							
ไม่มีโรคประจำตัว	28	87.50	870	61.27	1.00		
มีโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดันโลหิต สูง ไขมันในเลือดสูง ไทรอยด์)	4	12.50	550	38.73	4.422	1.658-14.840	0.001*

จากตารางพบว่า กลุ่มที่ไม่มีอาการแสดงที่บ่งชี้เข้าได้กับวัณโรค แต่มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคร้อยละ 43.75 รองลงมาคือไอบามากกว่า 2 สัปดาห์, มีไข้, เบื่ออาหาร น้ำหนักลดพบร้อยละ 28.13, 15.62 และ 12.50 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มไม่มีอาการแสดงเข้าได้กับวัณโรคมีความเสี่ยงและสัมพันธ์กับการเกิดภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากกว่าไอบาร้อยละ 2 สัปดาห์ 5.65 เท่าอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (OR = 5.646, 95% CI=2.295 -13.290, P<0.01)

ส่วนการมีโรคประจำตัวพบว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 12.50 มีความเสี่ยงและสัมพันธ์กับการเกิดภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากกว่ากลุ่มไม่มีโรคประจำตัว 4.43 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 4.422, 95% CI=2.295-13.290, P<0.01)

วิจารณ์ จากการตรวจสอบภาวะสุขภาพปอดในผู้ขับขี่รถแท็กซี่สาธารณะจำนวน 1,548 รายในพื้นที่กรุงเทพมหานครโดยใช้รถเอ็กซ์เรย์เคลื่อนที่ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ซักประวัติ และเก็บเสมหะส่งตรวจพบว่า ความชุกของภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดจำนวน 32 ราย อัตราความชุกคิดเป็นร้อยละ 2.07 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไปที่อัตราความชุกร้อยละ 1.1 ที่พบจากการสำรวจวัณโรคในประเทศไทย⁽⁶⁾ ในกรณีเดียวกันได้มีการสำรวจคัดกรองพนักงานขับรถแท็กซี่ รถมอเตอร์ไซด์สองแถวที่เกาะสมุยพบว่า ผลภาพรังสีทรวงอกผิดปกติร้อยละ 8.02⁽⁷⁾ ซึ่งสูงกว่าความชุกในประชากรทั่วไปและผลของการสำรวจครั้งนี้มาก ดังนั้นผู้ขับขี่รถแท็กซี่สาธารณะจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงอีกกลุ่มหนึ่งที่จะป่วยและแพร่เชื้อวัณโรคได้มาก เนื่องจาก รถแท็กซี่เป็นระบบปิด ปรับอากาศ คับแคบ การไหลเวียนของอากาศถ่ายได้้น้อย เอื้อต่อการแพร่เชื้อวัณโรคโดยผ่านทางเดินหายใจ ระหว่างผู้โดยสารและผู้ขับขี่ และจากการเก็บเสมหะจากผู้ขับขี่แท็กซี่สาธารณะ ที่ภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด 32 รายนี้ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า เป็นวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ (B+) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.13 ไกล่เคียงกับประชาชนทั่วไปที่เคยสำรวจพบร้อยละ 0.1⁽⁶⁾ ซึ่งทั้ง 2 รายนี้ถือว่าอยู่ในระยะแพร่เชื้อและยังไม่เริ่มการรักษา ผู้โดยสารหรือผู้สัมผัสใกล้ชิดก็จะมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคถึงร้อยละ 49-58 สูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคเสมหะไม่พบเชื้อ (B-) 3 เท่า^(2,8)

แต่ก็ขึ้นอยู่กับ ความถี่ของการไอหรือจาม ปริมาณเชื้อที่แพร่ออกมาและระยะเวลาที่โดยสาร^(2,3) นอกจากนี้ยังพบ ปอดผิดปกติที่ไม่ใช่วัณโรค (Non-TB) และโรคหัวใจ ร้อยละ 5.30 และ 0.90 ตามลำดับ ซึ่งจะเป็นโอกาสที่จะได้รับทราบสถานะสุขภาพของผู้ขับขี่รถแท็กซี่สาธารณะและเข้าถึงบริการตรวจรักษาที่ถูกต้อง รมั้ดระวังดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง

ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด พบว่าสัดส่วนระหว่างกลุ่มอายุ 51-60 ปี, 31-40 ปี และ 41-50 ปี ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดร้อยละ 40.62, 25.00 และ 21.88 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่มีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสสัมผัสติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยเป็นวัณโรคมากขึ้นและอีกปัจจัยคือภูมิคุ้มกันลดลง ซึ่งสอดคล้องกับหลายกรณีศึกษาที่พบว่า ความชุกของวัณโรคโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น⁽⁹⁾ สถานภาพสมรสคู่ เป็นกลุ่มที่พบว่าภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากที่สุดร้อยละ 87.50 รองลงมา สถานภาพโสดและหม้ายหย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 9.38 และ 3.12 ตามลำดับ และเมื่อเทียบกับกลุ่มสถานภาพโสด สถานภาพคู่ มีความเสี่ยงและมีความสัมพันธ์กับการมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากกว่า 0.33 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.328, 95% CI = 0.078-0.984, P<0.05)

ซึ่งโดยพฤติกรรมแล้วสถานภาพสมรสคู่ ควรจะดูแลให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่โสด และหย่าแยกกันอยู่เนื่องจากจะต้องรับผิดชอบหารายได้เป็นหลักและมีภาระวงรอบครอบครัว⁽⁸⁾ แต่การศึกษานี้พบว่าสถานภาพสมรสคู่เป็นกลุ่มที่พบอัตราภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากที่สุด อาจเป็นเพราะพักผ่อนน้อย ขับรถวันละหลายชั่วโมง ซึ่งจากการศึกษานี้ก็พบว่าผู้ขับขีส่วนมากขับรถมากกว่าวันละ 8 ชั่วโมงถึงร้อยละ 75.00 ระดับการศึกษาพบว่า ระดับมัธยมศึกษาภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดผิดปกติที่สุดร้อยละ 65.63 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษาร้อยละ 31.25, อนุปริญญาและปริญญาตรี ร้อยละ 3.12 และพบว่าระดับมัธยมศึกษามีความเสี่ยงและมีความสัมพันธ์กับการมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากกว่าอนุปริญญาและปริญญาตรี 0.17 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 0.169$, $95\% CI = 0.008-0.924$, $P < 0.05$) อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ส่วนมากอยู่ในระดับมัธยมศึกษาการรับรู้ ทักษะการควบคุมป้องกันโรคน้อยกว่าระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการขับขี้น้อยกว่า 8 ชั่วโมงหรือมากกว่า 8 ชั่วโมงและการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มและไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงและความสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค

ปอดร้อยละ 65.63 สูงกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 34.37 มีความเสี่ยงและมีความสัมพันธ์กับการมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ 2.49 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.49$, $95\% CI = 1.20-5.394$, $P < 0.05$) เนื่องจากควันบุหรี่จะเข้าไปรบกวน ทำลายหลอดลมและถุงลมขนาดเล็กในปอด ทำให้สมรรถนะของปอดลดลงเอื้อต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะวัณโรคซึ่งสอดคล้องกับหลายกรณีศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁰⁾

อาการแสดงที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดพบว่า ไอมากกว่า 2 สัปดาห์, มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด พบร้อยละ 28.13, 15.62 และ 12.50 ตามลำดับในขณะที่กลุ่มไม่มีอาการแสดงที่บ่งชี้เข้าได้กับวัณโรคแต่มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดร้อยละ 43.75 ซึ่งมีความเสี่ยงและสัมพันธ์กับการเกิดภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากกว่าไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ 5.65 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 5.646$, $95\% CI = 2.295 -13.290$, $P < 0.01$) ซึ่งพบได้จากหลายกรณี เช่นความไว (Sensitivity) ของการตรวจด้วยภาพรังสีทรวงอกจะสูง ตรวจพบได้เร็ว โดยเฉพาะการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคในระยะเริ่มแรก ปอดยังถูกทำลายไม่มากจึงยังไม่ปรากฏอาการ แต่ก็สามารถตรวจพบได้โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจความชุกวัณโรคระดับชาติในประเทศไทยที่พบร้อยละ 51 ของผู้ป่วยวัณโรคที่สำรวจพบโดยไม่มี

อาการสงสัยวัณโรค⁽⁹⁾ ส่วนการมีโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไทรอยด์) มีความเสี่ยงและสัมพันธ์กับการเกิดภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดมากกว่ากลุ่มไม่มีโรคประจำตัว 4.43 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 4.422, 95%CI=2.295-13.290, P<0.01) การมีโรคประจำตัวก็เป็นปัจจัยเอื้อต่อการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรค เนื่องจากโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ เป็นสาเหตุทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย⁽²⁾

สรุป

การตรวจสภาวะสุขภาพปอดในผู้ขับขี่รถแท็กซี่สาธารณะ 1,548 รายในพื้นที่กรุงเทพมหานครโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ซักประวัติ และเก็บเสมหะส่งตรวจพบว่า ความชุกของภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดจำนวน 32 รายคิดเป็นร้อยละ 2.07 ในจำนวนนี้พบเป็นวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ (B+) ซึ่งเป็นระยะแพร่เชื้อจำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 0.13 และเสมหะไม่พบเชื้อ (B-) จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.94 เมื่อเทียบกับประชากรที่สำรวจ ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผู้กลุ่มที่ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ สถานภาพสมรสคู่ (OR = 0.328, 95%CI = 0.078-0.984, P<0.05) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (OR = 0.169, 95%CI = 0.008-0.924, P< 0.05) การสูบบุหรี่ (OR= 2.49, 95%CI =1.20- 5.394, P<0.05) กลุ่มไม่มีอาการแสดงที่บ่งชี้เข้าได้กับวัณโรคแต่มี

ภาพรังสีผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคร้อยละ 43.75 (OR = 5.646, 95%CI=2.295 -13.290, P<0.01) และมีโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไทรอยด์)ร้อยละ 12.50 (OR = 4.422, 95%CI=2.295-13.290, P<0.01)

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและโรคติดต่อทางเดินหายใจควรให้ผู้ขับขี่รถแท็กซี่สาธารณะ ใช้หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ระหว่างขับขี่รวมถึงผู้โดยสารด้วย เนื่องจากความชุกของภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอดสูงกว่าประชากรทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 2.07 และอยู่ในระยะแพร่เชื้อ ร้อยละ 0.13

2. ระหว่างหยุดพักหรือขณะขับขี่ที่ไม่มีผู้โดยสาร ควรเปิดหน้าต่างรถเพื่อระบายอากาศออก เนื่องจากรถแท็กซี่เป็นระบบปิดและผู้ขับขี่มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ และมีผู้ขับขี่ป่วยเป็นวัณโรคอยู่ในระยะแพร่เชื้อร้อยละ 0.13 เชื้อวัณโรคที่ปนมากับละอองเสมหะสามารถมีชีวิตอยู่ในอากาศที่อุณหภูมิปกติได้นานไม่น้อยกว่า 30 นาที^(2,3)

3. ผู้ขับขี่รถแท็กซี่สาธารณะ ควรได้รับการตรวจร่างกายประจำปีโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง เนื่องจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ที่ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด ไม่มีอาการแสดงที่บ่งชี้เข้าได้กับวัณโรคสูงถึงร้อยละ 43.75 ทำให้ขาดความตระหนักรู้ถึงปกติ ไม่มีความเจ็บป่วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองผู้อำนวยการฝ่ายสวัสดิการ การทำอาศยานแห่งประเทศไทย หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการ ทำอาศยานสุวรรณภูมิ ทำอาศยานกรุงเทพ (ดอนเมือง) รองผู้อำนวยการฝ่ายสวัสดิการสถานีขนส่งสายเหนือ (หมอชิต) ที่กรุณาอำนวยความสะดวก ประสานความร่วมมือมาตลอด เจ้าหน้าที่สถาบันราชประชาสมาสัยที่ร่วมเก็บข้อมูลและตรวจร่างกายเบื้องต้น ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ทุกท่าน แพทย์หญิงศรีประภา เนตรนิยม รังสีแพทย์ และแพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์ ผู้อำนวยการกองวินโรค ที่ให้การสนับสนุนจนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

บุญเชิด กลัดพ่วง และชำนาน ยูงไธสง. วัณโรคและปัจจัยเสี่ยงบางประการในผู้ขับขีรถแท็กซี่สาธารณะในกรุงเทพมหานคร, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563;5(2):หน้า 45-59.

Suggested Citation for this Article

Booncherd Kladphuang and Chamnan Yoontaisong. Tuberculosis and Risk factors Among Public Taxi drivers in Bangkok. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2020;5(2): page 45-59.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2018**. Geneva: WHO; 2018: 16-18.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค**. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2559.
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย 2561**. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
4. ชนวรรณ พลวิชัย. **การประเมินศักยภาพธุรกิจท้องถิ่นของประเทศไทย: กรณีศึกษาธุรกิจบริการแท็กซี่ [อินเทอร์เน็ต]**. แหล่งข้อมูล : ผู้จัดการออนไลน์, 24 ธันวาคม 2561.
5. สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ : **รายงานการประชุม โครงการใส่ใจสุขภาพปอด แท็กซี่ ปอดสะอาด ครั้งที่ 3** กรุงเทพฯ 25 ธันวาคม 2555 ห้องประชุมสมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย.
6. วัลลภ ปายะนันท์, นิรัช หุ่นดี, นิพนธ์ อุดมระติและคณะ. **การสำรวจวัณโรคในประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2543-2545**. กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
7. สิทธิศักดิ์ เพชร์โกษาชาติ, ภาณุชิต จันทรมณี, อรรถกร ทองเพ็ญ และคณะ. **การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มพนักงานขับรถโดยสารสาธารณะ อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. เอกสารการประชุมระดับชาติครั้งที่ 28. 2561, หน้า 32 มหาวิทยาลัยทักษิณ.
8. เพชรวรรณ พึ่งรัมย์, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. **การติดเชื้อและอัตราป่วยวัณโรคของประชากรบางกลุ่มในประเทศไทย: ผลการทบทวนรายงานการวิจัย 62 เรื่อง ระหว่าง พ.ศ. 2502-2541**. ในรายงานการทบทวนเอกสารทางวิชาการชุดโครงการ เรื่องวัณโรค. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
9. นิอร อริโยทัย, สายใจ สมบัติการ, บุญเชิด กลัฟวง. **การสูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยเป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ**, วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2548;2:139-148.
10. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **การเฝ้าระวังการสำรวจความชุกวัณโรคระดับชาติในประเทศไทยปี 2555-2556**. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2560.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3

Factors Affecting The Quality of Life of The Elderly in Urban Areas of The 3rd Regional Health

นเรศน์ ฐิตินันท์วิวัฒน์, จุฬาลักษณ์ ฐิตินันท์วิวัฒน์
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

Nares Thitinunthiwat, Chulaluk Thitinantiwat

Office of Disease Prevention and Control 3 Nakhon Sawan Province

Received 18 Nov 2020, Revised 6 Jan 2021, Accepted 6 Jan 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยระดับพื้นฐาน ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ และศึกษารูปแบบการดูแลรวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 400 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม สถิติที่ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย ได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน หากร่างกายป่วยจิตใจก็ป่วยด้วย 2) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น นั่นก็คือ สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ช่วยเหลือ ดูแลซึ่งกันและกัน ดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยเฉพาะในด้านอาหารและโภชนาการ 3) รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ คือ สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้น หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นสภาวะของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือ ด้าน ร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ

คำสำคัญ : ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, บุคลากรดูแลผู้สูงอายุ, เขตเมือง

Abstract

The purposes of this research were: To study fundamental factors, psychological factors, and need factors of the elderly in the Eastern Provinces, study the quality of life of the elderly in the physical health, mental health, societal, environmental, and spiritual aspects, and to investigate models of elderly care, including quality of life development. This research used mixed methods approach i.e. quantitative research and qualitative research. The sample for the quantitative research was comprised of 400 senior people whose ages were 60 or above, obtained by simple random sampling using a Taro Yamane Table. The tool used for data collection was a questionnaire. The statistics used for data analysis were percentage, mean, and standard deviation. On the other hand, the sample for the qualitative research was 30 elderly people obtained by purposive sampling. The tool used for data collection was a focus group. The collected data were analysed by mean of content analysis.

The results of the study were as follows: 1) The fundamental factors, the mental factors, and the need factors of the elderly were interrelated and inseparable. Consequently, if the elderly had problems with their mental health, they also had physical health problems, or vice versa. 2) The elderly whose quality of life was good came from loving families i.e. their family members loved and lived harmoniously with each other, helped each other and took care of their elderly family members as best as possible, especially regarding food and nutrition. 3) The appropriate model for elderly care was that members of their families were major care-giving personnel. Moreover, government and private agencies should actively participate in elderly care stressing on their well-being in all aspects, namely: physical, emotional, social, and spiritual aspect.

Keywords : factors affected the quality of life, the elderly, care-giving personnel urban areas.

บทนำ

สังคมไทยในปัจจุบันได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยให้สิทธิ และการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ในหมวดที่ 3 มาตรา 54⁽¹⁾ มีสาระสำคัญคือ “บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ” และในหมวดที่ 5 มาตรา 80 ระบุว่า รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ “นอกจากนี้องค์กรต่าง ๆ ยังได้สนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุตามปฏิญญาผู้สูงอายุไทย โดยให้ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต และให้ความรัก ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว สังคมชุมชน รวมทั้งให้โอกาสเรียนรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง หากมองย้อนถึงอดีต จะเห็นว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7(2535-2539)⁽²⁾ ได้นำนโยบายด้านผู้สูงอายุมาไว้รวมกับนโยบายการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรต่อมา แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544)⁽³⁾ ได้นำการบริการทั้งด้านสวัสดิการ และการบริการสุขภาพ เพื่อความอยู่ดีมีสุขลงสู่ผู้สูงอายุมากขึ้นโดยสามารถมองเห็นเป็นรูปธรรม แต่เนื่องจากสังคมเปลี่ยนแปลง การให้บริการไม่ทั่วถึง หน่วยงานได้บริการซ้ำซ้อนล่าช้า และที่สำคัญไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง⁽⁴⁾ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยแท้จริง จึงขึ้นอยู่กับความสามารถของ

ปัจเจกบุคคล ซึ่งเป็นพลังขับเคลื่อนสู่ความสุขของชีวิตได้ โดยมีองค์กรหน่วยงาน ๆ เป็นปัจจัยสนับสนุน หรืออาจกล่าวได้ว่าภาครัฐได้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุนับตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้หน่วยงาน หรือองค์กรใด ๆ ก็ตามจำเป็นต้องขับเคลื่อนด้วยเรื่อง หลัก ๆ 4 เรื่อง คือ ระบบบริการสุขภาพ หลักประกันเศรษฐกิจ การเตรียมพร้อมสำหรับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อม การเคหะแห่งชาติจึงมีโครงการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ความจำเป็นดังกล่าวย่อมเป็นปัจจัยสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างดี⁽⁵⁾ กล่าวได้ว่านโยบายสาธารณะเป็นเสมือนกลไกหลักสำคัญในการดำเนินของรัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐทุกแห่ง ด้วยเหตุที่นโยบายเป็นกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเจตนาในการแก้ปัญหา นโยบายสาธารณะสุขเป็นนโยบายหนึ่งแห่งรัฐด้านกิจกรรมการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีมาตรฐาน ได้รับการตอบสนองปัจจัยสี่เป็นการกระจายรายได้ เป็นการปลูกจิตสำนึกไม่ให้ทอดทิ้งผู้สูงอายุในชุมชน และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทางจิตใจ⁽⁶⁾

จากสภาพปัญหา ความต้องการในปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุได้ผ่านประสบการณ์และได้รับการตอบสนองจนเกิดความพึงพอใจทำให้ชีวิตมีสุขผลแห่งการได้รับเรื่องราวเหล่านั้นและได้วิ่งผ่านเข้ามาในชีวิตทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ และเกิดการเรียนรู้ตามมา เลือกสิ่งที่ดีเหมาะสมกับตนเองได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตเกิดความสุข

ด้านจิตใจเพราะการรับรู้ (Perception) นั้นเป็นกระบวนการแปล หรือตีความต่อสิ่งเร้า ข่าวสารที่ผ่านอวัยวะสัมผัสทั้งหลาย และสมองทำหน้าที่เก็บข้อมูลนั้นไว้ กระบวนการรับรู้ของมนุษย์เริ่มต้นด้วยการสัมผัส (Sensation) และเกิดการเรียนรู้ต่อไป จากการศึกษา ของ นันทินา อังกินันท์⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พบว่าความผาสุกทางใจเป็นความรู้สึกตามการรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพสังคม วัฒนธรรม ถ้าหากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้ออกไปนอกบ้านเกิดความเครียด จึงจัดการความเครียดโดยใช้วิธีการทำใจปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา การจัดการความเครียดได้สำเร็จสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุได้ ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจนั้นหมายถึงขจัดความเครียดไม่ได้ ทำให้เกิดความเหงา ความว้าเหว่ เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง ซึมเศร้าแยกตัวออกจากสังคมและนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2533 พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 4.40 ของการฆ่าตัวตายทั้งหมด⁽⁸⁾ สาเหตุเกิดจากภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์นี้จึงเป็นวิกฤตการณ์ที่ร้ายแรงของผู้สูงอายุ แนวทางการแก้ปัญหาข้างต้น คือการส่งเสริมสุขภาพกายสุขภาพจิต โดยการเข้าร่วมกิจกรรมส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง อารมณ์แจ่มใสเบิกบาน มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพิ่มขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า เกิดความผาสุกทางใจ⁽⁹⁾

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่ามีการวิจัยหลายปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลหรือมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและรูปแบบวิธีการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และมีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปในทางทิศทางใด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อประโยชน์ในการค้นหาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุให้มีการดูแลอย่างเหมาะสมและเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ ในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3
3. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 และวิธีการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรคือ ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ภาวะทางสุขภาพทางกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม ความสัมพันธ์ของครอบครัว และศักยภาพของผู้ดูแล

2) ด้านปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ เจตคติต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การเห็นคุณค่าของตนเอง แรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

3) ด้านปัจจัยความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจที่อยู่อาศัย การพัฒนาภูมิปัญญาและประสบการณ์ และการบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

4) ด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตด้านเวลา ตุลาคม 2562 - กันยายน 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 กำหนดการศึกษาเป็นการวิจัยผสมผสาน (MIXED METHODS RESEARCH) และออกแบบ

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ซึ่งกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร ชัยนาท และอุทัยธานี

2) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างเป็นการประมาณค่าสัดส่วนในประชากรกลุ่มเดียวโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้ตารางของ Taro Yamane ความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญ $+0.05$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนประชากรจากกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร ชัยนาท และอุทัยธานี

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลที่ 3 ปี พ.ศ. 2562

จังหวัด	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
นครสวรรค์	209,688	144
พิจิตร	109,225	75
กำแพงเพชร	126,366	86
อุทัยธานี	65,041	45
ชัยนาท	72,628	50
รวม	582,948	400

ที่มา : สำนักคณะกรรมการการพัฒนาศูนย์สุขภาพและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2562

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล การวิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเนื้อหาของแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามตามลักษณะข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภาวะทางสุขภาพกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม ความสัมพันธ์ของครอบครัว ศักยภาพของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าความคิดเห็นด้านปัจจัยด้านจิตลักษณะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย จิตลักษณะ ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม แรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าความคิดเห็นด้าน ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุประกอบด้วยด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม

เศรษฐกิจ การพัฒนาภูมิปัญญาและประสบการณ์ การบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าความคิดเห็น ด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าวัดความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคม และจิตวิญญาณ เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับแบบสอบถามกำหนดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามแบบปลายปิดและให้เลือกคำตอบ

ส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 เป็นลักษณะแบบสอบถามแบบประเมินค่าตามข้อคำถาม โดยแบ่งเป็น 5 ระดับตามมาตรวัดแบบ ลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์เฉลี่ยของระดับคะแนนและการแปลความหมายกำหนดได้ดังนี้

ระดับ 1	ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80
	หมายถึง น้อยที่สุด
ระดับ 2	ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60
	หมายถึง น้อย
ระดับ 3	ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40
	หมายถึง ปานกลาง
ระดับ 4	ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20
	หมายถึง มาก
ระดับ 5	ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00
	หมายถึง มากที่สุด

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้กำหนดการทดสอบแบบสอบถาม โดย (1) การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ด้วยการปรักษาสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ชำนาญการและทำการแก้ไข เพื่อให้แบบสอบถามสามารถวัดได้ตรงประเด็นและ (2) นำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ด้วยค่า Coefficient Alpha และใช้เกณฑ์ยอมรับที่ค่ามากกว่า 0.70 เพื่อแสดงว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่นเพียงพอทั้งนี้การทดสอบความเชื่อมั่นดังกล่าวใช้การคำนวณจากข้อคำถามที่เกี่ยวกับความคิดเห็นหรือทัศนคติในเนื้อหา

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เริ่มตั้งแต่กระบวนการกำหนดปัญหาการวิจัย ระเบียบวิธีในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 249 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.3 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 55.3 มีสถานภาพที่สมรส 249 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,001-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.5 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษา 230 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.5 ลักษณะการอยู่อาศัยในบ้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส 227 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.8 สภาวะทางสุขภาพพบว่า มีโรคหัวใจและโรคเบาหวานมีจำนวนใกล้เคียงกัน 146 และ 148 ราย คิดเป็น 36.5 และ 37 ตามลำดับ ขนาดของสมาชิกในครัวเรือนส่วนใหญ่มีจำนวน 4-5 คน มีจำนวน 218 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 219 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.8 ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว 219 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.8 และไม่มีสถานภาพทางสังคมจำนวน 358 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.5

ปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับสุขภาพกาย ด้วยการส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอด้วยการมองว่าสุขภาพดีนั้นหมายถึงการไม่เจ็บไข้ การไม่ป่วย การไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียนหรือหากมีโรคก็อยู่ในภาวะสงบ ไม่แสดงอาการ ฯลฯ ต้องการให้ร่างกายแข็งแรงแม้จะไม่เหมือนเดิมแต่ขอให้ทำกิจวัตรประจำวันได้เพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่น

ปัจจัยด้านจิตลักษณะของผู้สูงอายุ

เจตคติต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การย่างก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รู้สึกถึงการ

สูญเสียในทุก ๆ ด้าน ทั้งหน้าที่การงาน ทั้งบทบาทหน้าที่ในสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่ง ด้วยหลายสาเหตุ เช่น ไม่สะดวกเดินทางไปร่วมกิจกรรมมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ไม่มีเงิน ไม่มีเวลาเพราะต้องทำงานเลี้ยงตนเองและครอบครัว ผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีต่อกิจกรรมที่หน่วยงานภาครัฐภาคเอกชนหรือชุมชนจัดขึ้น กล่าวในทำนองเดียวกันว่ากิจกรรมที่จัดให้มีประโยชน์อย่างสูงต่อสุขภาพกาย สุขภาพใจ และเป็นการส่งเสริมให้ใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ สามารถอยู่ในสังคมได้ดี ภาวะทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ข้อมูลตรงกันว่าภาวะสุขภาพจิตนั้นหมายถึงจิตใจที่เป็นสุข เข้ากับคนอื่นได้ดี (ไม่เก็บตัว) ปราศจากโรคจิต โรคประสาท และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะทางสุขภาพจิตค่อนข้างดี เพราะใช้ชีวิตได้อย่างเป็นสุข

ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุให้ข้อมูลตรงกันว่า การปรับตัวด้านร่างกายเป็นความต้องการพื้นฐาน เพื่อให้ร่างกาย ได้กินอาหารที่เป็นประโยชน์ถูกหลักอนามัย พักผ่อนเพียงพอ ออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม การป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น การทำกิจวัตรประจำวัน งดสิ่งเสพติดทุกชนิด การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนการพัฒนาภูมิปัญญาและประสบการณ์เกิดจากการสะสมความรู้และประสบการณ์อันยาวนานของผู้สูงอายุ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ลักษณะต่าง ๆ แล้วเลือกสรรนำมาประพฤติปฏิบัติปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองและคนในสังคม แล้วถ่ายทอดสืบต่อกันมาจนถึงปัจจุบัน วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญามีหลายวิธี เช่น บอกเล่า

บรรยายด้วยวาจา สาธิต ทำให้เห็นจริง (ปฏิบัติ) การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร การแสดงออกซึ่งภูมิปัญญาที่ค้นพบ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลโดยผู้ดูแลหลักโดยสมาชิกในครอบครัวและความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยร่วมบ้านกับบุตรหลาน และผู้ดูแลหลักคือบุตรหลานนั่นเอง สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร่างกายยังแข็งแรง ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวได้ พึ่งพาลูกหลานบ้าง เช่น การไปโรงพยาบาล ไปซื้อยา ไปทำบุญที่วัด เป็นต้น

วิธีการดูแลผู้สูงอายุโดยดูแลตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตราที่ 11 โดยได้รับบริการ 7 ด้าน ด้านนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ เน้นการกระจายรายได้และดูแลความสงบปลอดภัย ในหมู่บ้าน ชุมชน และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง 6 อ. ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนและผู้ดูแลมีความรู้เรื่องกิจกรรม 6 อ. เป็นอย่างดี และผู้ทำหน้าที่หลักคือกระทรวงสาธารณสุขเป็นแม่ข่ายดำเนินการ ผู้สูงอายุไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมครบ 6 อ. เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ด้านการเงิน ด้านการดูแล แต่ส่วนใหญ่ปฏิบัติจริงเพราะมีผลต่อสุขภาพ ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น จึงเกิดพึงพอใจในกิจกรรมที่ได้ทำ⁽¹⁰⁾

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุได้มีความเห็นสอดคล้องกันว่า มาจากครอบครัวที่อบอุ่น ลักษณะพฤติกรรมที่พึงพอใจ เช่น สมาชิกในครอบครัว

มีความรัก ความสามัคคีต่อกัน ไม่ทะเลาะ ให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ทำมาหากินโดยสุจริต ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ตอบสนองต่อความต้องการให้มากที่สุดการดูแลด้านร่างกายคือจัดหาอาหารตามหลักโภชนาการ การดูแลด้านจิตใจอารมณ์ความรู้สึกสถานการณ์นี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ลูกหรือผู้ดูแลหลักต้องใช้จิตวิทยาอ่อนข้างสูงเข้าถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ได้ ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเครียดด้วยเหตุใด ๆ ให้มีความสำคัญเห็นคุณค่า ยกย่องนับถือ

อภิปรายผล

1. ระดับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ ด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3

จากการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านจิตลักษณะของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด ผู้สูงอายุที่มีโรคหรือไม่โรค ล้วนต้องการความช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจเข้มแข็ง คอยให้กำลังใจ ให้ความรัก เพราะสังขารเปลี่ยนแปลงไป ความเสื่อมโทรมของร่างกายมารุมเร้าทำให้ขาดความสุข หรือเกิดความเครียดเพราะมีความเจ็บปวดของร่างกาย รวมถึงความสับสนของอารมณ์ หากมีผู้ดูแลที่รู้ใจ เอาใจใส่ดี มีหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน คอยให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านสิ่งแวดล้อม

สาธารณสุข จะเป็นพลังให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตที่มีสุข ได้ด้านการดูแลตนเอง พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง จะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก และภาวะสุขภาพกายมีผลต่อความพึงพอใจในการดำรงชีวิตฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี กลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถทำงานได้ สมาชิกครอบครัวดูแลดี ไม่ขัดสนเรื่องเงินจึงไม่ประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิต กลุ่มข้าราชการบำนาญมีเงินเพียงพอต่อการดำรงชีพและสามารถหารายได้เสริมได้อีกด้วยกลุ่มที่ทำงานหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวฐานะอยู่ระดับกลาง และกลุ่มสุดท้ายระบบรายได้ไม่พอเพียง ร่างกายไม่เอื้อต่อการทำงาน ประกอบกับมีโรคประจำตัว แต่จำเป็นต้องทำงานหาเงินเนื่องจากบุตรหลานไม่ได้สนับสนุน ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจึงมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ฐานะทางสังคมของผู้สูงอายุมีความหลากหลาย ในฐานะทางสังคมพบว่า ลักษณะอำนาจ เกียรติยศ และรายได้ มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางสังคมดี มีคนยกย่องเศรษฐกิจดี จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีฐานะทางสังคมไม่ดี จะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ความสัมพันธ์ของครอบครัวของผู้สูงอายุ จากการศึกษามีข้อมูลสนับสนุนว่าครอบครัวของผู้สูงอายุ ที่สมาชิกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยการดูแลเอาใจใส่ ให้การช่วยเหลือทุก ๆ ด้าน ให้ความรักใคร่ผูกพัน ห่วงใย เคารพนับถือเห็นผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่า ในครอบครัวสิ่งดังกล่าวเป็นเครื่องสนับสนุนร่างกาย อารมณ์จิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ

ในชีวิต มีความผาสุก ส่วนศักยภาพผู้ดูแลทั้งที่เป็นเครือญาติและไม่ใช่เครือญาติมีมุมมองในเรื่องความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกันว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลง่าย การดูแลต้องเข้าถึงจิตใจ อารมณ์ ความต้องการที่แท้จริง ต้องไม่ละเลยทุกเรื่อง ส่งเสริมและป้องกัน รูปแบบการดูแล พบว่ามี 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่สามารถช่วยตนเองได้ทุกเรื่อง กลุ่มที่สามารถช่วยตนเองได้บางเรื่อง และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ การดูแลก็จะแตกต่างกันออกไป การดูแลผู้สูงอายุในสองกลุ่มแรกขอเพียงผู้ดูแลได้เข้าใจถึงความต้องการ เข้าใจในความรู้สึกด้านอารมณ์จิตใจ และส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม กลุ่มนี้จะใช้ชีวิตได้อย่างปกติ สำหรับกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ควรเตรียมอาหาร ดูแลเรื่องการรักษาโรค ด้านสิ่งแวดล้อมที่อาศัยสร้างให้เหมาะสมกับการทำกิจวัตรประจำวัน กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหวได้ง่าย จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องทำความเข้าใจ ใช้ความอดทนอย่างสูงและเข้าใจพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก ควรศึกษาวิธีการดูแลที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันความปลอดภัยในทุกด้านเช่นการลื่นหกล้ม การหลงลืม การย่ำคิดย้ำทำ การพูดเพ้อเจ้อ ฯลฯ กล่าวได้ว่าผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ แคมป์เบล⁽¹¹⁾ ที่ว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงความสุข ความพึงพอใจและความหวังของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้นและสอดคล้องกับแนวคิดของดาลก็และโรกี้⁽¹²⁾ ที่ว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจทั้งในเรื่องสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด เป้าหมายของชีวิต คุณค่าในตนเอง ความซึมเศร้า ตลอดจนสังคมและ

ครอบครัว คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ประสิทธิภาพหรือศักยภาพของตนเอง ในการทำหน้าที่สำหรับการดำเนินชีวิต สามารถควบคุมตนเองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรวมถึงความเจ็บป่วย และสอดคล้องกับโอเรม⁽¹³⁾ ที่ว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลโดยเชื่อว่าบุคคลสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตได้แม้จะมีความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 ด้านสุขภาพกายสุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดตัวแปรที่สำคัญ ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ และเกิดความสุขสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹⁴⁾ สรุปได้ดังนี้

สาเหตุแห่งความสุข ผู้สูงอายุได้แสดงความเห็นสอดคล้องกันว่ามาจากครอบครัวที่อบอุ่น ลักษณะพฤติกรรมที่พึงพอใจเช่น สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความสามัคคีต่อกันไม่ทะเลาะ แต่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ทำมาหากินโดยสุจริต ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ตอบสนองต่อความต้องการให้มากที่สุดการดูแลด้านร่างกายคือจัดหาอาหารตามหลักโภชนาการ การดูแลด้านจิตใจอารมณ์ความรู้สึกสถานการณ์นี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนลูกหรือผู้ดูแลหลักต้องใช้จิตวิทยา ค่อนข้างสูง เข้าถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ได้ ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเครียดด้วยเหตุใด ๆ ให้ความสำคัญเห็นคุณค่ายกย่องนับถือ

การไปทำบุญที่วัด ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นคล้ายกันว่า ทำบุญแล้วสบายใจมีความสุข นอนหลับดี จิตใจสงบ และยังได้

พบเพื่อนในวัยเดียวกัน ได้พูดคุยถามไถ่ทุกข์สุข มีผลให้คลายเหงาต้องการมีเงินไปทำบุญมาก ๆ จะได้เผื่อแผ่ไปยังคนที่เรารักแต่มีข้อจำกัดเรื่องสุขภาพและลูกหลานไม่ค่อยมีเวลาพาไป เป็นภาระทั้งไปรับไปส่งแต่ส่วนใหญ่ ลูกหลานยินดีสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำบุญที่วัด หรืองานบุญใหญ่ ฯลฯ ลูกหลาน เพื่อนบ้าน ชุมชน ยังให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุ ต้องการให้ร่างกายแข็งแรงคือสุขภาพดี แม้ว่าจะไม่เหมือนเดิม ขอเพียงให้ใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติ คือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยลดการพึ่งพาจากผู้อื่น จากร่างกายแข็งแรงจิตใจสมบูรณ์ไปด้วยเพราะกายและใจมีความสัมพันธ์กันทุกรายตอบว่าว่าการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเรื่องดีต่อสุขภาพของตนเอง ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมเพราะเป็นเรื่องการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกายส่วนใหญ่ ใช้วิธีการเดินช้า ๆ ช่วงตอนเช้า การทำผักสวนครัว ฯลฯ การเข้าร่วมอบรมสัมมนาได้รู้วิธีการกินอาหารที่ถูกต้อง อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่สะอาดบริสุทธิ์ ส่งผลให้อารมณ์ดี ไม่เครียด ช่วยให้ชีวิตเป็นสุข รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยร่วมบ้านกับบุตรหลาน และผู้ดูแลหลักคือบุตรหลานนั่นเอง สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุตอนต้นร่างกายยังแข็งแรงดี ทำกิจวัตรส่วนตัวได้ พึ่งพาลูกหลานบ้างเล็กน้อยเช่น พาไปโรงพยาบาลไปซื้อยา ไปทำบุญที่วัด เป็นต้น ผู้ดูแลที่เข้าใจความรู้สึก ความต้องการของผู้สูงอายุ ถือเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้มีผลต่อความพึงพอใจ ในชีวิตผู้ร่วมสนทนา ยังกล่าวว่าการมีธรรมะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ทำให้ชีวิตมีความสุข และปัจจุบันผู้สูงอายุพึงพอใจต่อความเป็นอยู่มาก

ความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลของภาครัฐภาคเอกชนและภาคชุมชน ในลักษณะเครือข่ายความช่วยเหลือโดยมีครอบครัวเป็นผู้ประสานความร่วมมือ ทุกรายตอบเป็นเสียงเดียวกันว่า พึงพอใจมากแล้ว สามารถช่วยให้ชีวิตมีความสุขขึ้น สอดคล้องกับ องค์การอนามัยโลก กล่าวว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบไปด้วย

1) ร่างกาย (Physical domain) เป็นการรับรู้ด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การมีสุขภาพร่างกายที่ดี ทำให้รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีสุขภาพดีย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคนผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เป็นโรคง่ายกว่าผู้อื่น เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมถอยลง หากผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ปรับตัวให้เหมาะกับภาวะสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเองบ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด จึงกล่าวได้ว่าปัญหาด้านร่างกายที่เกิดจากการเสื่อมถอย และจากการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะประเมินตนเองที่แตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้จึงเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตทั้งสิ้น ดังนั้นองค์ประกอบด้านร่างกายจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต

2) จิตใจ (Psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง อาจรับรู้ได้ทั้งทางบวกและทางลบที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง จิตใจจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต เพราะจิตใจผูกพันกับร่างกายอย่างใกล้ชิด หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพกาย ทำให้สูญเสียการทำงานก่อให้เกิดความเครียด สิ่งเหล่านี้จะรบกวนจิตใจ

และอารมณ์ ทำให้ขาดความสุข⁽¹⁵⁾ จึงกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายกระทบถึงจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ของแต่ละคน ถ้าผู้สูงอายุมีความมั่นคงเข้าใจตนเองและตอบสนองต่อภาวะต่าง ๆ ในทางที่ดีแก้ปัญหาและปรับสภาพจิตใจได้ ยอมรับความจริงย่อมทำให้มีความสุขได้ ดังนั้นปัจจัยต่าง ๆ จึงเป็นตัวทำนายภาวะจิตใจได้อาจมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อม จิตใจจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต

3) ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) เป็นการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตเช่นกัน เพราะมนุษย์ไม่สามารถอยู่คนเดียวในโลกได้ ต้องมีครอบครัว ชุมชน จึงทำให้ชีวิตมีความหมายมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะมีความสุข มีความพึงพอใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ขาดความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลอื่น

จึงกล่าวได้ว่าความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุมีทั้งครอบครัว บุตรหลาน เครือญาติ เพื่อนฝูง ความสัมพันธ์เป็นสิ่งดีต่อผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิต ดังนั้นความสัมพันธ์ทางสังคมจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต

4) สภาพแวดล้อม (Environmental domain) เป็นการรับรู้และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค สภาพแวดล้อมทางจิตเช่น การปกครอง สวัสดิการ การคมนาคม ตลอดจนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สภาพแวดล้อมได้รวมถึงความเจริญของท้องถิ่น เห็นได้จากความเป็นอยู่ เศรษฐกิจรายได้ ภาคได้นั้นเป็นสังคมเกษตรกรรม

จึงกล่าวได้ว่าสภาพแวดล้อมบางอย่างผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ดี แต่บางคนยากที่จะปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ เช่น สภาพแวดล้อมทางจิตสังคม (การปกครอง การคมนาคม สวัสดิการสังคม เป็นต้น) ดังนั้นสภาพแวดล้อมจึงผลต่อคุณภาพชีวิตส่วน ได้กล่าวว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิต มี 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น รับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง รับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง รับรู้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ความมั่นใจ รับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และสามารถจัดการกับความเศร้าหรือกังวล เป็นต้น

2) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence domain) คือการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน รับรู้ถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รับรู้ถึงความสามารถในการทำงานของตน ไม่ต้องพึ่งพาหรือการรักษาทางการแพทย์

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social-relationship domain) การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนกับผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในสังคม การรับรู้ว่าเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น รับรู้เรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) รับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น รู้ว่าตนมีชีวิตที่อิสระ มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต รับรู้ว่าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ปราศจากมลพิษ มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน

สถานบริการด้านสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ รับรู้ว่าตนมีโอกาสได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ รับรู้ว่าตนมีกิจกรรมยามว่าง เป็นต้น

5) ด้านความเชื่อส่วนตัว (Spiriatuality religion/person beliefs Domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตเช่นรับรู้ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางดี เอาชนะอุปสรรคได้ และสอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹⁶⁾ ซึ่งเป็นความผาสุกที่สามารถรับรู้ได้ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความผาสุกของร่างกาย (physical well-being) เป็นความรู้สึกร่างกายในการควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บปวดด้านร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

2) ด้านความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) เป็นวิธีที่จะเผชิญความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนในชีวิตที่เกิดขึ้น ในเรื่องของ การเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และการให้ทางเลือกของชีวิต

3) ด้านความผาสุกทางสังคม (Social well-being) เป็นความรู้สึกต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและบทบาททางสังคม

4) ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spirical well-being) ได้แก่ ความหวัง ความเชื่อของบุคคลทั้งในศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณของบุคคล

3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 และวิธีการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับที่ดีมาก รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุหมายถึงการดูแลโดยผู้ดูแลหลักโดยสมาชิกในครอบครัว และโดยความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จำนวน 12 ราย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวมี 9 ราย อาศัยอยู่ตามลำพัง 3 ราย และมี 2 รายที่ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลเล็กน้อยในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกนั้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทุกเรื่อง สอดคล้องกับแนวคิด⁽¹⁷⁾ กล่าวว่าหลักสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเองก็คือต้องให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุดและมีความสุขกายสบายใจ ในบั้นปลายของชีวิต ดังคำที่ว่า “เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน” การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเองหมายถึงจะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเองต่อผู้อื่นต่อชุมชน และต่อสังคมเพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับค้ำยกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวมสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจำนวน 3 ประการ ดังนี้⁽¹⁸⁾

1) การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและปัญญาโดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วยสุขภาพกายที่ดีสุขภาพจิตที่ดีสุขภาพทางสังคมที่ดีและสุขภาพทางปัญญาที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่างๆได้ตามที่สภาพร่างกายจิตใจและเวลาเอื้ออำนวยโดยหลัก 11 อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดีคืออาหารออกกำลังกาย อนามัยอุจจาระ/ปัสสาวะอากาศ (แสง) อาทิตย อารมณ์ อติเรกอนาคตอบอุ่นและอุบัติเหตุ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกันหรือการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เท่ากันโดยขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา

2) การร่วมแรงร่วมใจกันทำงานคือมีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่างๆ ตามอัตภาพโดยยังประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่นสมเป็นคนดีกล่าวคือต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิตควรจะหางาน อติเรกหรือกิจกรรมต่างๆทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นเช่น การอ่านเขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุต้องทำงานเพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุดและอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

3) มีความมั่นคงในชีวิต หมายถึง มีหลักประกันในชีวิตหรือความมั่นคง 3 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวันมีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจจะต้องรู้จักเก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเพื่อจะได้มีไว้ใช้อนาคต ทั้งยามปกติ ยามชรา

และยามเจ็บป่วย 2) ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สินคือสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัยไปไหนมาไหนไม่มีใครทำร้ายรวมไปถึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีมีที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัวบรรยากาศดีและมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นและ 3) ความมั่นคงในครอบครัวชุมชนและสิ่งแวดล้อมคือมีครอบครัวที่ดีอยู่ร่วมกันด้วยความร่มเย็นเป็นสุขเมื่อครอบครัวดีร่มเย็นเป็นสุขชุมชนก็จะดีร่มเย็นเป็นสุขเมื่อชุมชนดีร่มเย็นเป็นสุขประเทศชาติก็ดีร่มเย็นเป็นสุขเช่นกันรวมถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยและสอดคล้องกับแนวคิดของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้นำเสนอตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ซึ่งเป็นการถอดตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุโดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยามากกว่าการลอกเลียน ซึ่งพบว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพวิथाส่วนบุคคลการจัดการเรื่องยาก การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวการดูแลแผลกดทับ การจัดอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณโดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุดซึ่ง และสอดคล้องกับผลการวิจัย⁽²⁰⁾ พบว่า ครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือค่านิยมความกตัญญูกตเวทิตูแลเอาใจใส่บุพการีหรือผู้สูงอายุด้วยความเคารพรักเยื้อมเยียนพูดคุยและให้กำลังใจซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงาและมีความสุขได้

ระดับหนึ่งดังนั้นครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุม 5 มิติประกอบด้วย⁽²¹⁾

1. บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไปและกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ ติดเตียงซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ครอบคลุมทุกอย่างตั้งแต่เรื่องอาหารการกินแต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม เคลื่อนที่ภายในบ้าน และออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแลเนื่องจากมีภาระต้องทำมาหากินหรือมีธุระต้องทำรวมไปถึงการนอนเฝ้าเวลากลางคืน

2. บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ อาทิ ให้เงินใช้รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในบ้านเช่น ค่ากับข้าว ค่าน้ำค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาล หรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ สำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเช่น กระจกขาโต๊ะสำเร็จรูปเป็นต้น

3. บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุคือจัดเตรียม และทำอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

4. บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทยคือปรนนิบัติดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติยามเจ็บป่วยรวมไปถึงเยี่ยมเยียนพูดคุย และให้กำลังใจ

5. บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโดยการจัดบ้านสภาพแวดล้อมบรรยากาศทั้งในบ้านและรอบ ๆ บ้านจัดหาเครื่องมือ และวัสดุ

อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุแต่ก็พบว่าบางบ้านก็ยังมีการจัดบรรยากาศสถานที่และจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ความสะอาด ฝุ่นละออง

ข้อจำกัด หรือจุดอ่อนของการวิจัยนี้

1. ความซับซ้อนของเนื้อหาหรือปัญหาที่จะศึกษา
2. ความยากในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดเรื่องสายตา การอ่าน การได้ยิน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทางการศึกษา มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ น้อยกว่าเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองทางวิทยาศาสตร์

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ดูแลควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลภาวะทางกาย เศรษฐกิจ สังคม ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และจัดหลักสูตรความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุกับผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจ และนำลงสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ดูแลควรส่งเสริมและเอาใจใส่ด้านสุขภาพจิต ให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัย
3. ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ดูแลควรให้ความสำคัญด้านความต้องการของผู้สูงอายุ ควรจัดเรื่องราวให้เหมาะสมกับความต้องการ เช่น ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น เพื่อเป็นเครื่องสนับสนุนคุณภาพชีวิต

4. ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรจัดหาอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุตอนต้น เพื่อให้มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของแต่ละคน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจ และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

5. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 เท่านั้น จึงควรศึกษาขยายผลให้ครอบคลุมทั้งประเทศ ทั้งในเขต และนอกเขตเทศบาล เพื่อเป็นตัวแทนที่ดี และเหมาะสมต่อไป

6. ควรศึกษาปัจจัยให้หลากหลายมากขึ้น เช่น อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บ้านที่อยู่อาศัย รายได้ของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

7. ควรศึกษาความพึงพอใจที่ได้รับสวัสดิการจากภาครัฐ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนดำเนินกิจกรรมของภาครัฐ เพื่อพัฒนาให้เหมาะสมต่อไป

8. ควรศึกษาเจตคติของกลุ่มประชากรวัยต่าง ๆ เช่น วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนปลาย เพื่อนำผลไปให้ความรู้ และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรประยุกต์การวิจัยแบบ Quasi-experimental research เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรมีการวิจัยที่ประยุกต์ใช้หลักทฤษฎีคุณภาพด้านสุขภาพในชุมชน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

นเรศน์ จิตินันท์วิวัฒน์ และ จุฬาลักษณ์ จิตินันท์วิวัฒน์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของ เขตสุขภาพที่ 3. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563; 5(2): หน้า 60-77.

Suggested citation for this article

Thitinunthiwat N., Thitinantiwat C. Factors affecting the quality of life of the elderly in urban areas of the 3rd Regional Health. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2020; 5(2): page 60-77.

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547.** สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2550.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **เอกสารประกอบการระดมความคิดเห็น ทิศทางของแผนฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) [อินเทอร์เน็ต].** [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nesdb.go.th//Default.aspx?tabid=535>
3. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย.** กรุงเทพมหานคร: สวัสดิการสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. 2540.
4. ศิริวรรณ ศิริบุญ. **การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีตัวอย่างการจัดตั้งศูนย์การทางสังคมของผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2543.
5. วรเดช จันทรร. **ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: พรักหวานกราฟฟิค. 2551.
6. นันทิญา อังกินันท์. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย.** ปริญญานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาไทยศึกษา โครงการบัณฑิตศึกษา สถาบันราชภัฏธนบุรี. 2545.
7. จิราพร เกศพิชญพัฒนา และคณะ. **ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ.** วารสารสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรุงเทพมหานคร. 2543; 2(4):36 – 41.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **คุณภาพชีวิตคนไทย.** กรุงเทพมหานคร. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2547.
9. ปัญญภัทร ภัทรกัณทาภูมิ. **การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ** **วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2544.
10. รุจา ภูไพบูลย์. **การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร : วีเจ พรินต์ติ้ง. 2541.
11. Campbell, A. **Subjective measures of Well-being.** American Psychologist, 31;1976; 117- 124.
12. Oakley, P. **Approaches To Participation In Rual Development.** Geneva : Internation Office, 1984.
13. Orem, D. E. **Nursing : Concepts of practice.** (4th ed.) St. Louis C.V. Mosby, 1985.
14. วรณา กุมารจันทร์. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2543.

15. Koufman , H. F. **Paticipation Organized Activities in Selected Kentucky Localities .** Agricultural Experiment Station Bulletins. March ,1949.
16. Ferrel B. A. et al. (1995). **Quality of life in long-term cancer survivors.** On cology Nursing Forum, 22(6), 915-922.
17. ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล. **กลไกการบริหารระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทย.** ชุดโครงการวิจัยและพัฒนานโยบายระบบสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ คุณภาพชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nu.ac.th>
18. สมโภชน์ อเนกสุข และกชกร สังขชาติ. **รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรี.** วารสารศึกษาศาสตร์ 2548; 17(1): 95-107.
19. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. **ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย.** กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2552.
20. สุพัตรา ถิ่อมั่น. **ปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลย่านยาว จังหวัดสุโขทัย.** กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2547.
21. อัจฉรา รักษ์ติธรรม และกฤษฎา บุญชัย. **นโยบายแก้ไขปัญหาคความยากจนของรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ.** ประเทศไทย. 2552.

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วย ในของโรงพยาบาลแก่งคอย

The Effectiveness of Active Risk Management Model for Sepsis Surveillance of Inpatient Department of Kaeng Khoi Hospital

วีรยา ด่านเสนา¹, ยอดชาย สุวรรณวงษ์²

¹โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี, ²สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี

Veeraya DanSena¹, Yodchai Suwannawong²

¹Kaeng Khoi District Hospital, Saraburi Province

²Saraburi Provincial Public Health Office

Received 28 Nov 2020, Revised 15 Dec 2020, Accepted 30 Dec 2020

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแก่งคอย เจาะจงเลือกอาสาสมัครการวิจัยจากสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแก่งคอย จำนวน 84 คน เข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 3 เดือน (กันยายน – พฤศจิกายน 2563) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต แบบสอบถาม และข้อมูลอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยใน ระหว่างปี 2560-2563 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ (paired t-test)

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง คัดกรอง ดูแลรักษาผู้ป่วยเสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยในหลังการใช้รูปแบบฯ ลดลงก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 12.37

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก, ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต, โรงพยาบาลแก่งคอย

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research (One-Group Pretest-Posttest Design) was to study the effect of Active Risk Management Model for Sepsis Surveillance of Inpatient Department of Kaeng Khoi Hospital. The 84 Multidisciplinary health Workers of Kaeng Khoi Hospital which were selected by purposive sampling and the research volunteers received the activity of the Model and conducted for 3 months (September - November 2020). The instruments used in this research were the active Risk Management Model for Sepsis Surveillance, the Sepsis Surveillance Questionnaire, and the data report on Sepsis rate of Inpatient Department of Kaeng Khoi Hospital during 2017-2020. The data were analyzed using percentage, mean, and paired t-test.

The research findings showed that the mean scores of Knowledge on Sepsis Surveillance and the Sepsis Surveillance behavior was significantly higher than that before developing in the Active Risk Management Model at the statistical level of 0.05 and an incidence rates for sepsis hospitalizations was lower than that before developing in the Active Risk Management Model at 12.37 percent.

Keywords : Active Risk Management Model, Sepsis Surveillance, Kaeng Khoi Hospital

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นผลจากการติดเชื้อและเกิดกระบวนการอักเสบขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่องทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงเนื่องจากผู้ป่วยจะมีภาวะล้มเหลวในหลายระบบ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมาก ถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลก⁽¹⁾ ซึ่งในปี 2560 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามีผู้ป่วยจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตจำนวน 48.9 ล้านราย และเสียชีวิตจากการติดเชื้อแบคทีเรีย 11 ล้านรายทั่วโลกซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตทั่วโลก⁽²⁾ และส่งผลให้เกิดทุพพลภาพรวมถึงอัตราการตายที่สูงมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ (65-84 ปี)

และมีโรคประจำตัวหลายโรค แม้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดีภายในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีความพร้อมสูงมาก (advance critical care) แต่ก็ยังพบอัตราการตายที่สูงถึงร้อยละ 30 ถึง 40 ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนาหรือมีรายได้ต่อหัวของประชากรที่ต่ำ⁽³⁾ พบว่ามีอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) สูงถึงร้อยละ 60 แม้ว่าปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อ คือ มียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง ดังจะเห็นได้จากรายงานวิจัย

ของต่างประเทศ⁽⁴⁾ พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต 77 รายต่อแสนประชากรในประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ และ 240 รายต่อแสนประชากร ในประเทศสหรัฐอเมริกา รวมทั้งพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30.8-62.5

ติดเชื้อในกระแสเลือดประเทศไทย มีรายงานสถานการณ์ความรุนแรงของการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁵⁾ ระบุว่าในปี 2561 โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย โดยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปีที่ผ่านมา และยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต ประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด 1 รายเกิดขึ้นทุก ๆ 3 นาที และมีผู้ป่วยโรคเสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง และพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 5 อันดับโรคแรกของปี พ.ศ. 2559 และ 2560⁽⁶⁾ เนื่องจากปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ การได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า การได้รับการรักษา นอกเหนือผู้ป่วยวิกฤต การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 3 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยได้รับยาปฏิชีวนะไม่เพียงพอและการมีภาวะล้มเหลวหลายระบบ ซึ่งปัจจุบันมีการกำหนดเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เน้นกระบวนการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early detection) ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจน มีการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและรวดเร็วภายในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง แต่เริ่มตรวจพบโรงพยาบาลแก่งคอย

เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อุตสาหกรรม และในแต่ละปีมีผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก ดังนั้นโรงพยาบาลแก่งคอยจึงให้ความสำคัญกับมาตรการความปลอดภัยจากบริการทางการแพทย์ เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล โดยการพัฒนาและนำแนวทางในการเฝ้าระวังและดูแลรักษาเบื้องต้นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis Severe sepsis and Septic shock)⁽⁷⁾ เข้าสู่ระบบบริการและนำเสนอเป็นแนวทางการปฏิบัติของของโรงพยาบาล ตลอดจนการนำแนวทางการประเมิน SOS score มาช่วยในการประเมินและค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในระยะเริ่มต้นเพื่อลดอัตราการติดเชื้อและเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามียุทธศาสตร์ส่วนหนึ่งได้สะท้อนถึงปัญหาจากแนวทางการปฏิบัติที่ค่อนข้างซับซ้อนจากการขาดทักษะและความชำนาญในการใช้เครื่องมือและขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบระหว่างหน่วยบริการ และขาดการติดตามสังเกตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต อีกทั้งจากข้อมูลอุบัติการณ์เกิดโรคติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในระหว่างปี 2559 – 2561 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 127, 130, และ 186 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตเสียชีวิต จำนวน 4, 2 และ 12 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิตจำนวนสูงขึ้นในทุกปี

จากปัญหาดังกล่าว หากได้มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาและพัฒนางานเพื่อลดช่องว่างที่เป็นอุปสรรคและป้องกันความเสี่ยงจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยง (Risk management) และการปฏิบัติงานเชิงรุก (Active Operation) ผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA ของ William Edwards Deming⁽⁸⁾ โดยพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลแก่งคอย ซึ่งเป็นกระบวนการในการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะของบุคลากร และแก้ไขจุดอ่อนของเครื่องมือการคัดกรองที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการใช้งาน ตลอดจนทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานของสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์ตั้งแต่ขั้นตอนการมารับผู้ป่วย จนถึงการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการดูแลรักษา ต่อในแผนกผู้ป่วยใน และนำรูปแบบฯ เชื่อมกับมาตรฐานของระบบบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาล เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลแก่งคอย และนำเสนอผลการวิจัยเพื่อเป็นองค์ความรู้สำหรับพัฒนาเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)⁽⁹⁾ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2563 โดยการวิจัยครั้งนี้

ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่โครงการวิจัย EC 039/2563 เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2563

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครการวิจัย คือ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักรังสีวิทยา พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และแพทย์ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแก่งคอย จำนวน 84 คน จากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 100 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วยความพร้อมและสมัครใจยินดีเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบฯ ในทุกขั้นตอนจนเสร็จสิ้นโครงการวิจัย และข้อมูลอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยหลังจากการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลแก่งคอย ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน ในปี 2560-2563 จากฐานข้อมูล HDC โรงพยาบาลแก่งคอย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ โดยแบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแก่งคอย โดยเป็นกระบวนการพัฒนามาตามขั้นตอนของการบริหารงานเชิงคุณภาพแบบ PDCA ด้วยการวางแผนและกำหนดวิธีการ (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Do)

การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุง (Act) เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะของบุคลากร และแก้ไขจุดอ่อนของเครื่องมือการคัดกรองที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการใช้งาน ตลอดจนทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานและการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์ตั้งแต่ขั้นตอนแรก รับผู้ป่วยจนถึงการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน โดยดำเนินการตามวงจรต่อเนื่องเป็นเวลา 2 เดือน (รายละเอียดดังรูปที่ 1) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

1. ด้านระบบบริการ
 - ทบทวนแนวทางการปฏิบัติ (วิธี AAR: After Action Review)
 - วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง (วิธี SWOT Analysis)
2. ด้านบุคลากร
 - ค้นหาความต้องการพัฒนา (วิธี Training Need)
 - ประเมินความรู้ทักษะบุคลากร
3. ด้านทรัพยากร
 - ความพร้อมและความเพียงพอเครื่องมือ
 - ความพร้อมด้านเทคโนโลยี
4. ด้านนโยบายองค์กร
 - การทบทวนนโยบาย

ขั้นตอนการปฏิบัติ/การพัฒนางาน (DO)

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Competency)
 - การบรรยายภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง
 - การฝึกปฏิบัติด้วยสถานการณ์จำลอง 3 ชั่วโมง
 - การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning)
 - ฝึกทักษะการใช้แบบประเมินผู้ป่วย
2. ด้านการพัฒนาหรือปรับปรุงแนวทางการประเมินผู้ป่วย
 - การประเมินปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติ
 - การปรับปรุงรูปแบบ/แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล
3. ด้านการสื่อสารความรู้ระหว่างบุคลากร-ผู้ป่วย
 - การใช้สื่อชุดความรู้ และสื่อบุคคล
4. ด้านการสร้างทีมงาน Sepsis Smart Team
 - ผู้แทนจากสหสาขาวิชาชีพ

รูปแบบ
การจัดการความเสี่ยง
เชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวัง
ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต
ของแผนกผู้ป่วยใน
ของโรงพยาบาลแก่งคอย

ขั้นตอนด้านการพัฒนา (Act)

- การสรุปผลการปฏิบัติงาน 1 เดือน (วิธี AAR: After Action Review)
- การจัดทำเป็นชุดข้อมูลองค์ความรู้ในการจัดการความรู้ (KM)
- การนำปัญหาที่พบจากการดำเนินงานแก้ไขหรือพัฒนางานด้วยกระบวนการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

- การสะท้อนข้อมูลการดำเนินงานของหน่วยงาน/แผนกที่เกี่ยวข้อง
- การประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงาน/แผนกที่เกี่ยวข้อง

1) ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

ขั้นตอนการวางแผนของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลแก่งคอย เป็นขั้นตอนการเตรียมการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยใน โดยดำเนินการวางแผนใน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1. ด้านระบบบริการ 2. ด้านบุคลากร 3. ด้านทรัพยากร และ 4. ด้านนโยบายองค์กร โดยดำเนินการดังนี้

(1) ด้านระบบบริการ

- ทบทวนแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลแก่งคอย โดยการจัดประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักรังสีวิทยา พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และแพทย์ และใช้แนวคิด AAR: After Action Review⁽¹⁰⁾ เป็นเครื่องมือในการสะท้อนผลการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลแก่งคอย โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง และสรุปประเด็นที่ส่งผลต่อความสำเร็จและประเด็นที่เป็นอุปสรรคและยังไม่สำเร็จในการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลแก่งคอย

- วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตของหน่วยบริการในแผนกต่าง ๆ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกห้องปฏิบัติการและห้องเอกซเรย์ และแผนก

ผู้ป่วยใน โดยใช้วิธีการประชุมบุคลากรในแต่ละแผนก โดยนำหลักการวิเคราะห์ SWOT Analysis⁽¹¹⁾ เพื่อให้เห็นถึงจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และอุปสรรคของแผนกต่อการดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตในแผนกของตนเอง ตลอดจนการส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูลของแต่ละแผนก และสรุปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการจัดการจุดอ่อน และป้องกันอุปสรรคที่เป็นปัญหา

(2) ด้านบุคลากร

- การค้นหาความต้องการพัฒนาด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักรังสีวิทยา พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และแพทย์ โดยการใช้การสนทนากลุ่มประเด็นความต้องการพัฒนา (Training Need) ด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิต

- ทบทวนประเมินความรู้ ทักษะที่จำเป็นของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตของบุคลากร ด้วยการใช้แบบทดสอบความรู้ ทักษะด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิต เพื่อประเมินความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร

(3) ด้านทรัพยากร

- ทบทวนความพร้อมและความเพียงพอของทรัพยากรต่าง ๆ เช่น อัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิต

- ทบทวนความพร้อมด้านเทคโนโลยีสนับสนุนการดำเนินการเฝ้าระวังภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิต ด้วยการสำรวจอุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัยภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิต

(4) ด้านนโยบายองค์กร

- การทบทวนนโยบายและพัฒนาแนวนโยบายองค์กรด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตในโรงพยาบาล ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องในเชิงสนับสนุนของนโยบายของโรงพยาบาลต่อการพัฒนางานด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตในโรงพยาบาล

2) ขั้นตอนการปฏิบัติ/การพัฒนางาน (DO) ขั้นตอนการปฏิบัติหรือการพัฒนางานของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแก่งคอย เป็นขั้นตอนในการพัฒนาเพื่อจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยใน โดยในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Competency)

การอบรมความรู้และแนวทางการปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิต ด้วยวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย

- การบรรยายภาคทฤษฎีเนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญความหมาย

ของการติดเชื้อในกระแสโลหิต การประเมินและการวินิจฉัย การรักษาตามแนวทางปฏิบัติ (Bundle of Care for Sepsis) และการส่งต่อ จำนวน 3 ชั่วโมง

- การฝึกปฏิบัติด้วยสถานการณ์จำลอง ด้วยการฝึกประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และการติดตามประเมินการรักษา จำนวน 3 ชั่วโมง

- การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning) ผ่านสื่อและคู่มือการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

- ฝึกทักษะการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยใช้แบบประเมิน SOS Score และ qSOFA Score

การพัฒนาหรือปรับปรุงแนวทางการประเมินผู้ป่วย

- การประเมินปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติตามแนวทางประเมินผู้ป่วยภาวะติดเชื้อด้วยเครื่องมือ SOS Score และ qSOFA Score และปรับปรุงให้เครื่องมือง่ายต่อความเข้าใจในด้านภาษาและความสะดวกในการใช้งาน

- การปรับปรุงรูปแบบหรือแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล Search out Severity เฝ้าระวังอาการผู้ป่วยที่ทรุดลงในหอผู้ป่วยใน

- การสื่อสารความรู้ โดยการสื่อสารข้อความความรู้การสังเกตอาการและความผิดปกติทางกายเบื้องต้นภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตให้กับผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลผ่านเสียงตามสายและแผ่นพับเอกสาร และการให้คำแนะนำโดยบุคลากร

ผู้ให้บริการ

- การสร้างทีมงาน โดยการสร้างทีมงาน/เครือข่ายแบบบูรณาการ Sepsis Smart Team โดยการจัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ โดยมีหน้าที่ในการกระตุ้นเตือนให้มีการประเมินความเสี่ยงภาวะติดเชื้อผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การประเมินติดตามและการรายงานผลการนำเสนอผลงานต่อหน่วยงานย่อยที่เกี่ยวข้อง

3) ขั้นตอนการตรวจสอบ

(Check) เป็นขั้นตอนการสะท้อนและประเมินผลการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลแก่งคอย ด้วยการนำเสนอข้อมูลของหน่วยแรกเริ่ม, การตรวจรักษาผู้ป่วยนอก, การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา, การดูแลรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจสอบ (Check List) ตามข้อกำหนดแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และการบันทึกข้อมูลที่ย่อยต่อการรายงานผล

4) ขั้นตอนด้านการพัฒนา(Act)

เป็นขั้นตอนของการถอดบทเรียนการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลแก่งคอย ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- การสรุปผลการปฏิบัติ

งานด้วยเทคนิค AAR: After Action Review เป็นเครื่องมือในการสะท้อนความสำเร็จและปัญหาของการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง คัดกรอง และการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หลังการดำเนินงาน 1 ครั้งต่อเดือน

- การจัดทำเป็นชุดข้อมูล

องค์ความรู้ในการจัดการความรู้ (KM) ของหน่วยงานย่อยในการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

- การนำปัญหาที่พบจาก

การดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดค้นหาแนวทางการแก้ไขหรือพัฒนางานด้วยการนำเข้าสู่กระบวนการศึกษาวิจัย

1.2 เครื่องมือสำหรับใช้ในการ

ดำเนินกิจกรรมของรูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) แบบฟอร์มทบทวนแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลแก่งคอย AAR: After Action Review (ประเด็นที่ส่งผลต่อความสำเร็จและประเด็นที่เป็นอุปสรรคและยังไม่สำเร็จ) 2) แบบฟอร์มวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตของหน่วยบริการในในการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลแก่งคอย และ 3) ร่างประเด็นการสนทนากลุ่มความต้องการของบุคลากรต่อการพัฒนาด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตของบุคลากร 4) คู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 5) แบบประเมินการติดเชื้อในกระแสโลหิต SOS Score และ qSOFA

Score และ 5) อุปกรณ์ในการนำเสนอและถ่ายทอดความรู้ เช่น เครื่องฉายโปรเจคเตอร์, กระดาษฟลิปชาร์ต, ปากกาเคมี เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพต่อการปฏิบัติด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยใน ของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแก่งคอย จำนวน 55 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิต แบบเลือกตอบถูก (1 คะแนน) และตอบผิด (0 คะแนน) จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิต 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และน้อยครั้ง (1 คะแนน) จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 1 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธี IOC และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาค (Cronbach) ที่ระดับ .89

2.2 แบบบันทึกอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยหลังการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลแก่งคอย ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน ในปี 2560-2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความรู้ ข้อมูลพฤติกรรมการปฏิบัติในการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในแผนกผู้ป่วยใน ของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพของ

โรงพยาบาลแก่งคอย และข้อมูลอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลแก่งคอย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ เพื่อหาค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$), และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร ได้แก่ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพต่อการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในแผนกผู้ป่วยใน ของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแก่งคอย

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ

อาสาสมัครการวิจัยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.62 และเพศชาย ร้อยละ 27.38 อายุเฉลี่ย 45.19 ปี โดยอายุมากที่สุดเท่ากับ 58 ปี และอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 31 ปี และร้อยละ 77.38 เป็นพยาบาลวิชาชีพ และส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นข้าราชการ ร้อยละ 63.09 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 18.37 ปี โดยมากที่สุด 36 ปี น้อยที่สุด 2 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง ร้อยละ 82.14 โดยปฏิบัติงานในงานหอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 50.00, 32.14, และ 17.85 ตามลำดับ โดยร้อยละ 63.09 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วย และร้อยละ 58.33 เคยอบรม/ประชุมพัฒนาความรู้ ทักษะด้านการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ และการดูแลผู้ป่วยวิกฤติภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต คิดเป็นร้อยละ 100.00 และ 63.26 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลแก่งคอย

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ

ก่อนการทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ อาสาสมัครการวิจัยตอบคำถามความรู้ภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตถูกต้องมากที่สุด คือ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องมีกระบวนการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ไวและแม่นยำ (Early Detection & Accuracy) ร้อยละ 91.67 และตอบถูกน้อยที่สุด คือ ผู้ป่วยที่มี

ภาวะผิดปกติความสมดุลกรดและด่างของสารน้ำในร่างกาย (metabolic acidosis) และหาสาเหตุไม่ได้ และผู้ป่วยอาจไม่มีไข้ สามารถเป็นผู้ป่วยในกลุ่มสงสัย sepsis ได้เช่นกัน ร้อยละ 55.59 และหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ คำถามที่ตอบถูกต้องมากที่สุด คือ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องมีกระบวนการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ไวและแม่นยำและข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นหน้าที่หลักของแพทย์และพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้น ร้อยละ 92.86 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละความรู้ เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ถูกต้องก่อนและหลังทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกฯ

มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ถูกต้อง	ก่อนใช้ฯ	หลังใช้ฯ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความหมายและความสำคัญ		
1. Sepsis คือ ภาวะที่มีการทำงานผิดปกติของอวัยวะจนเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการควบคุมการตอบสนองของร่างกายจากการติดเชื้อ	62 (73.81)	79 (94.05)
2. เมื่อร่างกายมีเชื้อ bacteria เข้าไปในกระแสเลือด ทำให้ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้ออย่างผิดปกติ จนเกิดการทำลายระบบต่าง ๆ ของร่างกายเอง เรียกว่ามี organ dysfunctionเมื่อนั้นเราจะเรียกว่าผู้ป่วยเกิดภาวะ sepsis	66 (78.57)	80 (95.24)
3. ภาวะ sepsis เป็นภาวะหนึ่งที่เรพพบได้บ่อยมากในโรงพยาบาลและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ	77 (91.67)	82 (97.62)
4. Septic shock เป็นภาวะ sepsis ที่มีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดและเมตาบอลิซึมที่รุนแรงการประเมินภาวะ Sepsis	61 (72.62)	79 (94.05)

มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ถูกต้อง	ก่อนใช้ฯ	หลังใช้ฯ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การประเมินภาวะ Sepsis		
5. ในระบบ SIRS ผู้ป่วยที่มี Body Temperature > 38°C or < 36°C และ Heart rate > 80beats/min เป็นผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ	53 (63.10)	78 (92.86)
6. ภาวะ Severe sepsis คือ ผู้ป่วย Sepsis ที่เกิดภาวะ Tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction โดยอาจที่มีหรือไม่มีภาวะ hypotension โดยมีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง	52 (61.90)	80 (95.24)
7. ภาวะ Septic shock คือผู้ป่วย Sepsis ที่ยังคงมี SBP 40 mmHg หรือ MAP > 70 mmHg แม้ว่าผู้ป่วยได้รับ fluid resuscitation อย่างเพียงพอแล้ว	55 (65.48)	81 (96.43)
8. ผู้ป่วยที่มี Metabolic acidosis และหาสาเหตุไม่ได้ และผู้ป่วยอาจไม่มีไข้ สามารถเป็นผู้ป่วยในกลุ่มสงสัย sepsis ได้เช่นกัน	47 (55.95)	79 (94.05)
9. ผู้ป่วยมีภาวะ sepsis ในปัจจุบันจะใช้ SIRS อย่างเดียวไม่เพียงพอแล้ว เพราะผู้ป่วยหลายรายที่มี SIRS ครบ 2 ข้อ ไม่ได้เป็น sepsis และบางรายที่มี SIRS ไม่ครบ 2 ข้อ แต่สามารถเป็น sepsis ได้เช่นกัน	49 (58.33)	80 (95.24)
10. quick SOFA วิธีการหนึ่งที่น่าสนใจใช้คัดกรองหาผู้ที่อาจจะมี sepsis ซึ่งจะช่วยให้สามารถ identify ผู้ที่มีภาวะ sepsis ให้ได้อย่างรวดเร็วเพื่อที่จะได้เริ่มต้นการรักษาที่เหมาะสมได้	62 (73.81)	82 (97.62)
11. SOFA score มีการเปลี่ยนแปลงโดยมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 คะแนนจะบ่งบอกว่าผู้ป่วยมี organ dysfunction เป็น sepsis	55 (65.48)	82 (97.62)
12. ประวัติการตรวจร่างกาย หรือ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ที่เข้าได้กับภาวะติดเชื้อ เมื่อพบผู้ป่วยมี Systemic infection กรณีไม่สามารถระบุวิยวะที่มีการติดเชื้อหรือมีอาการแสดงพร้อมกันหลายระบบ	54 (64.29)	78 (92.86)
การเฝ้าระวัง/คัดกรองภาวะเสี่ยง Sepsis		
13. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลควรได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือ SOS Score ร่วมกับ qSOFA Score ตั้งแต่แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	68 (80.95)	82 (97.62)

มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ถูกต้อง	ก่อนใช้ฯ	หลังใช้ฯ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
14. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องมีกระบวนการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกทันท่วงทีและแม่นยำ (Early Detection & Accuracy)	77 (91.67)	83 (98.81)
15. การค้นหาและประเมิน(คัดกรอง) คือจุดเน้นสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis ของผู้ป่วย	75 (89.29)	82 (97.62)
16. การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นหน้าที่หลักของแพทย์และพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้น	69 (82.14)	78 (92.86)
17. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในหอผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องประเมินภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตทุกคน ควรประเมินเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้หรือสงสัยว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อเท่านั้น	67 (79.76)	79 (94.05)
แนวทางการดูแลรักษา		
18. ความพร้อมด้านยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์สนับสนุนเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญในการลดภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย	65 (77.38)	79 (94.05)
19. หลักสำคัญในการรักษา คือ การรีบวินิจฉัยให้ได้อย่างรวดเร็ว ด้วยการคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ	68 (80.95)	80 (95.24)
20. การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การสังเกตสัญญาณอาการแสดงต่าง ๆ ของการติดเชื้อและอาการอื่น ๆ ที่อาจแสดงถึงการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ มีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis	71 (84.52)	82 (97.62)
21. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปดูแลแบบใกล้ชิดทันเวลาเป็นการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและเหมาะสม	73 (86.90)	81 (96.43)
22. สิ่งสำคัญอันดับแรกที่เราจะต้องคิดถึง คือการตรวจหาว่ามีการติดเชื้อหรือไม่เนื่องจากภาวะ sepsis เป็นสิ่งที่เกิดตามหลังการติดเชื้อ	65 (77.38)	80 (95.24)
23. พยาบาลในแผนกผู้ป่วยในไม่จำเป็นต้องมีทักษะการใช้เครื่องมือ SOS Score และ qSOFA Score เท่ากับพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	68 (80.95)	82 (97.62)
24. บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกและประเมิน SOS score อาจไม่จำเป็นต้องทำในกรณีของการ รักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ห้องฉุกเฉิน	65 (77.38)	79 (94.05)

มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ถูกต้อง	ก่อนใช้ฯ	หลังใช้ฯ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
25. ควรมีการปรับปรุง เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ severe sepsis เสมอ เพื่อผลในการรักษาที่ดีขึ้น	67 (79.76)	79 (94.05)
26. การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้นการปฏิบัติงานให้ครบ (sepsis bundles) เป็นหน้าที่เฉพาะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน	71 (84.52)	81 (96.43)
27. หลักการรักษา septic shock ประกอบด้วย ส่วนสำคัญ 3 อย่าง คือ การให้ยาปฏิชีวนะและควบคุมแหล่งการติดเชื้อ, การรักษาระบบไหลเวียนเลือดให้ปกติ และให้การรักษาเสริมอื่น ๆ	63 (75.00)	80 (95.24)
28. การให้ยาปฏิชีวนะในรูปฉีดทางกระแสเลือด ควรให้ภายหลัง 1 ชั่วโมง ตั้งแต่วินิจฉัยภาวะ septic shock	61 (72.62)	79 (94.05)
29. การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพโดยมีการเชื่อมโยงแผนการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปถึงหอผู้ป่วยจะช่วยลดความรุนแรงและอันตรายจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	73 (86.90)	80 (95.24)
30. ระยะเวลาการที่รักษาที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่าง 7-10 วัน แต่หากผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาช้า หรือมีตำแหน่งการติดเชื้อที่ไม่สามารถระบายออกได้จะพิจารณาให้การรักษาในระยะเวลาที่นานกว่า 7-10 วัน	72 (85.71)	81 (96.43)

หลังการทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ อาสาสมัครการวิจัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น และระดับความรู้ เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสูงกว่าก่อนทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ โดยก่อนทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ อาสาสมัคร

การวิจัยมีระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.38 ($\bar{x}$ = 21.75, S.D. = 3.41) และหลังการทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ พบว่า อาสาสมัครการวิจัยมีระดับความรู้ เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ระดับสูง ร้อยละ 60.71 ($\bar{x}$ = 25.27, S.D. = 2.01) ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละระดับความรู้ เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของอาสาสมัครการวิจัย ก่อนและหลังทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกฯ

ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อ ในกระแสโลหิต (n = 84)	ก่อนการใช้รูปแบบฯ			หลังการใช้รูปแบบฯ		
	คะแนน	จำนวน	(ร้อยละ)	คะแนน	จำนวน	(ร้อยละ)
ระดับสูง ($\bar{x}$ +S.D.)	26 - 30	29	(34.52)	28 - 30	51	(60.72)
ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ + S.D.)	20 - 25	44	(52.38)	25 - 27	27	(32.14)
ระดับต่ำ ($\bar{x}$ -S.D.)	0 - 19	11	(13.10)	0 - 24	6	(7.14)
**ก่อนใช้รูปแบบฯ ($\bar{x}$ = 21.75), (S.D. = 3.41)						
**หลังใช้รูปแบบฯ ($\bar{x}$ = 25.27), (S.D. = 2.01)						
ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	ปานกลาง			ระดับสูง		

**เกณฑ์จัดระดับความรู้แบบอิงกลุ่มโดยพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่ม

2. ด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังภาวะ เสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตของสหสาขา วิชาชีพก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ

ก่อนการทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ พฤติกรรมการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบริการทางการแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CPG) ตามลำดับขั้นตอนอย่างเคร่งครัด และต่ำที่สุดคือ กรณีเกิดผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

หลังการเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนวทางการแก้ไข หลังทดลองใช้รูปแบบฯ พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ แพทย์สามารถวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และต่ำที่สุดคือ โรงพยาบาลสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือด รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกาเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตของอาสาสมัครการวิจัยก่อนและหลังทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกฯ

พฤติกรรมกาเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิต	ก่อนใช้รูปแบบฯ		หลังใช้รูปแบบฯ	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิมากกว่า 38°C ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลทุกคน ได้รับการตรวจประเมินคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อด้วย SOS Score	1.97	0.74	2.83	0.85
2. ผู้ป่วยที่มาตรวจเบื้องต้นเองที่ห้องฉุกเฉินได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบบง่ายด้วย qSOFA	2.01	0.14	2.77	0.71
3. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ได้รับการติดตามเฝ้าระวังและประเมินภาวะเสี่ยงการติดเชื้อไปอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยหายกลับบ้าน	2.13	0.42	2.81	0.41
4. บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบริการทางการแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CPG) ตามลำดับขั้นตอนอย่างเคร่งครัด	2.27	0.84	2.86	0.11
5. แพทย์สามารถวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างถูกต้องแม่นยำ	2.32	0.44	2.89	0.47
6. เมื่อพบผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในโรงพยาบาลแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถให้การรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว	2.31	0.74	2.77	0.74
7. กรณีเกิดผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนวทางการแก้ไข	1.71	0.77	2.87	0.71
8. บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมให้ใช้เครื่องมือการประเมินภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิต เช่น SOS Score SOFA Score หรือ qSOFA Score	1.77	0.41	2.71	0.84
9. ท่านมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิต (CPG) ก่อนการปฏิบัติงานหรือให้บริการ	1.86	0.84	2.78	0.47
10. ในแผนกมีการวิเคราะห์ SWOT Analysis เพื่อพัฒนางานด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1.81	0.87	2.74	0.19
11. โรงพยาบาลสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือด	2.22	0.74	2.66	0.41
12. ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการสะท้อนและประเมินผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตต่อผู้บริหารเมื่อมีผู้ป่วยติดเชื้อเกิดขึ้น	2.12	0.17	2.78	0.85

พฤติกรรมการณ์เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิต	ก่อนใช้รูปแบบฯ		หลังใช้รูปแบบฯ	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
13. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสโลหิตจะได้รับการให้ antibiotics ให้เร็วที่สุด ภายใน 1 ชั่วโมง	2.75	0.84	2.89	0.25
14. ในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในโรงพยาบาลจะมีการบันทึกข้อมูลตามแนวทางปฏิบัติ (Bundle of Care for Sepsis)	2.41	0.77	2.95	0.14
15. ในการวินิจฉัยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด และ/หรือ ส่งตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อหาแหล่งของการติดเชื้อ	2.11	0.17	2.49	0.74

หลังการทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ อาสาสมัครการวิจัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการณ์เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตสูงกว่าก่อนทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ โดยก่อนทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ อาสาสมัครการวิจัยมีพฤติกรรมการณ์เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติด

เชื้อในกระแสโลหิตระดับปานกลาง ร้อยละ 45.24 ($\bar{x}$ = 8.13, S.D. = 2.92) หลังการทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ พบว่า อาสาสมัครการวิจัยมีพฤติกรรมการณ์เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตระดับสูง ร้อยละ 52.38 ($\bar{x}$ = 10.25, S.D. = 2.45) ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละระดับพฤติกรรมการณ์เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตของอาสาสมัครการวิจัยก่อนและหลังทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกฯ

พฤติกรรมการณ์เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิต (n = 84)	ก่อนการใช้รูปแบบฯ			หลังการใช้รูปแบบฯ		
	คะแนน	จำนวน	(ร้อยละ)	คะแนน	จำนวน	(ร้อยละ)
ระดับสูง (+S.D.)	12 - 15	21	(25.00)	13 - 15	44	(52.38)
ระดับปานกลาง (+ S.D.)	7 - 11	38	(45.24)	9 - 12	24	(28.57)
ระดับต่ำ (-S.D.)	0 - 6	25	(29.76)	0 - 8	16	(19.05)
**ก่อนใช้รูปแบบฯ (= 8.13), (S.D. = 2.92)						
**หลังใช้รูปแบบฯ (= 10.25), (S.D. = 2.45)						
ระดับพฤติกรรมการณ์เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิต	ระดับปานกลาง			ระดับสูง		

**เกณฑ์จัดระดับการปฏิบัติโดยพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่ม

3. อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยหลังการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแ่งคอยก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ

หลังการทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยหลังการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแ่งคอยต่ำกว่าก่อนทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ก่อนทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของ

ผู้ป่วยหลังการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแ่งคอย ระหว่างปี 2560-2562 เท่ากับ 3.16, 5.96, และ 5.96 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิต 3 ปี เท่ากับ 4.93 หลังการทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ พบว่าอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยหลังการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแ่งคอย ในปี 2563 เท่ากับ 4.32 โดยลดลงเท่ากับ ร้อยละ 12.37 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยหลังการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแ่งคอย ก่อนและหลังทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกฯ

การติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วย หลังการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน	เดือนกันยายน - พฤศจิกายน				
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ปี 2560-2562	ปี 2563
จำนวนผู้ป่วยหอในทั้งหมด (คน)	1,678	1,560	1,343	1,527	1,343
จำนวนผู้ป่วย Sepsis (คน)	53	93	80	75.33	58
อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตต่อ 100 คน	3.16	5.96	5.96	4.93	4.32

4. เปรียบเทียบความรู้ เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และพฤติกรรมการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแ่งคอยก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ

หลังการทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแ่งคอย พบว่า อาสาสมัครการวิจัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะ

ติดเชื้อในกระแสโลหิต และพฤติกรรมการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิต สูงกว่าก่อนทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยหลังการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลแ่งคอย ต่ำกว่าก่อนทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของอาสาสมัครการวิจัย ก่อนและหลังทดลองใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ

การเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแก่งคอย (n = 84)		ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t-test	p-value
		($\bar{x}$)	S.D.	($\bar{x}$)	S.D.	(df=29)	
1	ความรู้ เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	21.75	3.41	25.27	2.01	11.74*	.013
2	พฤติกรรมการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิต	8.13	2.92	10.25	2.45	8.74*	.027

*paired t-test

5. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

จากกระบวนการสนทนากลุ่มผู้แทนอาสาสมัครการวิจัยของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพใน 5 สาขา ประกอบด้วย นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักรังสีวิทยา พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และแพทย์ มีข้อเสนอเพื่อการพัฒนาการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ เช่น การทบทวนความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี และมีการประเมินองค์ความรู้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง และจัดให้มีเวทีวิชาการเฉพาะด้านการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

2. ควรมีการทบทวนแนวทางการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลทุก 3 ปี และจัดทำคลังความรู้ในรูปแบบการจัดการความรู้ (KM)

3. ควรมีการปรับเครื่องมือการประเมินคัดกรองภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตให้ง่ายและเหมาะกับการใช้งานของบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งแบบประเมิน SOS Score และ qSOFA Score และนำมาใช้เป็นบันทึกข้อมูลร่วมกับ Chart ผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนแรกของผู้ป่วยจนถึงขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วย

4. ให้ความสำคัญงานด้านการป้องกันภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยกำหนดเป็นนโยบายในเชิงตัวชี้วัดคุณภาพบริการในภาพรวมระดับองค์กรและระดับหน่วยงานย่อยของโรงพยาบาล และให้มีหน่วยงานรับผิดชอบกำกับดูแลทั้งระบบ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแก่งคอย พบว่า อาสาสมัครการวิจัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของมณฑลนา จีระกังวาน ซลิดา จันเทพา และเพ็ญภา บุบผา⁽¹²⁾ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้อาจเป็นผลมาจากกระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ ให้มีความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการพัฒนาของบุคคล โดยในขั้นตอนการวางแผน (Plan) ของรูปแบบฯ ที่มีการทบทวนประเมินความรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสโลหิตของบุคลากร และมีกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายให้สอดคล้องกับบริบทของบุคลากรแต่ละวิชาชีพ ในขั้นตอนของกระบวนการพัฒนา (DO) อย่างไรก็ตามหากพิจารณาระดับความรู้ก่อนการใช้กระบวนการพัฒนาของรูปแบบฯ จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครการวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตระดับปานกลาง โดยเฉพาะในเรื่องการใช้เครื่องมือ SOS Score และ qSOFA Score ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา วงศ์ธรรมศิริ รัชณี นามจันทรา และวารินทร์ บินโฮเซ็น⁽¹³⁾ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการประเมิน และการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ดังนั้น การพัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากรจึงเป็นเรื่องจำเป็นในลำดับต้น ๆ ของการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการทางการแพทย์ด้านการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งในขั้นตอนด้านการพัฒนา (Act) ของรูปแบบฯ อาสาสมัครการวิจัยยังให้ความสำคัญกับคุณภาพงานโดยเสนอแนะว่าควรกำหนดนโยบาย ให้งานด้านภาวะติดเชื้อในกระแส

โลหิตเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จทั้งระดับองค์กรและหน่วยงานย่อย ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของอัญชลี มากบุญส่ง⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญกับด้านการสนับสนุนนโยบายในระดับมากและเห็นว่าการประกาศให้อัตราการตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล จะเป็นการกระตุ้นให้มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพโดยมีการเชื่อมโยงแผนการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปถึงหอผู้ป่วยจะช่วยลดความรุนแรงและอันตรายจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งกระบวนการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นระบบ ทำให้สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทราบข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกัน และสามารถให้การดูแลและประเมินความเสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามแผนการดูแลรักษาซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการดูแลการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบองค์รวม การเรียนรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ หรือ World Sepsis Day (WSD) Thailand 2015⁽¹⁵⁾ ซึ่งกล่าวไว้ว่าการปรับและจัดทำเวชปฏิบัติดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมและเน้นให้มีการเชื่อมต่อระหว่างบุคลากรวิชาชีพและองค์กรวิชาชีพ ซึ่งเป็นประเด็นเดียวกันที่อาสาสมัครการวิจัยให้ความสำคัญโดยจะเห็นว่าทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ มีคะแนนในระดับสูงซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการประสานงาน การเชื่อมโยงแผนการดูแลรักษาของทุกบุคลากรทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลเป็นกระบวนการที่สำคัญของการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อ

ในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศน ศิริวิสัย และวิมล อ่อนแสง⁽¹⁶⁾ โดยกล่าวว่าภาวะ ช็อคจากการติดเชื้อเป็นภาวะเร่งด่วนที่พบบ่อย ในห้องฉุกเฉินมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเนื่องจก มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและ รุนแรง หากแต่สามารถลดความรุนแรงและอัตราการ เสียชีวิตลงได้ด้วยการรักษาที่รวดเร็วและ เหมาะสม ในทุกกระบวนการของการรักษา ตั้งแต่ คัดแยกผู้ป่วย ประเมินอาการ ประสานงานกับทีม สหสาขาวิชาชีพ ให้การรักษาพยาบาล เฝ้าระวัง และติดตามอาการของผู้ป่วยจนถึงส่งต่อผู้ป่วยไปยัง แผนกที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งเป็นประเด็นที่สอดคล้อง กับขั้นตอนของกระบวนการพัฒนา (DO) ที่จะต้อง สร้างทีมงาน โดยการสร้างทีมงาน/เครือข่ายแบบ บูรณาการ Sepsis Smart Team โดยการจัดตั้ง คณะทำงานการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะติดเชื้อ ในกระแสโลหิต ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นการให้ความสำคัญในเชิงด้าน การบริหารทีม (Team) ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กับหลักการ บริหารโรคเพื่อป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวว่าการดำเนิน การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทุกคนตั้งแต่ ผู้อำนวยการจนถึงคนชั้นเปลตามบทบาทหน้าที่ ของแต่ละคน ทำงานประสานกันโดยมีองค์กร ควบคุม คือ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ติดเชื้อในโรงพยาบาล

อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วย หลังการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในหลัง การนำรูปแบบฯ มาใช้เป็นกระบวนการพัฒนางาน ด้านการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่า เมื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อในกระแส

โลหิตของผู้ป่วยหลังการเข้ารับการรักษาในแผนก ผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน ใน ปี 2560 – 2562 กับช่วงระยะเวลาเดียวกัน ในปี 2563 ลดลง ร้อยละ 12.37 ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของจิตติยา วาระนัง⁽¹⁸⁾ ที่สรุปว่า หลังใช้แนวปฏิบัติอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะ ติดเชื้อในกระแสโลหิตลดลงจากร้อยละ 28.2 เป็นร้อยละ 21.1 และเป็นไปในทางเดียวกันกับ สุทธิชัย แก้วหาวงค์ และดลวิวัฒน์ แสนโสม⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การปฏิบัติใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วย ในระยะ 1 ชั่วโมงแรก ช่วยลดการเกิดอุบัติการณ์ ลดความเสี่ยง และลดความรุนแรงของอาการของ ผู้ป่วย กลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดลงได้ และยังเพิ่มความมีวินัยและสัดส่วนของการปฏิบัติ กิจกรรมพยาบาลพร้อมทั้งช่วยลด ระยะเวลา ในการเริ่มให้การพยาบาลลงได้ และการศึกษา ของมณฑนา จิระกังวาน ชลิดา จันทพา และ เพ็ญญา บุปผา⁽¹²⁾ กระบวนการของรูปแบบการ พยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงส่งผล ให้อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแ่งคอย สามารถ ใช้เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับใช้เป็นกระบวนการ พัฒนาการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ในโรงพยาบาล ในด้านการพัฒนาบุคลากรทาง การแพทย์ให้มีทักษะ และเป็นแนวทางการบริหาร ความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโอกาสเสี่ยงภาวะ ติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาล

2. โรงพยาบาลควรนำข้อเสนอแนะในเชิงพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตไปกำหนดเป็นนโยบายและพิจารณานำเป็นแนวทางปฏิบัติควบคู่ไปกับแนวทางปฏิบัติมาตรฐานเดิมของโรงพยาบาล หรือนำแนวทางการพัฒนาของรูปแบบฯ บูรณาการกับแนวทางปฏิบัติของบริการด้านอื่น ๆ ในหน่วยบริการของโรงพยาบาล ที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เช่น หอหญิงหลังคลอด เป็นต้น

3. รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตนี้พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของโรงพยาบาลแก่งคอย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีลักษณะทางโครงสร้างของภารกิจ และวัฒนธรรมองค์กร

ที่อาจแตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ดังนั้นการนำรูปแบบฯ ไปใช้จำเป็นต้องมีการทบทวนเพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลซึ่งจะเป็นการพัฒนาต่อยอดให้รูปแบบฯ มีความยืดหยุ่น และมีประสิทธิผลมากขึ้น

4. ผู้บริหารคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาระบบบริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ควรนำข้อเสนอแนะการพัฒนางานด้านการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพไปพิจารณาเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบงานทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย คณะผู้บริหารของโรงพยาบาลแก่งคอย ที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยได้อย่างสะดวก และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาสาสมัครการวิจัยทุก ๆ ท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอนุเคราะห์ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ และครอบครัวด่านเสนา ที่เป็นกำลังใจสำคัญให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

วีรยา ด่านเสนา และยอดชาย สุวรรณวงษ์. ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแก่งคอย, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563; 5(2): หน้า 78-100.

Suggested Citation for this Article

Dansena V. , Suwannawong Y. The Effectiveness of Active Risk Management Model for Sepsis Surveillance of In Patient Department of Kaeng Khoi Hospital. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2020; 5(2): page 78-100.

เอกสารอ้างอิง

1. Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Dellinger, P. (2017). **Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016**. Crit Care Med, 45(3), 486-552. doi: 10.1097/CCM.0000000000002255
2. WHO. Sepsis [อินเทอร์เน็ต]. 2017 [สืบค้นเมื่อ 8 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>
3. ประสิทธิ์ อุพาพรณ. Sepsis. **นครนายก: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2561.**
4. ชูหงส์ สมรรถทัศนพงศ์. **ผลลัพธ์ของ Surin sepsis treatment protocol ในการจัดการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด [อินเทอร์เน็ต]. 2012 [สืบค้นเมื่อ 9 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1745**
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). **13 องค์การสุขภาพ รุกจัดระบบลดอัตราการตายติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 7 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MTgxNw==>**
6. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. **แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**. นนทบุรี: กองตรวจราชการ, 2560.
7. สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์ และดวงมณี เลหาประสิทธิพร. **แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ Severe sepsis/septic shock โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556)**. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2556.
8. William Edwards Deming. **“วงจรการบริหารงานคุณภาพ (PDCA: Deming Cycle) ”**. [อินเทอร์เน็ต]. 2017 [สืบค้นเมื่อ 9 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ftpi.or.th/2015/2125>
9. อรพินท์ ชูชม. **การวิจัยกึ่งทดลอง Quasi – Experimental Research**. วารสารพฤกษศาสตร์ 2555, 15(1), 1-15.
10. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.). **การทบทวนหลังทำงานหรือหลังปฏิบัติ หรือหลังกิจกรรม (After Action Review-AAR) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 3 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nstda.or.th/th/nstda-knowledge/144-km-knowledge/3282-after-action-review>**
11. อัมพร ไหลประเสริฐ. **เอกสารประกอบการสอนวิชา การบริหารพยาบาล เรื่อง การวิเคราะห์องค์กรโดยใช้ เทคนิค SWOT analysis**. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 4 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: http://61.19.86.230/manage/Plan_pic/20120923145921.doc.

12. มัณทนา จิระกังวาน ชลิตา จันทเภา และเพ็ญนภา บุบผา. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe sepsis) ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารกองการพยาบาล 2558, 42(3), 9-33.
13. พรนภา วงศ์ธรรมดี, รัชณี นามจันทรา, และวารินทร์ บินโฮเซ็น. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอายุรกรรม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอพ 2562, 1(1), 33-49.
14. อัญชลี มากบุญส่ง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนำใช้ SOS Score ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 7 พ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://vachiraphuket.go.th/index.php?name=knowledge&file=readknowledge&id=630>
15. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. การดูแลการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบองค์รวม การเรียนรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ หรือ World Sepsis Day (WSD) Thailand 2015 “Holistic View of Sepsis Care : Learning form Theory and Practice” [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 7 พ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MTgxNw==>
16. ทิภูติ ศรีวิสัย และวิมล อ่อนแสง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2560, 9(2), 152-162.
17. กำธร มาลาธรรม และยงค์ รงค์รุ่งเรือง. คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ ; 2560.
18. จิตยา วาระนัง. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงรายเวชสาร 2562, 11(2), 1-8.
19. สุทธิชัย แก้วหาวงค์ และดลวิวัฒน์ แสนโสม. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วย ในระยะ 1 ชั่วโมงแรก ในผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563, 38(1), 196-206.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
กลุ่ม Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae
ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Development of a Carbapenem Resistance Enterobacteriaceae
Spread Prevention Model in Hematology and Oncology Medicine
Ward, Surat Thani Hospital

ศจีรัตน์ โกศล
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Sajeerat Kosol
Surat Thani Hospital

Received 1 Dec 2020, Revised 6 Jan 2021, Accepted 6 Jan 2021

บทคัดย่อ

อัตราการติดเชื้อดื้อยา Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิต การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา CRE กลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มแรกผู้ป่วยรับใหม่ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง จำนวน 270 คน กลุ่มที่ 2 คือผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติ จำนวน 32 คน ดำเนินการตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระหว่างเดือนธันวาคม 2561 - กรกฎาคม 2562 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินการติดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง และแบบสังเกตเพื่อติดตามการปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Intra-rater reliability เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในกลุ่ม CRE มีองค์ประกอบดังนี้ การคัดกรอง ความรู้ของเจ้าหน้าที่ การล้างมือ การแยกผู้ป่วย และการสื่อสารการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การอาบน้ำด้วย 4% Chlorhexidine (CHG) และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ผลลัพธ์ของ

การใช้รูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยากลุ่ม CRE ด้านการปฏิบัติตามแนวทาง ได้แก่ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมเมื่อจำหน่ายร้อยละ 91.50 การคัดกรองร้อยละ 89.66 การล้างมือและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายร้อยละ 84.70 ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมประจำวันร้อยละ 84.50 การแยกผู้ป่วยและการสื่อสารร้อยละ 83.98 การแยกของใช้ร้อยละ 81.50 ด้านอัตราการติดเชื้อดื้อยามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 0.52 ในเดือนม.ค. 2562 เป็นร้อยละ 0.24 ในเดือนมิ.ย. 2562 ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE ในหอผู้ป่วยอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ : การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE, หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือด และมะเร็ง

Abstract

This action research aimed to develop a Carbapenem Resistance Enterobacteriaceae (CRE) Spread Prevention Model in Hematology and Oncology Medicine Ward, Surat Thani Hospital and evaluate the outcome these model. The participants included the patients who admitted in Hematology and Oncology Medicine ward were 270 participants and Administrator and healthcare workers involved in patient care were 32 participants surveillance. This action research design was used including 2 cycles of 4-phase implement during December 2018 to July 2019 Data were collected by semi-structured interview for commented to model and observation record for monitor compliance. Qualitative data were analyzed by content analysis and quantitative observation record was analyzed by frequency and percentage.

Result of study showed that: 1) A management surveillance of bacteremia model involving multidisciplinary team was composed of 4 elements: 1) screening 2) staff education 3) Hand Hygiene 4) Information/Isolation 5) Personal Protective Equipment (PPE) 6) Bathing 4% CHG and 7) Environment cleaning. And (2) The outcome this model was followed by 98.5% of Environment cleaning, and by 100% in screening, by 96.4% in Hand Hygiene & PPE, by 97.2% in Environment cleaning, and by 100% in Isolation & Information and CRE infection rate decrease from 0.52% in January to 0.24% in June 2019. The model developed in this study could be used to prevention CRE infection in other site and similar contexts.

Keywords : Carbapenem Resistance Enterobacteriaceae prevention, Hematology and Oncology ward

บทนำ

ความปลอดภัยถือเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของระบบสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพในสถานพยาบาลได้กำหนดให้ความปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นหนึ่งในนโยบายที่มุ่งเน้นความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากร 2P safety ทั้งนี้เนื่องจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลนับเป็นสาเหตุต้น ๆ ของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจุบันพบว่าการติดเชื้อดื้อยามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีความรุนแรงและเป็นภัยคุกคามกับผู้ป่วยในทุกประเทศทั่วโลก^(1,2) โดยเฉพาะเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพกลุ่ม Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae (CRE) ซึ่งเป็นกลุ่มเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นพิเศษจากสถิติของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์พบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา CRE เพิ่มขึ้น จากโดยเฉลี่ยร้อยละ 7.59 ในปี พ.ศ.2560 เป็นร้อยละ 8.49 ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็น 1.5 เท่า โดยส่วนมีโรคประจำตัวเป็น เบาหวาน ร้อยละ 82 ความดัน ร้อยละ 78 และโรคไตร้อยละ 68 ตามลำดับ ในปี 2560 มีผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 58 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67 ในปี 2561 รวมทั้งโรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น โดยพบว่าค่ารักษาในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาคิดเป็น 10 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อดื้อยา หากไม่มีมาตรการควบคุมคาดว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทยพบว่า การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพส่งผลให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น โดยผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

นอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยไม่ติดเชื้อดื้อยารวมทั้งสิ้น 1,239,617 วัน 3.24 ล้านวัน มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเสียชีวิต 38,841 ราย ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของยาด้านจุลชีพสำหรับการรักษาการติดเชื้อดื้อยามีมูลค่าประมาณ 2,539 – 2,584 ล้านบาท⁽³⁾ นอกจากนี้แล้วการติดเชื้อดื้อยา ยังก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยของบุคลากรเนื่องจากจะทำให้ผู้รับบริการขาดความเชื่อมั่นและสูญเสียศรัทธาจากการให้บริการทางสาธารณสุข บุคลากรเสี่ยงต่อการเกิดการถูกฟ้องร้องจากการให้บริการทางสุขภาพได้ ดังนั้นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อได้พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE โดยอ้างอิงจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention, CDC) มาเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาตามรูปแบบ SHIPBE Bundle ซึ่งประกอบด้วยแนวปฏิบัติดังนี้ S= Staff Education หมายถึง เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา, H= Hand Hygiene หมายถึง การล้างมือ, I= Isolation/Information การแยกผู้ป่วยและการสื่อสาร, P= Personal Protective Equipment การใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย, B= Bathing with Chlorhexidine การทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และ E= Environment Cleaning หมายถึง การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการผ่านระบบการแจ้งเตือนทางกลุ่มไลน์ AMR Alert ระบบ AMR

Alert อีกด้วย ทำให้แนวโน้มของเชื้อดื้อยาลดลง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อกลุ่ม *Acinetobacter Baumannii* MDR ลดลงจากร้อยละ 75 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 65 ในปี 2561 และ กลุ่ม *Klebsiella Pneumoniae* ลดลงจากร้อยละ 70 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 50 ในปี 2561 แต่เมื่อพิจารณาเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE กลับพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและยังคงเป็นปัญหาในปัจจุบัน ซึ่งคาดว่ามีความเสี่ยงจากหลายปัจจัย เช่น แนวปฏิบัติขาดความครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการเฝ้าระวังจนกระทั่งจำหน่าย ความไม่เพียงพอพร้อมใช้ของอุปกรณ์ เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการทบทวนมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE ในโรงพยาบาลพบว่า แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพื่อแยกผู้ป่วยทันทีตั้งแต่แรกเริ่ม การล้างมือครบถ้วนถูกต้องทั้ง 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ฝ่ามือถูฝ่ามือ 2) ฝ่ามือถูหลังมือ 3) ฝ่ามือถูข้อมือ 4) ถูหลังมือ 5) ถูนิ้วหัวแม่มือ 6) ปลายนิ้วถูข้อมือ และ 7) ถูรอบข้อมือ และ 5 โอกาสของการทำความสะอาดมือ ได้แก่ 1) ก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2) หลังสัมผัสผู้ป่วย 3) ก่อนทำหัตถการ 4) หลังทำหัตถการหรือสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง และ 5) หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างถูกต้อง และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังรวมถึงการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอีกด้วย และเมื่อนำมาตรฐานดังกล่าวมาเทียบเคียงกับแนวทางการปฏิบัติในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานียังไม่มีมาตรการการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อดำเนินการแยกผู้ป่วยทันทีตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่งจะทำให้สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE ได้ โดยปัจจุบัน

หน่วยงานจะใช้มาตรการ SHIPBE Bundle เมื่อมีผลเพาะเชื้อมายืนยันว่าผู้ป่วยติดเชื้อซึ่งอาจจะล่าช้าเกินไปในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE พบว่าปัจจัยเสี่ยงเช่น ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การนอนโรงพยาบาลนานมากกว่า 30 วัน⁽⁴⁾ ประวัติการติดเชื้อดื้อยา CRE ประวัติการได้รับยาในกลุ่ม Carbapenem และ ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE รวมถึงประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น⁽⁵⁾ และมีการศึกษารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลพบว่า การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย คือ การมีระบบการบริหารจัดการที่ดี การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ มีการสื่อสารที่ดี และมีความต่อเนื่องในการดำเนินการ^(6,7) แต่ยังพบได้น้อยในการศึกษาที่มีการนำระบบการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม CRE เพื่อมาเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE ในโรงพยาบาลตติยภูมิซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความแออัด มีความซับซ้อนของการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการ โดยนำแนวคิดการจัดการมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE ในผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ สังเกตติดตาม และการสะท้อนกลับ⁽⁸⁾ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะทำให้ได้รูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE ที่มีความเหมาะสมกับบริบท และเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อบุคลากรและผู้ป่วย รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในกลุ่ม CRE ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในกลุ่ม CRE ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

กลุ่มเป้าหมาย

คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย กำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็งที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน เดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2562 จำนวน 270 คน
2. กลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในกลุ่ม CRE ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง และมีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เพื่อความครอบคลุมทั้งในด้านการบริหารจัดการและด้านการปฏิบัติ ได้แก่ 1) เป็นผู้บริหารจำนวน 5 คน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ อายุรแพทย์

โรคเลือด หัวหน้ากลุ่มงานด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ หัวหน้ากลุ่มงานห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา หัวหน้าหอผู้ป่วย 2) ผู้ปฏิบัติการจำนวน 27 คน ได้แก่ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจำนวน 1 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็งที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี จำนวน 15 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 7 คน นักเทคนิคการแพทย์จำนวน 3 คน

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเลขที่ 78/2561 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาโดยการแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการวิจัยให้กับกลุ่มเป้าหมายฟังจนเข้าใจ ซึ่งมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาใช้ ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้บริหารในระยาศึกษาสถานการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบฯ มีรายละเอียดดังนี้ 1) ความคิดเห็นต่อสถานการณ์การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE 2) ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE 3) ปัจจัยที่สนับสนุนให้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE ประสบความสำเร็จ

2. แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีรายละเอียดดังนี้ 1) ความคิดเห็นต่อร่างรูปแบบการจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาฯ 2) แนวคิดหรือเคล็ดลับเพื่อให้ร่างรูปแบบการจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาฯ ประสบความสำเร็จ 3) ปัญหา และอุปสรรครวมถึงวิธีการแก้ปัญหาในการใช้ร่างรูปแบบการจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาฯ และ 4) การสนับสนุนที่ช่วยให้ร่างรูปแบบจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาฯ ประสบความสำเร็จ

3. แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบการจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาฯ ของกลุ่มเป้าหมายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะของแบบสังเกตตามรายการตรวจสอบ (Checklist) แบ่งเป็น 5 หมวด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2) การแยกผู้ป่วยและการสื่อสาร 3) การล้างมือและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย 4) การแยกของใช้สำหรับผู้ป่วย 5) การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมประจำวัน และ 6) การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมเมื่อจำหน่าย

4. แบบประเมินการติดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สร้างขึ้นโดยคณะกรรมการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยอ้างอิงเกณฑ์จากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ ประเทศสหรัฐอเมริกา

5. แบบบันทึกการคัดกรองประวัติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE

6. รูปแบบการจัดการการป้องกันฯ ที่พัฒนาขึ้นถูกนำมาใช้ในระยะพัฒนารูปแบบ (วันที่ 21 มกราคม 2562-15 กุมภาพันธ์ 2562)

7. แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE ตามระเบียบปฏิบัติ OP สร้างขึ้นโดยคณะกรรมการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยอ้างอิงเกณฑ์จาก ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention, 2015) โดยนำมาใช้ควบคู่กับรูปแบบการรูปแบบการจัดการการป้องกันฯ ที่พัฒนาขึ้นและถูกนำมาใช้ในระยะพัฒนารูปแบบ (วันที่ 21 มกราคม 2562-15 กุมภาพันธ์ 2562)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ 2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และ 3) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเชี่ยวชาญชั้นสูง แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบบันทึกการสังเกตที่สร้างขึ้นและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตโดยวิธี Intra-rater Reliability ได้ค่าเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งตามขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ระยะศึกษาสถานการณ์การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง ดำเนินการระหว่างวันที่ 23-30 ธันวาคม 2561 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ศึกษาสถานการณ์โดยการสัมภาษณ์ กิ่งโครงสร้าง การสังเกตการปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อดื้อยากลุ่ม CRE

1.2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสร้างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยากลุ่ม CRE^a ครั้งที่ 1

1.3 นำร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยากลุ่ม CRE^a ครั้งที่ 1 ให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้บริหารทวนสอบอีกครั้ง และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

1.4 นำร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยากลุ่ม CRE^a ครั้งที่ 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ

1.5 ปรับร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยากลุ่ม CRE^a ครั้งที่ 1 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยากลุ่ม CRE^a ครั้งที่ 2 และนำไปใช้ในระยช่้นตอนการพัฒนา รูปแบบต่อไป

2. ระยะการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด เคมมิสและแมคทาากาท (Kemmis& McTaggart)⁸ โดยมีการดำเนินการระหว่างวันที่ 21 มกราคม 2562-15 กุมภาพันธ์ 2562 โดยนำร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยากลุ่ม CRE^a ครั้งที่ 2 ไปพัฒนารูปแบบโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย เป็นเวลา 2 อาทิตย์ผ่านกระบวนการดังนี้

2.1 การวางแผนร่วมกับกลุ่มเป้าหมายทุกสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการนำร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE^a ครั้งที่2 สู่การปฏิบัติ

2.2 การปฏิบัติกลุ่มเป้าหมายนำร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE^a ครั้งที่ 2 ไปปฏิบัติเป็นเวลา 1 เดือน

2.3 การสังเกตผู้วิจัยสังเกต ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE^a โดยใช้การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม

2.4 การสะท้อนกลับผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กิ่งโครงสร้างเพื่อสอบถามกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเพื่อสะท้อนกลับความคิดเห็นในการใช้ร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE^a ครั้งที่ 2 และนำข้อมูลที่ได้มาปรับจนได้ร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE^a ที่มีความเหมาะสมต่อบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

3. ระยะประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE^a โดยมีการดำเนินการระหว่างวันที่ 3 มิถุนายน-30 มิถุนายน 2562 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 หลังจากได้ร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE^a ที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรคเลือดและมะเร็งแล้ว หัวหน้าหอผู้ป่วยประกาศใช้รูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE

3.2 หลังกลุ่มเป้าหมายใช้ร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE^a เป็นเวลา 1 เดือน ระหว่างวันที่ 4 มีนาคม - 4 เมษายน 2562 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ โดยการใช้แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ ของกลุ่ม

เป้าหมาย เป็นเวลา 1 เดือน และติดตามผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา CRE ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง

3.3 วิเคราะห์ข้อมูลผลการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อฯ ของกลุ่มเป้าหมายและสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ นำไปวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในกลุ่ม CRE ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นรูปแบบที่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในกลุ่ม CRE อย่างครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยรับใหม่จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้มีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะรับใหม่ (Admission) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจะเริ่มดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในกลุ่ม CRE เริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยคัดกรองจากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (โปรแกรม HoMC) กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการติดเชื้อดื้อยา CRE จะมี Pop Up แสดงให้เห็น หากพยาบาลพบว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยง จะดำเนินการดังนี้ (1) ใช้มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาดังนี้ แยกผู้ป่วยในห้องแยกหรือโซนแยกที่กำหนด แยกของใช้ส่วนตัว อุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างครบถ้วน ได้แก่ ถุงมือ เสื้อกาวน์ เน้นการล้างมือ การอาบน้ำ

ผู้ป่วยด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม (2) ส่งตรวจ Rectal Swab Culture (RSC) for CRE ทันที เพื่อตรวจสอบการติดเชื้อดื้อยา CRE กรณีผลตรวจ RSC ไม่พบเชื้อดื้อยา CRE จะต้องมีการติดตามผล RSC ทุกสัปดาห์อีก 2 ครั้ง หากพบว่าผลเป็นลบ คือตรวจไม่พบเชื้อแล้วพยาบาลแจ้งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ICN เพื่อปลดล็อค CRE กรณีผลตรวจเป็นบวกคือยังตรวจพบเชื้อไม่ต้องทำ RSC ต่อและจะส่งตรวจอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย (3) แจ้ง ICN เพื่อติดตามมาตรการให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในระยะนี้ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ

2) ระยะติดเชื้อดื้อยาในกลุ่ม CRE เมื่อผู้ป่วยมีการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่ม CRE ผู้ที่มีหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ แพทย์เจ้าของไข้ นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ โดยนักเทคนิคการแพทย์จะมีการรายงานผลการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่ม CRE ให้ทราบผ่านระบบ AMR Alert พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทราบ และดูแลให้การรักษาดำเนินการตามแผนการรักษา พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจะมาติดตามมาตรการให้เป็นไปตามมาตรฐาน Contact Precaution ที่ได้กำหนดไว้

3) ระยะจำหน่าย การเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย การดูแลหลังจำหน่ายมีความสำคัญมาก เนื่องจากหากผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในชุมชนได้ เนื่องจากเชื้อดื้อยา CRE สามารถแพร่กระจายได้โดยการสัมผัส ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับ

การปฏิบัติตัว เช่น การแยกของใช้ การล้างมือ การหลีกเลี่ยงผู้ที่อยู่ในกลุ่มภูมิคุ้มกันต่ำมาเยี่ยมอย่างใกล้ชิด รวมถึงการจัดการขยะที่บ้าน โดยผู้ที่มีบทบาทในขณะนี้ ได้แก่ หัวหน้าหอ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย พยาบาลวิชาชีพจะดำเนินการส่งตรวจ RSC for CRE และแจ้ง ICN เพื่อมาติดตามมาตรการการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยหากส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นจะมีการแจ้งข้อมูลและประสานไปยังโรงพยาบาลปลายทาง กรณีผู้ป่วยกลับบ้าน จะสอนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในชุมชน และแจกบัตรดื้อยา

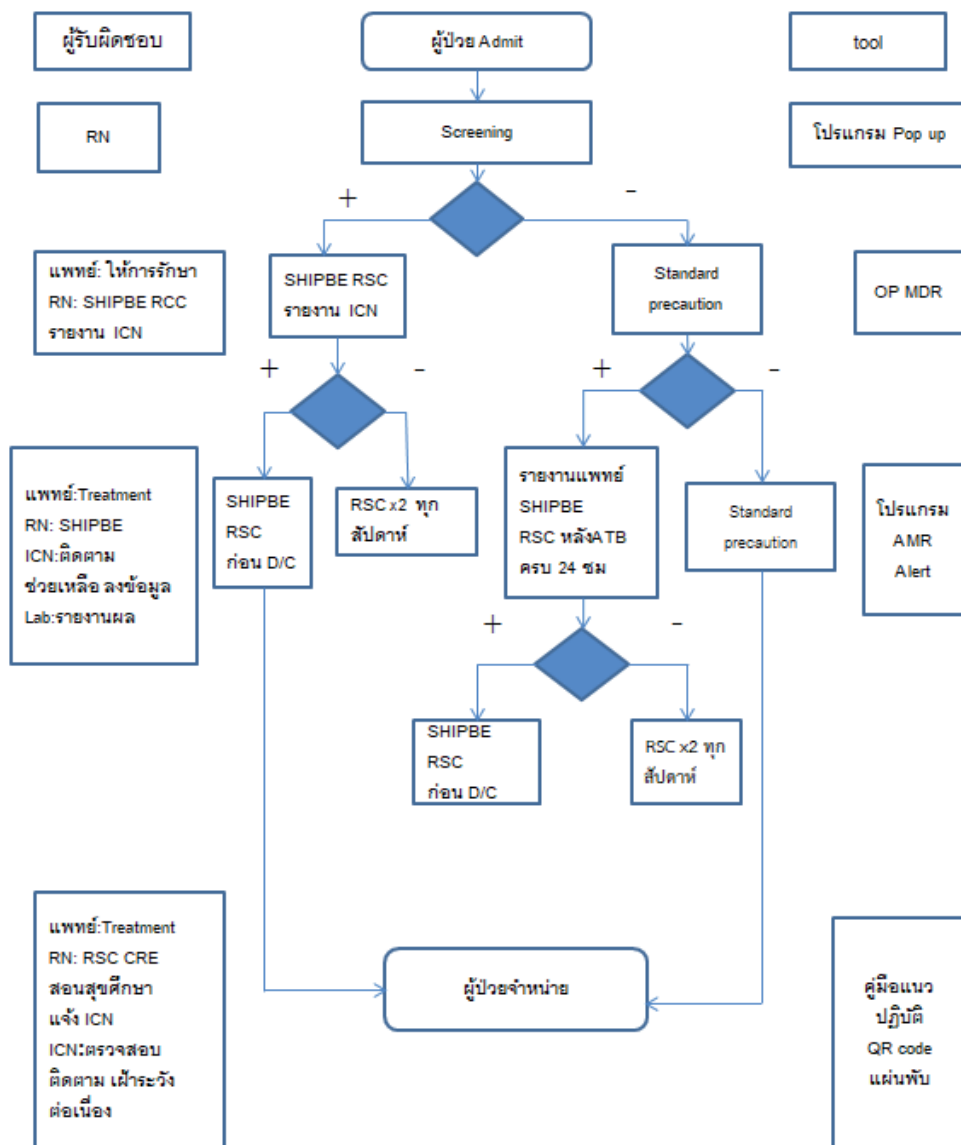
ผู้วิจัยขอเสนอผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE ทั้ง 3 ร่างเพื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบเพื่อให้เห็นกระบวนการพัฒนา ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (ตารางที่ 1) และตัวอย่างการปรับเปลี่ยนแต่ละร่าง ดังภาพที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบองค์ประกอบของร่างรูปแบบการจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

หัวข้อ	ร่างรูปแบบฯ ครั้งที่ 1	ร่างรูปแบบฯ ครั้งที่ 2
1. การคัดกรองแรกรับ	ขาดการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และไม่มีคู่มือแนวปฏิบัติในการคัดกรอง	มีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และปฏิบัติได้ง่ายขึ้น
2. การดูแลเมื่อพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง	ไม่มีคู่มือแนวปฏิบัติเมื่อพบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจน	ปฏิบัติได้มากกว่าร้อยละ 80
3. การดูแลเมื่อมีการติดเชื้อดื้อยา CRE	มีคู่มือและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน	มีและปฏิบัติได้
4. การดูแลในระยะจำหน่าย	มีคู่มือและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน	มีและปฏิบัติได้
5. การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ	ขาดการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ	มี
6. การกำหนดบทบาทหน้าที่	ไม่ชัดเจน	ชัดเจน ปฏิบัติได้

จากตาราง 1 ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการจัดการ 2 วงรอบ โดยมีรายละเอียดการปรับเปลี่ยนรูปแบบดังนี้ วงรอบที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างร่างรูปแบบการจัดการครั้งที่ 1 และนำไปขอข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE จำนวน 3 ท่าน โดยได้รับข้อเสนอแนะดังนี้

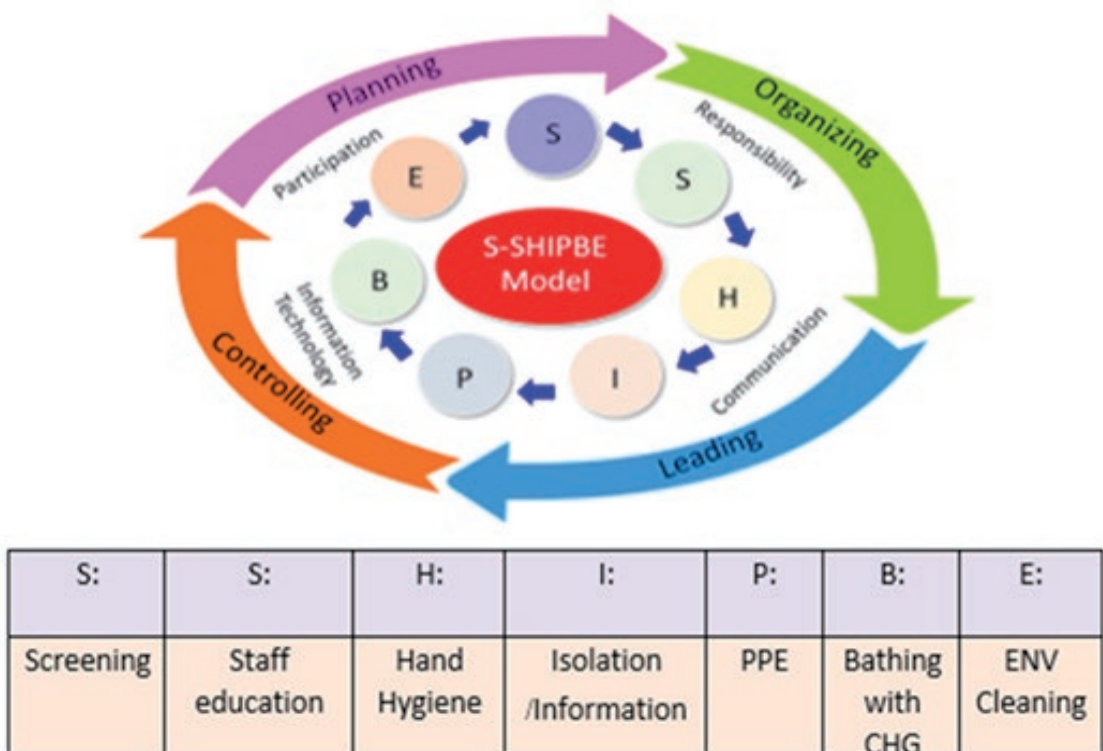
- 1) ควรเป็นรูปแบบการจัดการที่มีส่วนร่วมของสหวิชาชีพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
- 2) ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติทุกสหวิชาชีพ
- 3) ควรจัดทำคู่มือในการปฏิบัติโดยการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงและพัฒนาเป็นร่างรูปแบบการจัดการครั้งที่ 2 ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 ร่างรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae

จากรูปที่ 1 พบว่าร่างรูปแบบการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย S= Screening การคัดกรอง S=Staff Education ความรู้ของเจ้าหน้าที่ H= Hand Hygiene การล้างมือ I= Isolation/Information

การแยกผู้ป่วยและสื่อสาร P= Personal Protective Equipment การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย B= Bathing 4% CHG การอาบน้ำด้วยคลอรีนไฮจีเอนและ E= Environment การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ดังแสดงด้วยโมเดลภาพ S-SHIPBE Model รูปที่ 2



รูปที่ 2 S-SHIPBE Model ที่มา: ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่ม CRE เป็นเวลา 2 เดือน จำแนกตามหมวดพบว่า หมวด 1 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงปฏิบัติได้ ร้อยละ 98.66 หมวด 2 การแยกผู้ป่วยและการสื่อสาร ปฏิบัติตามได้ ร้อยละ 83.98 หมวด 3 การล้างมือและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายปฏิบัติร้อยละ 84.7 หมวด 4 การแยกของใช้สำหรับผู้ป่วยปฏิบัติร้อยละ 81.50 หมวด 5 การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม

ประจำวันปฏิบัติร้อยละ 84.50 และหมวด 6 การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมเมื่อจำหน่ายปฏิบัติ ร้อยละ 91.50 โดยหมวดการคัดกรองสามารถ ปฏิบัติได้มากที่สุด และหมวดการแยกของใช้สำหรับ ผู้ป่วยปฏิบัติได้น้อยที่สุด จากการวิเคราะห์พบว่า หน่วยงานมีทรัพยากร อุปกรณ์เครื่องใช้ไม่เพียงพอ กับความต้องการ และปริมาณของผู้ป่วย ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดื้อยากลุ่ม CRE แบ่ง ตามหมวดของการดูแล

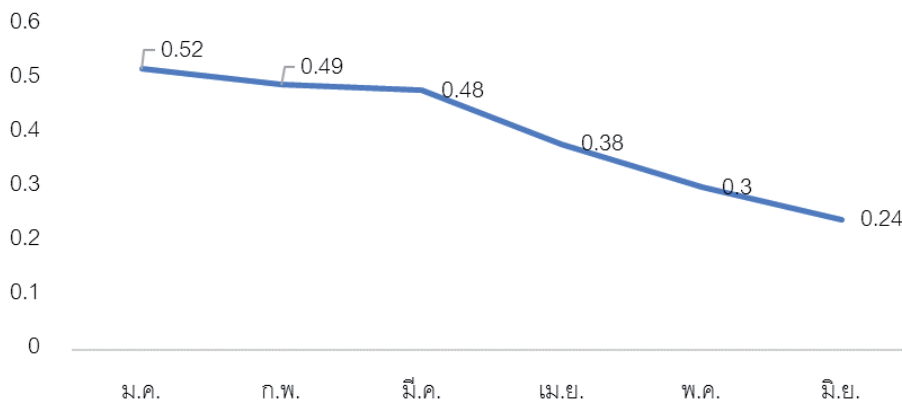
หมวดที่	รายละเอียด	ร้อยละของการปฏิบัติ
1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	98.66
2. การแยกผู้ป่วยและการสื่อสาร	แยกโซนผู้ป่วย	86.2
	แขวนป้ายติดเชื้อดื้อยา	82.1
	ติดป้ายหน้าซาร์ท	80.3
	รับ-ส่งเวช	89.7
	แจกแผ่นพับ	87.6
	ให้ความรู้	78
	รวม	83.98
3. การล้างมือและการใช้อุปกรณ์ ป้องกันร่างกาย	ล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย	78
	ล้างมือหลังสัมผัสผู้ป่วย	90.9
	ล้างมือหลังทำหัตถการ	77.3
	สวมเสื้อกาวน์และถุงมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย	81.8
	ถอดเสื้อคลุมทันที	95.5
	รวม	84.7
4. การแยกของใช้สำหรับผู้ป่วย	แยกหูกฟัง	82
	แยกเครื่องวัดความดัน	85
	แยกสายรัด	75
	แยกเทอร์โมมิเตอร์	84
	รวม	81.50
5. การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ประจำวัน	ผสมน้ำยา Posquat 15cc:15 cc	79
	แยกชุดทำความสะอาดอุปกรณ์ต่าง ๆ	90
	รวม	84.50
6. การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เมื่อจำหน่าย	ทำความสะอาด Unit และการทำความสะอาด อุปกรณ์ทั้งหมด	88
	ซักหรือทำความสะอาดผ้าปูที่นอน	95
	รวม	91.50

3. อัตราการติดเชื้อดื้อยา CRE ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าอัตราการติดเชื้อดื้อยามีแนวโน้มลดลง โดยในเดือนมกราคมพบอัตราการติดเชื้อ

ดื้อยา CRE คิดเป็นร้อยละ 0.52 และพบร้อยละ 0.48, 0.38, 0.3 และ 0.24 ในเดือนมิถุนายนตามลำดับ ดังแสดงในกราฟที่ 1

กราฟที่ 1 อัตราการติดเชื้อดื้อยากลุ่ม CRE ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็งโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน มกราคม 2561 ถึง เดือนมิถุนายน 2561 ร้อยละ 8.49 ในปี พ.ศ. 2561

อัตราการติดเชื้อดื้อยา CRE หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง
ระหว่างเดือนมกราคม 2561 - มิถุนายน 2561



อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยากลุ่ม CRE (S-SHIPBE Model) ถูกพัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE ให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ (Participation) โดยร่วมกันคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาฯ ที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท ตรงกับแนวคิดของสถาบันรับรองคุณภาพ

ในสถานพยาบาลว่า การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเฝ้าระวังการติดเชื้อ ควรเป็นไปโดยการประสานงานที่ดี และการได้รับความร่วมมือจากทุกองค์กร มีการดำเนินร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้ เพื่อให้ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน⁶

2. การกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ (Responsibility) อย่างชัดเจนในแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรองเมื่อผู้ป่วยรับใหม่ จนเมื่อผู้ป่วยมีการติดเชื้อดื้อยา CRE ไปจนถึงผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ละวิชาชีพทราบบทบาทหน้าที่ในการทำงานของตนเองทำให้เกิดปัญหาการทำงาน

ซ้ำซ้อน ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับข้อสรุปในงานวิจัยของ แชรและสติเฟิน⁽⁹⁾ พบว่า การกำหนดขั้นตอนและบทบาทหน้าที่ชัดเจนของการป้องกันการติดเชื้อ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมการติดเชื้อ ตรงกับแนวคิดการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ (Inter Professional Practice) ที่ทุกคนต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ และการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่มีความชัดเจน เพื่อให้ทุกคนในทีมมีความเข้าใจตรงกัน จะทำให้การทำงานเกิดมาตรฐานการทำงานอยู่ในระดับสูง⁽¹⁰⁾

3. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE ได้แก่ โปรแกรม Pop up ประวัติการติดเชื้อดื้อยา

CRE ของผู้ป่วย ระบบตรวจสอบประวัติการใช้ยา และระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา CRE (Line AMR Alert) ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้แล้วการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสาร จะทำให้เข้าถึงข้อมูล ที่ถูกต้องได้ง่าย ได้ตลอดเวลา สามารถวางแผนในการจัดการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้อย่างทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษา การนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า การเฝ้าระวังโดยใช้ระบบเทคโนโลยี เป็นทางเลือกที่มีความสะดวก ข้อมูลทันสมัย ตรงตามเวลาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดและให้การช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยได้ทันเวลา⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมารูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา CRE ทั้ง 3 ระยะ ไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อยืนยันผลลัพธ์และศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในกลุ่ม CRE เช่น ปัจจัยการได้รับยา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือจาก หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง ห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ และกลุ่มงานคอมพิวเตอร์และสารสนเทศ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ศจีรัตน์ โกศล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในกลุ่ม Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563; 5(2): หน้า 101-115.

Suggested citation for this article

Kosol S. Development of a Carbapenem Resistance Enterobacteriaceae Spread Prevention Model in Hematology and Oncology Medicine Ward, Surat Thani Hospital. Institute for Urban Disease Control and Journal 2020; 5(2): page 101-115.

เอกสารอ้างอิง

1. Center for Disease Control and Prevention. **Facility Guidance for Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae** [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 15]. Available from <http://www.cdc.gov>
2. กำธร มาลาธรรม, และยงค์ รงค์รุ่งเรือง. **คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2560.
3. ภาณุมาศ ภูมาศ, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, ภูษิต ประคองสาย, ดวงรัตน์ โพธิ์, อาทร รวีไพบูลย์, และสุพล ลีมวัฒนานนท์. **ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย:การศึกษาเบื้องต้น**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555;3:352-360.
4. ชลดา ผิวผ่อง. **อุบัติการณ์การติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยา Carbapenems โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี**. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2559;30:1-12.
5. ชิษณุ พันธุ์เจริญ. **การสื่อสารด้านโรคติดเชื้อและวัคซีน**. กรุงเทพฯ: แอคทีฟพริ้นท์; 2559.
6. สถาบันรับรองคุณภาพในสถานพยาบาล. **มาตรฐานโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]**. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2562 ต.ค.18]. เข้าถึงได้จาก www.ha.or.th
7. กุลดา พฤติวรรณ, รัชนิย์ วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์, และสมรรถเนตร ตะริโย. **การเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยาแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาล นครพิงค์**. วารสารกองการพยาบาล 2560;44:10-33.
8. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. **The action research doing critical participatory action research** [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 15]. Available from <https://www.springer.com>
9. Sharad, M. A., & Stephen, R. C. **Evaluating the impact of a computerized surveillance algorithm and decision support system on sepsis mortality**. Journal of the American Medical Informatics Association 2016;24:88-95.
10. ชมพูนุช พัฒนพงษ์ศิลป์. **แนวทางการพัฒนาการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวของศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก และสตรี โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามนุษยศาสตรมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
11. Jessica, L. N., Barbara L. S., Jeremy D. J., & John G., Y. **Prospective trial of real-time electronic surveillance to expedite early care of severe sepsis**. Journal of Infectious Disease 2011; 57:500-504.

การประเมินผลการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อด้วยกลไก การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ

Evaluation of The NCDs Problems with Operations District Health Board's, Thep Sathit District, Chaiyaphum Province.

ขนิษฐา ศรีวันทา, สมร นุ่มพ่อง, อรทัย พัดเกาะ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Khanitha Sriwantha, Samorn Numpong, Orathai Padko

Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima province

Received 3 Dec 2020, Revised 18 Jan 2021, Accepted 18 Jan 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผล เพื่อประเมินผลการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากคณะกรรมการ พชอ. และประชาชนในพื้นที่ 5 ตำบล จำนวน 44 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบสัมภาษณ์รายบุคคล โครงสร้างเป็นคำถามแบบตัวเลือก โดยรายละเอียดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินผลการดำเนินงานโครงการโดยแบ่งเป็น 4 ด้าน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นประชาชนในพื้นที่ ร้อยละ 63 อายุเฉลี่ย 46 ปี มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับระบบ/การดูแลสุขภาพในชุมชน ร้อยละ 75 มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน ดังนี้ ด้านบริบทพบว่าระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.38, S.D.=0.15) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือความสอดคล้องของวัตถุประสงค์โครงการกับนโยบายขององค์กรท่าน ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.38, S.D.= 0.13) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความรู้ความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กระบวนการและแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน ด้านกระบวนการ พบว่าความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.32, S.D.=0.14) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ กิจกรรมโครงการนำไปปฏิบัติได้จริง ด้านผลผลิต พบว่าความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.27, S.D.=0.16)

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือการนำผลการประเมินมาพัฒนาการจัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสรุปในภาพรวมมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.34, S.D.=0.01) มีการดำเนินการกลไกคณะกรรมการ พชอ. ในช่วงเวลา 2-3 ปี พบปัญหาการแต่งตั้งคณะกรรมการขาดผู้นำที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของการขับเคลื่อนนโยบาย โครงการมีความสอดคล้องต่อนโยบายและความต้องการ แต่การจัดกิจกรรมไม่หลากหลาย ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และกิจกรรมส่วนใหญ่ของโครงการไม่ได้เน้นการแก้ไขปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รูปแบบกิจกรรมยังไม่หลากหลาย ส่งผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งทำให้กิจกรรมยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง

คำสำคัญ : การประเมินผล, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, โรคไม่ติดต่อ

Abstract

This study is an evaluation. To assess the outcome of solving problems of NCDs through the mechanism of the Quality-of-Life Development Committee at District Level (PCD). By sampling a specific sample from people and a committee in 5 sub-districts of 44 people. The study used was an individual interview. The structure is an optional question. Divided into 2 parts as follows: Part 1 General information, Part 2 Evaluation of project performance divided into 4 areas

The results of the study showed that: 63% of the respondents were local residents, average age 46 years old. They had roles and duties about the health care system in the community, 75% had opinions on the operations as follows: Context found that the level of opinions is moderate. (Mean=3.38, S.D.=0.15) The item with the greatest mean is correspondence of the project objectives with the policies of your organization. The input factors found that opinions were moderate. (Mean=3.38, S.D.=0.13) The item with the greatest mean is your knowledge of the objectives, procedures, processes and practices of the work. The process found opinions to be moderate. (Mean=3.32, S.D.= 0.14) The item with the greatest mean is the project activities are practical. The productivity found that opinions were moderate. (Mean=3.27, S.D.=0.16) The item with the greatest mean is the evaluation of the evaluation results to develop the learning activities continuously. Conclusion: Overall, there were moderate opinions towards the operations. (Mean = 3.34, S.D.=0.01) The mechanism of the PCD committee has been implemented

over a period of 2-3 years. Lack of strong leaders as a key driver of the policy. The project is consistent with policy and requirements. But not many activities lack of integration between departments. And most of the activities of the project do not focus on problem solving in behavior modification. As a result, the participation of the people has resulted in activities that cannot truly solve the problem.

Keywords : Evaluation, District Quality of Life Development Committee, NCDs

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Non communicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรค จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยเสียชีวิต 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (ร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทย กลุ่มโรคไม่ติดต้อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น และยังพบว่าในปัจจุบันมีปัจจัยคุกคามทางสุขภาพหลายด้านที่ทำให้แนวโน้มอัตราป่วย

ของโรค ไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น เช่น โครงสร้างของประชากรที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การบริโภคอาหาร การประกอบอาชีพ ปัญหาภาวะอ้วน ฯลฯ เป็นต้น ส่วนสถานการณ์จังหวัดชัยภูมิจากระบบรายงานข้อมูล Health Data Center (HDC)⁽²⁾ ในปี 2558-2562 พบว่ามีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อประชากร 682.2, 704.2, 688.4, 671.2 และ 667.9 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 1,409., 1,599.2, 1,549.1, 1,396.7 และ 1,375.1 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย และอำเภอเทพสถิตพบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อประชากร 441.7, 459.7, 557.5, 470.9 และ 415.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 1,309.7, 1,256.8, 1,316.9, 1,170.1, และ 938.9 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยเช่นเดียวกัน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่แล้วหน่วยงานทางสาธารณสุขต้องเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ แต่ด้วยความ

ขาดแคลนทรัพยากรทางด้านบุคลากร งบประมาณ และอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นสำหรับปฏิบัติงาน ส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงได้มีแนวคิดตั้งคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)⁽³⁾ หรือ District Health Board (DHB) เพื่อเป็นกลไกหนึ่งให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ให้มีทิศทางยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกัน เพื่อการบริหารจัดการทั้งในด้านทรัพยากรบุคคล ระบบบริการสุขภาพ ระบบยา และเวชภัณฑ์ ให้ตรงตามประเด็นปัญหาของบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ และยังเน้นถึง ระบบการคืนข้อมูลกลับสู่ประชาชน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน การประเมินผลการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จึงเป็นการเรียนรู้กลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. ที่อาศัยแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ อย่างไร มีปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะอย่างไร

เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนพัฒนา ปรับปรุง การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การประเมิน

เพื่อประเมินผลการจัดการป้องกันควบคุม แก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อด้วยกลไกคณะกรรมการ พชอ.

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการประเมินกลไกการขับเคลื่อนคณะกรรมการ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยทำการประเมินโดยใช้รูปแบบการประเมินผล CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) ที่ครอบคลุมการประเมินภาพรวมของโครงการ ตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต⁽⁴⁾

ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คณะกรรมการ พชอ. และประชาชนในพื้นที่ โดยกำหนดแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการ

การประเมินครั้งนี้ใช้แบบสอบถามประเมินผลการจัดการป้องกันควบคุม แก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อด้วยกลไกคณะกรรมการ พชอ. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินผลการดำเนินงานโครงการ

การจัดเก็บข้อมูล /รวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง
2. เก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ /สังเกต /แบบสอบถาม/แบบทดสอบ การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการให้ประชากรที่ศึกษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล แจกแจงเป็นความถี่ (Frequency) และโดยร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานโครงการ พขอ. แจกแจงเป็นความถี่ (Frequency) และโดยร้อยละ (Percentage) โดยได้กำหนดระดับมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่ารวม (Summate Rating Scale) ของลิเกิร์ต (Likert's Scale) แบ่งระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ

ค่าน้ำหนัก

ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน

5	มากที่สุด
4	มาก
3	ปานกลาง
2	น้อย
1	น้อยที่สุด

ได้แปลผลคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับเท่าๆ กัน⁽⁵⁾ ดังนี้

ความกว้างของแต่ละอันตรภาคชั้น

$$= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{(5 - 1)}{5} = 0.8$$

ระดับคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการแบ่งระดับข้างต้น สามารถแบ่งระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน คิดจากค่าเฉลี่ย (Mean) ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน
(1.00 – 1.80)	น้อยที่สุด
(1.81 – 2.60)	น้อย
(2.61 – 3.40)	ปานกลาง
(3.41 – 4.20)	มาก
(4.21 – 5.0)	มากที่สุด

กรอบแนวคิด



ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นประชาชน จำนวน 28 คน ร้อยละ 63.6 และคณะกรรมการ จำนวน 16 ร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 35-54 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 และส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่หรือประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับระบบ/การดูแลสุขภาพในชุมชน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 75

ตอนที่ 2 การประเมินผลการดำเนินงานโครงการ

พบว่า มีระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อด้วยกลไก คณะกรรมการ พชอ. อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.34 , S.D.=0.1) โดยสามารถแยกเป็นประเด็น ได้ดังนี้

1. การประเมินสถานะแวดล้อม (Context Evaluation) : ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.38, S.D.=0.15) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์โครงการฯ กับนโยบายขององค์กรท่าน ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความสอดคล้องของกิจกรรม

กับความต้องการในพื้นที่ และประเด็นการกำหนดเป้าหมาย วิธีการ และระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสมและปฏิบัติจริงได้ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1 จากการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตยังพบว่าแผนงาน โครงการกิจกรรมก่อนเริ่มดำเนินการยังไม่ชัดเจนและยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการ คณะกรรมการบางส่วนยังไม่ทราบแผนการดำเนินงานโครงการ

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) : ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.38, S.D.=0.13) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความรู้ความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กระบวนการและแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อมูลสารสนเทศ เอกสาร หรือคู่มือประกอบในการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1 จากการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตพบว่าด้านปัจจัยนำเข้ายังขาดความพร้อมเพียงในหลายๆ ด้าน ทั้งงบประมาณ บุคลากร และอุปกรณ์ เป็นต้น ทั้งนี้ได้มีการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ยังพบปัญหาในขั้นตอนการขอใช้งบประมาณ

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) : ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.32, S.D.=0.14) ข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ กิจกรรมโครงการนำไปปฏิบัติได้จริง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การจัดกิจกรรมที่หลากหลายโดยมีการบูรณาการเป็นประโยชน์ต่อชุมชน รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1 จากการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตยังพบว่าด้านกระบวนการนั้น แผนงาน กิจกรรมในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นกิจกรรมที่ไม่เฉพาะเจาะจง และยังไม่สามารถดึงดูดกลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน อายุ 35 ปีขึ้นไป เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนยังไม่ครอบคลุม

4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) : ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.27, S.D.=0.16) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การนำผลการประเมินมาพัฒนาการจัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ผลการดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1 และจากการศึกษาข้อมูลผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อในพื้นที่อำเภอสทิตยิ ยังพบว่าผลการดำเนินงานไม่บรรลุตามตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2563⁽²⁾ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคไม่ติดต่อด้วยกลไกการคณะกรรมการ
วชอ. (n = 44)

ประเด็น	ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน		
	Mean	S.D.	แปลผล
ประเด็นด้านสถานะแวดล้อม			
1. ความสอดคล้องของโครงการ กับสภาพปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ของท่านในปัจจุบัน	3.50	0.51	มาก
2. ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์โครงการกับนโยบายขององค์กรท่าน	3.52	0.51	มาก
3. ความสอดคล้องของกิจกรรมกับความต้องการ	3.25	0.44	ปานกลาง
4. การกำหนดเป้าหมาย วิธีการ และระยะเวลาดำเนินการ มีความเหมาะสมและปฏิบัติจริงได้	3.25	0.44	ปานกลาง
รวมประเด็นด้านสถานะแวดล้อม	3.38	0.15	ปานกลาง
ประเด็นด้านปัจจัยนำเข้า			
1. การสนับสนุนจากผู้บริหารต่อโครงการฯ ด้านเวลา เอกสาร งบประมาณ และคำแนะนำ	3.30	0.51	ปานกลาง
2. ความรู้ความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กระบวนการและแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน	3.50	0.51	มาก
3. ข้อมูลสารสนเทศ เอกสาร หรือคู่มือประกอบในการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ	3.23	0.80	ปานกลาง
4. ความพอเพียงของ บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ และเครื่องมือ สำหรับการดำเนินกิจกรรมของโครงการฯ	3.48	0.51	มาก
รวมประเด็นด้านปัจจัยนำเข้า	3.38	0.13	ปานกลาง

ประเด็น	ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน		
	Mean	S.D.	แปลผล
ประเด็นด้านกระบวนการ			
1. มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ	3.25	0.44	ปานกลาง
2. กิจกรรมโครงการนำไปปฏิบัติจริง	3.52	0.51	มาก
3. ดำเนินกิจกรรมที่กำหนดตามขั้นตอนทุกกิจกรรม	3.34	0.48	ปานกลาง
4. การนิเทศ ติดตาม กำกับกับการดำเนินตามขั้นตอน และประเมินผล การอย่างเป็นระบบ	3.43	0.55	มาก
5. การจัดกิจกรรมที่หลากหลายโดยมีการบูรณาการ เป็นประโยชน์ ต่อชุมชน	3.18	0.45	ปานกลาง
6. การเข้าร่วมของประชาชนในพื้นที่	3.20	0.82	ปานกลาง
รวมประเด็นด้านกระบวนการ	3.32	0.14	ปานกลาง
ประเด็นด้านผลผลิต			
1. ผลการดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ	3.07	0.25	ปานกลาง
2. การนำผลการประเมินมาพัฒนาการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง	3.50	0.51	มาก
3. กิจกรรมสามารถแก้ไขการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อได้	3.30	0.46	ปานกลาง
4. การลดลงของผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงในพื้นที่	3.23	0.42	ปานกลาง
5. การเพิ่มขึ้นของการควบคุมระดับน้ำตาลได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	3.25	0.44	ปานกลาง
รวมประเด็นด้านผลผลิต	3.27	0.16	ปานกลาง
รวม	3.34	0.01	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ จังหวัดชัยภูมิ อำเภอกเทพสิต ปีงบประมาณ 2562 – 2563

ตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2563
โรคเบาหวาน		
1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน	415.39	405.69
2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	1.21	1.70
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	20.08	26.39
โรคความดันโลหิตสูง		
1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน	938.9	941.88
2. อัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง	3.78	4.89
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	46.94	43.29

ที่มาข้อมูล : ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2563

อภิปรายผล

เมื่อพิจารณาผลการประเมินการแก้ไข ปัญหาโรคไม่ติดต่อด้วยกลไกคณะกรรมการ พขอ. ของอำเภอกเทพสิต จังหวัดชัยภูมิ ในองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านสภาวะแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต พบว่า อำเภอกเทพสิต ได้เริ่มมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ใน ปี 2561-2563 และในปี 2563 ได้มีการขับเคลื่อนผ่านกลไก คณะกรรมการ พขอ. ตามคำสั่งแต่งตั้งเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563 โดยคณะกรรมการประกอบด้วย องค์การภาครัฐ (เกษตรอำเภอ, ท้องถิ่น, พัฒนาการฯ, สาธารณสุข), ภาคเอกชนและภาคประชาชน ในการขับเคลื่อนประเด็น พขอ.และ

มีการแต่งตั้งอนุกรรมการตามประเด็นอีก 7 คณะ และให้มีบุคลากรด้านสาธารณสุขร่วมเป็น คณะกรรมการในทุกคณะ ใช้กระบวนการ พขอ. ในการขับเคลื่อนปัญหาทุกประเด็นซึ่งประเด็น การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ลดอ้วน ลดพุง ลดโรค) เป็นประเด็นสำคัญลำดับที่ 1 ที่คณะกรรมการ พขอ. ให้ความสำคัญและมีการจัดทำโครงการอำเภอ ต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคเรื้อรัง โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนา ศักยภาพทีมแกนนำสุขภาพระดับอำเภอ และ เพื่อพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ โดยตำบลบ้านไร่เป็นตำบลนำร่องด้านโรคไม่ติดต่อกิจกรรมในแผนงานโครงการเน้นไปที่กระบวนการ ค้นหาและรักษา ผลจากการประเมินพบว่า ระดับ

ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคไม่ติดต่อด้วยกลไกการคณะกรรมการ พชอ. อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบริบท โครงการสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ วัตถุประสงค์โครงการฯ สอดคล้องกับนโยบาย แต่พบว่ายังไม่ตรงตามความต้องการของประชาชน และการกำหนดเป้าหมาย วิธีการ และระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสมและปฏิบัติจริงได้ปานกลาง ด้านปัจจัยนำเข้า มีการสนับสนุนจากผู้บริหาร แต่ยังขาดข้อมูลสารสนเทศ บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ และเครื่องมือ ที่เพียงพอสำหรับการดำเนินกิจกรรมของโครงการฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน⁽⁶⁾ พบว่า การมีนโยบายการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีคณะทำงานการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีศักยภาพ ผู้บริหารทุกระดับเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนติดตามอย่างต่อเนื่อง คือปัจจัยที่จะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ด้านกระบวนการการจัดกิจกรรมไม่หลากหลาย ขาดการบูรณาการกิจกรรมเพื่อประโยชน์ต่อชุมชน ทำให้การเข้าร่วมของประชาชนในพื้นที่ยังน้อย ส่งผลให้การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับ ประเสริฐ โพธิ์มี⁽⁷⁾ พบว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอต้องมีการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาไม่ใช่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเพียงหน่วยงานภาครัฐเท่านั้นที่จะดูแลสุขภาพ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับแววดี เหมวรานนท์⁽⁸⁾ ที่พบว่าประเด็นปัญหาการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคือการส่งคืนข้อมูลให้ชุมชน ยังไม่เป็นรูปธรรม

ที่ชัดเจน ส่งผลให้ชุมชนไม่ได้ตระหนักถึงความปลอดภัยอย่างจริงจัง ด้านผลผลิต เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ จังหวัดชัยภูมิ อำเภอเทพสถิต ปีงบประมาณ 2562 – 2563 (ตารางที่ 2) พบว่า สถานการณ์ของอัตราป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่อัตราป่วยของกลุ่มเสี่ยงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตสูงยังไม่ได้ตามค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่ของแผนงานโครงการไม่ได้เน้นการแก้ไขปัญหาในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องมีความหลากหลาย และมีความเหมาะสมในแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. ในการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรมีทุกภาคส่วนเข้าร่วม เพื่อให้มีการบูรณาการทุกภาคส่วนชัดเจนเพิ่มมากขึ้น แต่ทั้งนี้คณะกรรมการควรมีการนิเทศติดตาม กำกับการดำเนินตามขั้นตอน และประเมินผลการอย่างเป็นระบบ เพื่อการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ ไม่ควรมุ่งเน้นที่กลุ่มผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่จะต้องมองถึงกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่ยังไม่มีอาการ เพราะโรคไม่ติดต่อเป็นโรคที่จะต้องใช้เวลาในการแสดงอาการของโรค และส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การบริโภค ขาดการออกกำลังกาย การจัดทำแผนงานโครงการจึงควรมีกิจกรรมที่ครอบคลุมในทุกกลุ่มของชุมชน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ชนิษฐา ศรีวันทา, สมร นุ่มพ่อง, อรทัย พัดเกาะ. การประเมินผลการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563; 5(2): หน้า 116-128.

Suggested citation for this article

Sriwantha K. , Numpong S., Padko O., Evaluation of the NCDs problems with Operations District Health Board's, Thep Sathit District, Chaiyaphum Province. Institute for Urban Disease Control and Journal 2020; 5(2): page 116-128.

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563, หน้า 2-4.
2. กระทรวงสาธารณสุข. [ฐานข้อมูล Health Data Center \(HDC\) \[ออนไลน์\]](https://hdcservice.moph.go.th). [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>
3. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง, 9 มีนาคม 2561, หน้า 1-7.
4. สุขชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. การประเมินผลโครงการ : หลักการและการประยุกต์. ภาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก.สามลดา; 2547, หน้า 64-69.
5. สุมิตรา ศรีชูชาติ. สถิติธุรกิจ. สาขาวิชาสถิติ ภาควิชาวิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. 2550.
6. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ. รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 3. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561; 12 (1): หน้า 231-44.
7. ประเสริฐ โพธิ์มี. การประเมินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประเด็นการพัฒนากระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดอุทัยธานี. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2562; 13 (3): หน้า 128-136.
8. แววดี เหมวรานนท์. การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2563; 6 (1): หน้า 140-57.

**การศึกษาสถานการณ์สุขภาพและการเตรียมความพร้อม
เพื่อป้องกันภาวะถดถอยทางกายในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
จังหวัดสระบุรี**

**A Study of Health Situation and Readiness Preparation to
Prevent A Deconditioning in Social Bound Elderly People
in Saraburi Province**

**เปรมวดี สารชีวิน, ยอดชาย สุวรรณวงศ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี**

**Premwadee Sarisheewin, Yodchai Suwannawong
Saraburi Provincial Public Health Office**

Received 23 Dec 2020, Revised 14 Jan 2021, Accepted 14 Jan 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ของจังหวัดสระบุรี และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะถดถอยทางกาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 60,494 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 103 คน ประกอบด้วย สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะถดถอย และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ไม่พบภาวะถดถอยทางร่างกาย (ร้อยละ 54.71) และพบภาวะถดถอยทางกาย (ร้อยละ 45.29) ปัญหาที่พบสูงสุด คือ ภาวะถดถอยด้านการมองเห็น (ร้อยละ 63.14) ด้านช่องปาก/การขบเคี้ยว (ร้อยละ 45.44) และด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 36.80) ในขณะที่สังคมสระบุรีตระหนักต่อปัญหาสำคัญ 3 ด้าน คือ 1) ภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหว 2) ภาวะถดถอยด้านความคิดความจำ และ 3) ภาวะถดถอยด้านการขาดสารอาหาร และการกลืนปัสสาวะ แนวทางการส่งเสริมป้องกันภาวะถดถอยประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

2) ครอบครัวต้องเรียนรู้และเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุสังเกต ดูแล ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ 3) ชุมชน หรือสังคม สนับสนุนทรัพยากรส่งเสริมให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ และ 4) ผู้ให้บริการสุขภาพ มีการตรวจคัดกรอง และจัดระบบบริการสุขภาพแบบครอบคลุมผสมผสาน และจัดระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ

คำสำคัญ : สถานการณ์สุขภาพ, ภาวะถดถอยทางกาย, ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

Abstract

This descriptive research aim to survey the deconditioning and the guideline to promote health of the Social-Bound Elderly People (SBEP) in Saraburi Province. The samples were 60,494 cases of the SBEP and 103 cases of the stakeholder, included as a member of the elderly families, the community leaders, the village health volunteers and the public health personnel. The research instrument were a community screening, focus group discussion, analyzed by descriptive statistic, content analysis. The result of this study found that: the SBEP in the age of 60-69 years were not deconditioning (54.71 %) and have deconditioning (45.29 %). most of deconditioning were vision recession (63.14%), oral and crunch problem (45.44%). The problem of movement recession (36.80%). On the other hand, Saraburi society concerned an important for three problems were 1) The problem of movement recession 2) Mild Cognitive Impairment (MCI) and 3) Malnutrition and Urinary incontinence. The guideline to promote health of the SBEP in Saraburi Province consist of; 1) An elderly have a personal self-care awareness 2) An elderly family member have to learning and understanding in a nature of an elderly, observing, helping and encouraging 3) Community have to resource support and to promote health activities and 4) Health care providers have a community screening, hospital care service, comprehensive care and seamless referral system.

Keywords : Health situation, Deconditioning, Social bound elderly people

บทนำ

ปัจจุบันนานาประเทศกำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) จากรายงานกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNPF) ระบุว่าระหว่างปี ค.ศ. 2001-2100 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ และมีการคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี ค.ศ. 2050 โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุ 1 ใน 4 จะมีอายุ 65 ปีขึ้นไป⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾

ธรรมชาติของผู้สูงอายุ (Elderly) เป็นวัยที่มีร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะ เริ่มถดถอยลง ร่างกายอ่อนแอลง และความต้านทานต่อโรคลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงและโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (United Nation, 1995) โดยภาวะถดถอยหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและวิถีสภาพที่ผ่านมาในอดีตและอายุที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีเศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมในปัจจุบันก็เป็นหนึ่งในปัจจัย

สำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเป็นทั้งโอกาส และอุปสรรคที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง และสามารถขยายไปสู่ผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ⁽³⁾ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในประเด็นการพัฒนาของนานาประเทศเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการป้องกัน และลดปัญหาจากภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสุขภาพซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิต และกระทบในเชิงพลวัตต่อระบบเศรษฐกิจ และสังคม

สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย จากรายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ระบุว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 ป่วยเป็นโรคความดันเลือดสูง และมากกว่าร้อยละ 10 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ซึ่งพบในเพศหญิง ร้อยละ 42.3 และเพศชาย ร้อยละ 36.8 และผู้สูงอายุมีภาวะอ้วน ร้อยละ 35 และเกือบร้อยละ 50 มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ และมีการคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมและมีปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความคิด และบุคลิกภาพ ร้อยละ 8.1 พบในชาย ร้อยละ 6.8 และหญิงร้อยละ 9.2 และข้อมูลจากแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ระบุว่าอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุกๆ 5 ปี หลังจากอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทำให้สามารถพบภาวะสมองเสื่อมได้สูงถึงร้อยละ 45 ในกลุ่มประชากร

ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 85 ปี⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกร้อยละ 91 ไม่ได้รับการวินิจฉัย จนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางหรือรุนแรงแล้วจึงจะได้รับการวินิจฉัย⁽⁵⁾ และจากรายงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระบุว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเสี่ยงภาวะซึมเศร้ามากกว่า 2 ล้านคนซึ่งอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเป็นโรคซึมเศร้าและตัดสินใจฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 60-64 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายมาก ถึง 9-10 คน ต่อแสนประชากร⁽⁶⁾ ในด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 10 อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 4 เคยหกล้มในบ้านของตนเองในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป พบมากถึงร้อยละ 7 และหนึ่งในสามของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 34.3) มีรายได้ต่ำกว่า 2,647 บาทต่อเดือน ซึ่งต่ำกว่าเส้นความยากจนที่เป็นตัวชี้วัดสถานภาพทางเศรษฐกิจ และเป็นมาตรฐานการครองชีพขั้นต่ำที่เป็นจำนวนเงินซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายของปัจเจกบุคคลเพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารและสิ่งจำเป็นที่ไม่ใช่อาหารในขั้นพื้นฐานที่ทำให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้⁽⁷⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจากข้อมูลสถานะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายระดับขึ้นปานกลางถึงหนัก มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 32-47 เหลือร้อยละ 19 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 35-30 เหลือร้อยละ 16 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 25-15 เหลือร้อยละ 13 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป⁽⁸⁾

อีกทั้งปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุขที่ทันสมัยส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ขณะเดียวกันก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง ตลอดจนกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพิงจากการเจ็บป่วย และภาวะทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งจะส่งผลกระทบให้ครอบครัวในปัจจุบัน และครอบครัวใหม่ในอนาคตต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ก็ยิ่งจะทำให้การดูแลรักษามีความซับซ้อนและยากลำบากเพิ่มมากขึ้น ภายใต้สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุข้างต้น ในปี พ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับ Active Ageing เป็นกระบวนการในการเสริมสร้างด้านสุขภาพ (Healthy) การมีส่วนร่วม (Participation) และความปลอดภัย (Security) ในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อแสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและกำหนดเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลก⁽⁹⁾ ประเทศไทยนำแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยกำหนดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เพื่อใช้เป็นแนวทางและมาตรการในการเตรียมความพร้อมต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคมสู่สังคมสูงอายุ ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับสิทธิการคุ้มครองในด้านต่าง ๆ

ของผู้สูงอายุ รวมถึงจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น ซึ่งปัจจุบันเป็นฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) โดยมีปรัชญาหลัก คือ สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ โดยเริ่มจากการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว ให้การเกื้อหนุน ชุมชนให้ความช่วยเหลือ และสุดท้าย คือ สังคม ภาครัฐให้การเกื้อหนุนตามลำดับ และคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ทุกวัยควรต้องได้รับการเกื้อกูลที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ดีตามหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลมาจากความเสื่อมของร่างกาย และการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ Non-Communicable Diseases (NCDs) ที่มีสาเหตุหลักมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่เหมาะสม คือ การนำกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategies) มาใช้เป็นแนวปฏิบัติในการสร้างกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนและความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี ทั้งกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เจ็บป่วย โดยมุ่งพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทุกด้านให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ในฐานะหน่วยงานหลักที่มีบทบาทของการสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติด้านสาธารณสุข และการแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค ทั้งด้านการเสริมสร้างสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุ ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ให้คุณภาพชีวิต ที่เหมาะสม ซึ่งจากฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดสระบุรี ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 107,244 คน โดยจำแนกเป็นเพศหญิง 61,084 คน และเพศชาย 46,160 คน คิดเป็นสัดส่วนผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 16.60 ของประชากรทั้งหมด และมีอัตราของประชากรสูงอายุมากเป็นลำดับที่ 38 ของประเทศ ซึ่งจังหวัดสระบุรีเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) ในไม่ช้า⁽¹¹⁾ และเมื่อพิจารณาตามหลักการช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living: ADL) สามารถจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มติดสังคม จำนวน 101,058 คน คิดเป็นร้อยละ 96.25 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 3,228 คน คิดเป็นร้อยละ 3.07 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 713 คน คิดเป็นร้อยละ 0.68⁽¹²⁾ จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่ากลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ในการส่งเสริมเพื่อป้องกันและลดภาวะเจ็บป่วยที่จะเป็นสาเหตุของการเป็นภาวะพึ่งพิงที่จะกลายเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมในอนาคต ก็คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งยังเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพทั่วไปดี ช่วยเหลือตนเองได้ อาจมีโรคเรื้อรังแต่ควบคุมได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมช่วยเหลือคนอื่นได้ ซึ่งหากมีการเตรียมพร้อมที่ดีก็สามารถเปลี่ยนให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นพลังทางสังคมได้ และจะช่วยให้อายุยืน มีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตได้ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี จึงดำเนินการสำรวจภาวะถดถอยทางกาย (Functional

Decline) ในผู้สูงอายุกลุ่ม ดิตสังคมของจังหวัดสระบุรี เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มสุขภาพและความเสื่อมของร่างกายซึ่งจะกลายเป็นภาวะโรคของผู้สูงอายุในอนาคตได้ และศึกษาแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันผู้สูงอายุกลุ่ม ดิตสังคมที่มีภาวะถดถอยทางกายจากมุมมองของผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้ประกอบการพิจารณาในการกำหนดรูปแบบหรือวิธีการในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุของจังหวัดสระบุรี อันจะนำไปสู่กระบวนการในการแก้ไขปัญหที่แท้จริง และลดผลกระทบ ที่เกิดจากภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจ (Survey) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่โครงการวิจัย EC 027/2563 วันที่ 11 มิถุนายน 2563

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มดิตสังคม โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) พิจารณาตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living

(ADL) ที่มีค่า ADL Score ตั้งแต่ 12 ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 63,328 ตัวอย่าง ครอบคลุม 13 อำเภอ 2) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้ผ่านการอบรมและ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และ 3) กลุ่มแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) และประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในรูปแบบเครือญาติและอาศัยอยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครการวิจัย จำนวน 52 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเงื่อนไขเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) อาสาสมัครการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ประเภท ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (Community Screening) 2) แบบคำถามประเด็นการสนทนากลุ่ม และ 3) กระบวนการสนทนากลุ่ม โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

1. แบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (Community Screening) โดยเป็นแบบประเมินภาวะถดถอยทางร่างกาย ของผู้สูงอายุที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยการประยุกต์ชุดข้อมูลคู่มือการคัดกรองประเมินผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ โดยปรับปรุงข้อมูลเฉพาะที่ต้องการใช้ในการตอบวัตถุประสงค์การ

ศึกษาและเพื่อความสะดวกในการนำไปประยุกต์ใช้ประเมินผู้สูงอายุในชุมชน และแบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (Community Screening) จะใช้ร่วมกับชุดเครื่องมือแบบประเมินมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบด้วยชุดข้อคำถามและการคัดกรอง จำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) เลขประจำตัวบัตรประชาชน 2) ชื่อ-สกุล 3) วัน/เดือน/ปี เกิด 4) อายุ 5) เพศ 6) ที่อยู่ปัจจุบัน และ 7) การอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงสังคม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัย และความเพียงพอเกี่ยวกับรายได้ แบบเลือกตอบตามลักษณะข้อมูลเชิงสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) การอยู่อาศัยหรือผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย 2) ลักษณะของที่อยู่อาศัย และ 3) ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ในส่วนนี้เป็นลักษณะของการสอบถามร่วมกับการทำกิจกรรมตามแบบคัดกรองความถดถอยของร่างกายผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อคำถามจากการประเมินความถดถอยทางร่างกาย 9 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความคิดความจำการประเมินในด้านนี้ใช้ร่วมกับแบบทดสอบความคิดความจำ (Mini Cog) ซึ่งเป็นประเมินภาวะสมองเสื่อมตามกิจกรรม 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการบันทึกความจำโดยใช้คำ 3 คำ, ขั้นตอนการวาดรูปนาฬิกา, และขั้นตอนการทบทวนหรือระลึกความจำโดยคำ 3

คำขั้นตอนการประเมินและการแปลผลการประเมินตามมาตรฐานเครื่องมือ Mini Cog⁽¹³⁾

2) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นการประเมินด้วยแบบการคัดกรองภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT)⁽¹⁵⁾ โดยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การประเมินจากการเดินของผู้สูงอายุตามเงื่อนไขระยะเวลา และระยะทางและข้อคำถามเกี่ยวกับประวัติการหกล้มในระยะเวลา 6 เดือน ขั้นตอนการประเมินและการแปลผลการประเมินตามมาตรฐานเครื่องมือ Timed Up and Go Test (TUGT)

3) ด้านการขาดสารอาหาร เป็นการประเมินด้วยการตอบคำถาม 2 ข้อ เกี่ยวกับการมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก และมีความอยากอาหารลดลง โดยเลือกตอบว่า มีหรือไม่มี โดยหากตอบคำถามว่ามีในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสอง หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

4) ด้านการมองเห็น เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการมองเห็นในชีวิตประจำวันจำนวน 1 ข้อคำถาม หากตอบว่ามีถึงเสี่ยงต่อภาวะถดถอยด้านการมองเห็น

5) ด้านการได้ยิน เป็นการทดสอบแบบง่ายโดยการฟังเสียงที่เกิดจากการถูนิ้วระหว่างนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ห่างจากหูผู้สูงอายุ ประมาณ 1 นิ้ว ทึ่ละข้าง การประเมินผลหากพบว่าไม่สามารถได้ยินเสียงถูมือข้างใดข้างหนึ่งหรือ ทั้งสองข้าง หมายถึง มีความเสี่ยงการถดถอยด้านการได้ยิน

6) ด้านภาวะซึมเศร้า เป็นการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามาตรฐาน ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q จำนวน 2 คำถาม⁽¹⁶⁾ มาใช้ในการประเมินภาวะเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้า การประเมินผลหากตอบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ถือว่าเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

7) ด้านการกลืนปัสสาวะ เป็นข้อคำถามอย่างง่ายเกี่ยวกับการมีภาวะปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะราดในชีวิตประจำวัน จำนวน 1 ข้อคำถาม การประเมินผลหากตอบว่ามีภาวะดังกล่าว หมายถึงเสี่ยงต่อภาวะถดถอยด้าน การกลืนปัสสาวะ

8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการประเมินโดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน ADL แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)⁽¹⁷⁾ การประเมินผลตามมาตรฐานเครื่องมือ โดยหากพบว่ามีความผิดปกติ หมายถึง มีภาวะถดถอยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

9) ด้านช่องปาก เป็นการประเมินด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ ความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร และอาการเจ็บปวดในช่องปาก การประเมินผลหากตอบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะถดถอยในช่องปาก

2. แบบคำถามประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามสำหรับเป็นประเด็นในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเวทีการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 2 ข้อ ได้แก่

ประเด็นที่ 1 แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย โดยมีข้อคำถามย่อย จำนวน 3 ข้อคำถาม ดังนี้ สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในมุมมองของท่านเป็นอย่างไร ใครควรมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างไร และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมุมมองของท่านเป็นอย่างไร

“ประเด็นที่ 2” ความพร้อมของหน่วยบริการชุมชน และครอบครัวในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยด้านทรัพยากร ด้านองค์ความรู้ และความต้องการการสนับสนุน

3. กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยดำเนินการตามหลักการจัดการสนทนากลุ่ม ภายใต้อาณัติความเหมาะสมของจำนวนผู้ร่วมกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และกระบวนการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁸⁾ และอุปกรณ์การบันทึกข้อมูลขณะสนทนากลุ่ม ได้แก่ กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเคมี กระดาษขาว และเครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัล

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และด้านการวิจัย จำนวน 3 คน ด้วยวิธี Index of item Objective Congruence (IOC)⁽¹⁹⁾ และหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และข้อมูลการทดสอบความถดถอย ทางร่างกาย วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย และความพร้อมของหน่วยบริการและชุมชนในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้ทั้งหมดจำแนกประเภทข้อมูลให้เห็นถึงส่วนประกอบ (Typological Analysis) และเปรียบเทียบข้อมูล (Comparative Analysis) กับแนวคิดทฤษฎีเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบของเหตุการณ์หรือประเด็นที่ศึกษา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีสัดส่วนระหว่างเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 57.84 และร้อยละ 42.17) โดยมีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี (ร้อยละ 32.13) รองลงมา อายุระหว่าง 65 - 69 ปี (ร้อยละ 23.60) โดยอาศัยอยู่ในบ้านร่วมกับสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 1 คน (ร้อยละ 96.75) และเมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยมีคนเดียว (ร้อยละ 96.94) และลักษณะสภาพที่อยู่อาศัยมั่นคงแข็งแรงหรือไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ (ร้อยละ 98.41) และมีรายได้เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 89.37)

2. การทดสอบภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ของจังหวัดสระบุรี

ผู้สูงอายุไม่มีภาวะถดถอยทางร่างกาย (ร้อยละ 54.71) และมีภาวะถดถอยทางกาย (ร้อยละ 45.29) และ เมื่อพิจารณาภาวะถดถอยทางกายในรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะถดถอยด้านความคิดความจำปกติ (ร้อยละ 84.54) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถการเดินไปและกลับด้วยตนเอง 6 เมตร ภายใน 12 วินาที (ร้อยละ 83.58) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 93.67) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะน้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัม ภายในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก (ร้อยละ 95.01) และส่วนใหญ่ไม่มีความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ 92.26) และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับดวงตา เช่น การมองเห็น การอ่านหนังสือ (ร้อยละ 71.84) และส่วนใหญ่ไม่มีความถดถอยด้านการได้ยิน (ร้อยละ 89.36) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง และไม่มีรู้สึกเบื่อทำอะไร ก็ไม่เพลิดเพลินใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ (ร้อยละ 95.79 และ ร้อยละ 94.71) และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะราด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 93.65) และส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น (ร้อยละ 94.68) และส่วนใหญ่ไม่มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร (ร้อยละ 79.72) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บปวดในช่องปาก (ร้อยละ 94.17) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละผลการประเมินภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดสระบุรี

ข้อมูลการประเมินภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	จำนวน	(ร้อยละ)
1. ความถดถอยด้านความคิดความจำ (n=59,313)		
- ปกติ	50,145	84.54
- ผิดปกติ	9,168	15.46
2. การเดินไปและกลับด้วยตนเอง 6 เมตร ภายใน 12 วินาที (n=59,337)		
- ทำได้	49,591	83.58
- ไม่สามารถทำได้	9,746	16.42
3. ประวัติหกล้มใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง (n=59,251)		
- ไม่มี	55,501	93.67
- มี	3,750	6.33
4. น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัมในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา โดยไม่ได้ตั้งใจ (n=59,252)		
- ไม่มี	56,296	95.01
- มี	2,956	4.99
5. มีความอยากอาหารลดลง (n=59,258)		
- ไม่มี	54,671	92.26
- มี	4,587	7.74
6. การมีปัญหากับดวงตา เช่น การมองระยะไกล การอ่านหนังสือ (n=59,377)		
- ไม่มี	42,655	71.84
- มี	16,722	28.16
7. ความถดถอยด้านการได้ยิน (n=59,254)		
- ได้ยินทั้ง 2 ข้าง	52,948	89.36
- ไม่ได้ยินข้างเดียว	3,551	5.99
- ไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง	2,755	4.65

ข้อมูลการประเมินภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	จำนวน	(ร้อยละ)
8. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ รู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง (n=59,272)		
- ไม่มี	56,779	95.79
- มี	2,493	4.21
9. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ รู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน (n=59,277)		
- ไม่มี	56,143	94.71
- มี	3,134	5.29
10. ภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะรด จนเกิดปัญหาในการใช้ ชีวิตประจำวัน (n=59,281)		
- ไม่มี	55,519	93.65
- มี	3,762	6.35
11. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น ลดลง (n=58,607)		
- ไม่มี	55,490	94.68
- มี	3,117	5.32
12. ความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร (n=59,329)		
- ไม่มี	47,295	79.72
- มี	12,034	20.28
13. อาการเจ็บปวดในช่องปาก (n=59,244)		
- ไม่มี	55,789	94.17
- มี	3,455	5.83

3. สถานการณ์สุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย มีภาวะถดถอยทางกายในด้านการมองเห็น (ร้อยละ 63.14) รองลงมา มีภาวะถดถอยด้านช่องปาก/การขบเคี้ยว โดยมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร (ร้อยละ

45.44) และรองลงมา มีภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหว โดยไม่สามารถเดินไป และกลับด้วยตนเอง 6 เมตร ภายใน เวลา 12 วินาที (ร้อยละ 36.80) และเคยหกล้มใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง (ร้อยละ 14.16) รองลงมา ภาวะถดถอยด้านความคิด ความจำ (ร้อยละ 34.62) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของสถานการณ์สุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย

ข้อมูลภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (n=26,484)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. ด้านความคิดความจำ	9,168	34.62
2. ด้านการเคลื่อนไหว		
- ไม่สามารถเดินไปและกลับด้วยตนเอง 6 เมตร ภายในเวลา 12 วินาที	9,746	36.80
- เคยหกล้มใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง	3,750	14.16
3. ด้านโภชนาการ		
- น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัมในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ได้ตั้งใจลด	2,956	11.16
- มีความอยากอาหารลดลง	4,587	17.32
4. ด้านการมองเห็น	16,722	63.14
5. ด้านการได้ยิน	6,306	23.81
6. ด้านความเครียดใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	3,851	14.54
7. ด้านการกลืนปัสสาวะ	3,762	14.20
8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น	3,117	11.77
9. ด้านช่องปาก/การขบเคี้ยว		
- มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร	12,034	45.44
- มีอาการเจ็บปวดในช่องปาก	3,455	13.05

4. ขนาดปัญหาภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาภาวะถดถอยทางกาย

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะถดถอยทางกาย จะพบว่ามีปัญหาภาวะถดถอยทางกายในด้านใดด้านหนึ่งอย่างน้อยที่สุด จำนวน 1 ปัญหา และมากที่สุด จำนวน 9 ปัญหา โดยผู้สูงอายุ

มีปัญหาภาวะถดถอยทางกาย จำนวน 1 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 38.19 รองลงมาพบปัญหาภาวะถดถอยทางกาย จำนวน 2 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 21.92 และพบปัญหาภาวะถดถอยทางกาย จำนวน 3 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 15.65 ทางกาย รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละจำนวนปัญหาภาวะถดถอยทางกายร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ข้อมูลจำนวนภาวะถดถอยทางกายร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม(n=26,484)	จำนวน	(ร้อยละ)
- จำนวน 1 ปัญหา	10,113	38.19
- จำนวน 2 ปัญหา	5,806	21.92
- จำนวน 3 ปัญหา	4,146	15.65
- จำนวน 4 ปัญหา	2,645	9.99
- จำนวน 5 ปัญหา	1,602	6.05
- จำนวน 6 ปัญหา	992	3.75
- จำนวน 7 ปัญหา	568	2.14
- จำนวน 8 ปัญหา	322	1.22
- จำนวน 9 ปัญหา	290	1.29

5. ความตระหนักของชุมชนต่อภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดสระบุรี

ผลการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และแกนนำชุมชนด้านสุขภาพที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) และตัวแทนของผู้สูงอายุต่อความสำคัญของปัญหาภาวะถดถอยทางกาย

ของผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี พบว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้น้ำหนักคะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ดังนี้ ลำดับที่ 1 ปัญหาภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหว (14 คะแนน) ลำดับที่ 2 ภาวะถดถอยด้านความคิดความจำ (13 คะแนน) ลำดับที่ 3 ประกอบด้วย 2 เรื่องที่มีคะแนนเท่ากัน คือ 1) ปัญหาด้านการขาดสารอาหารและการกลืนปัสสาวะ (12 คะแนน) และ 2) ปัญหาภาวะถดถอยด้านการมองเห็น (11 คะแนน) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการให้น้ำหนักคะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาความกดอรรถทางกายในผู้สูงอายุติดสังคม

ปัญหาความกดอรรถ	ขนาดปัญหา	ความรุนแรง	การยอมรับ	ความยากง่าย	รวมคะแนน	ลำดับความสำคัญ
1. ด้านการเคลื่อนไหว	4	4	3	3	14	1
2. ด้านความคิดความจำ	4	3	3	3	13	2
3. ด้านการขาดสารอาหาร	3	3	3	3	12	3
4. ด้านการกลืนปัสสาวะ	3	3	3	3	12	3
5. ด้านการมองเห็น	4	2	2	3	11	4
6. ด้านความเครียด	2	2	2	4	10	5
7. ด้านการได้ยิน	2	2	2	3	9	6
8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	2	2	2	3	9	6
9. ด้านช่องปาก	1	2	1	3	7	7

6. แนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะกดอรรถทางกาย

ผลการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และแกนนำชุมชนด้านสุขภาพที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) และตัวแทนของผู้สูงอายุต่อความสำคัญของปัญหาภาวะกดอรรถทางกายของผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี พบว่า

1) ตัวผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และต้องสังเกตและตรวจสอบสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง และจัดสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนให้ถูกสุขลักษณะในส่วนของการครัวและชุมชน เป็นต้น

2) ครอบครัวต้องให้ความสำคัญ การเรียนรู้ และสร้างความเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ช่วยในการสังเกตเพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของผู้สูงอายุ

ให้กำลังใจปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน และบริเวณบ้านให้เหมาะสม ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ และการแลกเปลี่ยนนวัตกรรมสุขภาพของครอบครัว

3) ชุมชนหรือสังคม ต้องมีการสนับสนุนทรัพยากรทั้งด้านบุคคลโดยส่งเสริมพัฒนาให้มีผู้ช่วยดูแล (Care Giver) ช่วยดูแลผู้สูงอายุและติดตามประเมินผล ส่งเสริมให้มีกิจกรรมการรวมกลุ่มกิจกรรมของผู้สูงอายุ และสนับสนุนด้านสวัสดิการทางสังคมและปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานให้กับผู้สูงอายุ

4) สถานบริการสุขภาพ มีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมทั้งด้านคุณภาพบริการ และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรับบริการด้านสุขภาพโดยให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางด้านการบริการสุขภาพ ทั้งด้านการคัดกรอง การดูแลรักษา การส่งต่อ การติดตามฟื้นฟู และการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อความต้องการด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

7. ความพร้อมของหน่วยบริการ ชุมชน และครอบครัวในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1) ผลการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และแกนนำชุมชนด้านสุขภาพที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) และตัวแทนของผู้สูงอายุต่อความสำคัญของปัญหาภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี พบว่า

2) ความพร้อมของหน่วยบริการ มีความพร้อมด้านบุคลากรที่มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ มีแพทย์เฉพาะทาง มีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ภาครัฐและท้องถิ่นให้การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีโครงสร้างการบริหารงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในขณะเดียวกันหน่วยบริการมีอุปสรรคและจุดอ่อนที่ต้องการพัฒนาและสนับสนุนด้านอัตรากำลังคน การบริหารด้านภาระงานให้เหมาะสมกับกำลังคน

ความพร้อมของครอบครัวและชุมชน มีจุดเด่นในด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยเข้ามามีบทบาทในระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนในรูปแบบเครือข่าย เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา ท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนทรัพยากร และมีแหล่งเรียนรู้และศูนย์ฝึกอาชีพในชุมชน ด้านจุดอ่อนหรืออุปสรรค พบว่า ผู้สูงอายุขาดความรู้เรื่องสุขภาพ และขาดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในด้านการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสิ่งแวดล้อมในครอบครัวไม่เหมาะสม

อภิปรายผล

ภาวะถดถอยทางกายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรี พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน และเมื่อเจ็บป่วยมีคนดูแล และมีที่อยู่อาศัยมั่นคงแข็งแรงหรือไม่มั่นคง แต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ และมีรายได้เพียงพอในการ

ดำเนินชีวิตประจำวัน และผลการประเมินภาวะ
ถดถอยทางกาย พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง
ไม่พบภาวะถดถอยทางร่างกาย ซึ่งมีลักษณะ
ข้อมูลและคุณลักษณะประชากรคล้ายคลึงกัน
กับข้อมูลคุณลักษณะประชากรในการศึกษาของ
ปฐมพร ธรรมธวัช⁽²⁰⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับ
การศึกษาของจิราพร ทองดี ตารารวรรณ รองเมือง และ
ฉันทนา นาคฉัตรีย์⁽²¹⁾ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่
มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ
ปานกลางและโดยคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์
ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ อีกทั้งการ
ศึกษาของกาญจนา ปัญญาร⁽²²⁾ แสดงให้เห็นว่า
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคง
ในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี คือ การมี
สุขภาพดี มีครอบครัวที่มีเงินใช้จ่ายเพียงพอ เข้าร่วม
กิจกรรมในชุมชน มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม
ที่ปลอดภัย ระดับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ
ด้านครอบครัวที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมและสังคมอยู่
ในระดับมาก และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ
จิรกร ญัฐรังสีและคณะ⁽²³⁾ สรุปว่าผู้สูงอายุมีความสุข
มากที่สุดใน 3 ลำดับแรก คือ ความรู้สึกมั่นคง
ปลอดภัย กรณีเจ็บป่วยเชื่อว่าครอบครัวจะดูแล
และรู้สึกพึงพอใจในชีวิต อีกทั้งยังสอดคล้องกับการ
ศึกษาของสุภกิจ ศแสงประจักษ์สกุล⁽²⁴⁾ ที่สรุปว่า
รายได้ของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ซึ่งสอดคล้องกัน
เกี่ยวกับปัจจัยด้านการมีสุขภาพดี ความเพียงพอ
ของรายได้ การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง และการมีผู้ดูแล
เป็นปัจจัยบ่งชี้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ
ซึ่งจะเห็นได้ว่าการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มติด
สังคมของจังหวัดสระบุรีมีองค์ประกอบของปัจจัย

ดังกล่าวในเชิงบวก ซึ่งสามารถสรุปได้ภายใต้ปัจจัย
สนับสนุนว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
ของจังหวัดสระบุรีมีลักษณะเชิงบวก แต่อย่างไร
ก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ ยังขาดข้อมูลสนับสนุน
ที่สำคัญส่วนหนึ่งคือ ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ
กลุ่มติดสังคม ของจังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็นจุดอ่อน
ที่อาจมีผลต่อความถูกต้องหรือข้อเท็จจริงของ
ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของ
จังหวัดสระบุรีได้ ดังที่มาสริน ศุกลักษ์ และ
กรัณธรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์⁽²⁵⁾ ได้กล่าวไว้ว่าองค์
ประกอบด้านสุขภาพของแนวคิดสภาวะพลัมพลัง
ของผู้สูงอายุจำเป็นต้องพิจารณาด้านการประเมิน
สุขภาพของตนเอง ความพิการ และข้อจำกัด
ของร่างกาย จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า
ในการวินิจฉัยภาวะถดถอยทางกายกับคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัด อาจต้องม
ีการนำข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น
โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพเป็นองค์ประกอบ
ในการอธิบายภาวะถดถอยทางกายกับคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริง
ที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ภาวะถดถอยด้านการมองเห็น พบว่า
ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรี ส่วนใหญ่
ไม่มีภาวะถดถอย ด้านการมองเห็น ซึ่งผลการวิจัย
สอดคล้องกับผลการศึกษาของพิมพ์พิสุทธิ์ บัวแก้ว
และรติพร ถึงฝั่ง⁽²⁶⁾ ที่พบว่าร้อยละ 53.5 ของผู้สูงอายุ
ไทยยังคงมองเห็นได้อย่างชัดเจนโดยไม่ต้อง
ใส่แว่นตาหรือเลนส์ อย่างไรก็ตามในการประเมิน
ภาวะถดถอย ด้านการมองเห็นเป็นการประเมิน
ตนเองของผู้สูงอายุจากข้อคำถามว่าตนเองมี
ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ในชีวิตประจำวัน เช่น

การมองเห็นระยะไกล หรือการอ่านหนังสือ ซึ่งเป็นการคัดกรองแบบง่ายโดยยังไม่มี การตรวจ ยืนยันด้วยเครื่องวัดสายตา จึงทำให้ไม่สามารถระบุ ได้ว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นมีความ ผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นอย่างไร อีกทั้งหากมี การตรวจการมองเห็นด้วยเครื่องตรวจวัดสายตา มาตรฐานก็อาจพบว่ามีจำนวนผู้มีปัญหาหรือ ภาวะ ถดถอยด้านการมองเห็นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ก็เป็นได้ เนื่องจากความเสื่อมของสายตาหรือการ มองเห็นมีสาเหตุ มาจากผลของการเปลี่ยนแปลง ทางสรีรวิทยาที่เป็นไปตามธรรมชาติโดยเมื่อ อายุมากขึ้นก็จะมีผลให้ระบบประสาทตา กล้ามเนื้อตา และแก้วตาจะเปลี่ยนแปลงเสื่อม สมรรถภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นว่า ภาวะ ถดถอยด้านการมองเห็นเป็นปัญหาที่พบลำดับต้นๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะถดถอยทางกาย ดังนั้นประเด็นความถดถอยด้าน การมองเห็นจึงเป็น ประเด็นสุขภาพหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญในเชิงของ การป้องกัน

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของ จังหวัดสระบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ก้านศรี ชุตินา มาลัย ศศิวิมล บุรณะเรข และอภินันท์ บุชบก⁽²⁷⁾ ในขณะเดียวกัน กลับขัดแย้งกับการศึกษาของนริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ⁽²⁸⁾ ที่กล่าวไว้ว่าการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางเสื่อม ส่งผล ให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุเกิดภาวะ ซึมเศร้าได้ง่ายจากปัญหาด้านร่างกายเพราะความเสื่อม ทำให้มีความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของ

ผู้สูงอายุ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง และ อยู่ในภาวะพึ่งพาลูกหลาน จึงทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้า ได้ง่าย ซึ่งความแตกต่างกันของผลการศึกษาอาจ เนื่องมาจากในภาพรวมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ของจังหวัดสระบุรีไม่มี ภาวะถดถอยทางกายจึงเป็น ไปได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรีจึง ไม่รู้สึกกังวล หดหู่ ท้อถอย จึงไม่ส่งผล ให้เกิดภาวะ ซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการวิจัย ครั้งนี้คือการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสำรวจ ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าใน ด้านจิตวิทยา⁽²⁹⁾ ภาวะซึมเศร้าเป็นกลไกทางจิตใจ ที่ผันแปรไป ตามสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านอื่นๆ อีกทั้งธรรมชาติของผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดภาวะซึม เศร้าได้ง่าย ดังนั้นในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรีจึงเป็น ประเด็นที่น่าสนใจในการติดตามเฝ้าระวังและมีการ ประเมินคัดกรองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เห็นแนวโน้ม ที่แท้จริง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

แนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะถดถอย ทางกาย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ในการดำเนินงาน ด้านการส่งเสริม ป้องกันผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่มีภาวะถดถอยทางกายในผู้สูงอายุจำเป็นต้องเฝ้าระวังและส่งเสริม คือ ตัวผู้สูงอายุที่ต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ต้องเรียนรู้ทำความเข้าใจกับธรรมชาติผู้สูงอายุ และ สนับสนุนเป็นกำลังใจ ในส่วนของชุมชนต้องพัฒนา จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบเครือข่าย และ

ส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชน ในขณะที่หน่วยงานด้านสุขภาพเองต้องเตรียมความพร้อมของระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุที่เพียงพอ และครอบคลุมเชื่อมโยงทุกมิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของจักรกฤษณ์ วังราชฎี วราภรณ์ บุญเชียง อักษรา ทองประชุม กฤตธีรา เพียรรักษการ และผุสดี มงคล⁽³⁰⁾ ที่ระบุว่า การสอดประสานและทำงานด้านผู้สูงอายุร่วมกันระหว่าง 3 ภาคีหลัก คือ เทศบาลตำบลเชิงดอย ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชิงดอย และประชาชนในพื้นที่ตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ก่อให้เกิดโครงการและกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และรองรับการเป็นสังคมสูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรมที่แสดงถึงแสดงให้เห็นถึงความพร้อมของชุมชนสู่การเป็นสังคมสูงอายุ สามารถสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ยังสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาของกัญญาณัฐ ไพคำ⁽³¹⁾ ที่สรุปว่าอิทธิพลของนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย ประกอบด้วยการสนับสนุนให้มีชมรมผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้มแข็ง การสร้างเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาบุคลากรของท้องถิ่น ให้ความรู้ ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของพัชรภรณ์ พัฒนะ⁽³²⁾ จากผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียน

ผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี ระบุว่า ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อเจ็บป่วย และความรู้ข่าวสาร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเช่นกัน นอกจากนั้นสมาลี เอี่ยมสมัย รัตนเหมือนสิทธิ์ และจรรยาศรี ทองมาก⁽³³⁾ ยืนยันว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ทุกภาคส่วนต้องมีบทบาทร่วมกันโดยพิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่าปัญหาภาวะถดถอยที่พบมากในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรี คือ ภาวะถดถอยด้านการมองเห็น ด้านช่องปาก ด้านการเคลื่อนไหว และด้านความคิด ความจำ ดังนั้น เลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ควรนำเสนอข้อมูลปัญหาดังกล่าวเข้าสู่เวทีการประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณาในการวางแผนการดำเนินงานในเชิงระบบทั้งด้านนโยบาย ด้านทรัพยากร ด้านบุคลากร ด้านพื้นที่ดำเนินการในแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของพื้นที่แต่ละอำเภอ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น หน่วยงานสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอที่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกายในด้านต่างๆ ควรนำผู้สูงอายุที่พบปัญหา ภาวะถดถอยแต่ละด้านเข้าสู่ระบบการคัดกรองเชิงลึก ด้วยเครื่องมือที่มีอำนาจจำแนกเฉพาะเพื่อตรวจสอบ ยืนยัน และวินิจฉัยที่ถูกต้อง และสามารถนำผู้สูงอายุที่พบปัญหาเข้าสู่ระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่รวดเร็ว อันจะช่วย ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคที่เพิ่มมากขึ้น

3. จากข้อเสนอแนะของครอบครัวผู้สูงอายุ และชุมชน ในประเด็นด้านการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้สูงอายุ และความรู้ในการดูแลสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับตัวผู้สูงอายุเอง และครอบครัวของผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนควรนำประเด็นข้อเสนอแนะดังกล่าวมาพิจารณาดำเนินงานให้สอดคล้องกับ ความต้องการดังกล่าว เช่น หน่วยงานสาธารณสุขจะต้องพัฒนากิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ หน่วยงานด้านการศึกษาอาจมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้สูงอายุ และ การดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษาหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนให้มีโรงเรียนเตรียมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเป็นต้น

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำประเด็นที่ชุมชนและหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องการ มีเกิดการสนับสนุนเพื่อลดจุดอ่อนและแก้ไขอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุ และด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ไปพิจารณาให้การสนับสนุนโดยเฉพาะในด้านความเพียงพอ ของกำลังคนในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการสุขภาพ และในระดับชุมชน

5. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลนำเข้า (Input Information) เพื่อเป็นองค์ประกอบในกระบวนการวิจัย ด้วยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อสร้างรูปแบบหรือแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบ Active Ageing

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 4 ที่เป็นที่ปรึกษาให้แนวคิดและข้อเสนอแนะในการพัฒนางานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะผู้บริหาร นายแพทย์กฤษณ์ สกกุลแพทย์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี นายแพทย์รุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) และนายปรีชา พิงเจริญ อดีตนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ที่ชี้แนะและสนับสนุนให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยได้อย่างสะดวก และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาสาสมัครการวิจัยทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอนุเคราะห์ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ เสร็จสิ้นสมบูรณ์

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เปรมวดี สาริชีวิน และยอดชาย สุวรรณวงศ์. การศึกษาสถานการณ์สุขภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันภาวะถดถอยทางกายในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดสระบุรี, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563; 5(2): หน้า 129-151.

Suggested Citation for this Article

Sarisheewin P., Suwannawong Y. A Study of health situation and readiness preparation to prevent a deconditioning in social bound elderly people in Saraburi Province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2020; 5(2): page 129-151.

เอกสารอ้างอิง

1. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. **บทสรุปสำหรับผู้บริหาร สูงวัยในศตวรรษที่ 21: การเฉลิมฉลองและความท้าทาย [อินเทอร์เน็ต].** 2563 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Thai%20summary_Ageing%20in%20the%2021st%20Century_0.pdf
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต].** 2560 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://thaitgri.org/?p=38427>
3. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. **สังคมวิทยาภาวะผู้สูงอายุ: ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
4. กระทรวงสาธารณสุข. **แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต].** 2563 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://bie.moph.go.th/>
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) [อินเทอร์เน็ต].** 2562 [สืบค้นเมื่อ 23 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.stopcorruption.moph.go.th>
6. กรมสุขภาพจิต. **พม.จ่อขงผู้สูงอายุเป็น “วาระแห่งชาติ” เผยตัวเลขคนแก่ติดบ้าน 2 ล้านคน เสี่ยงซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต].** 2561 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28216>
7. ปราโมทย์ ประสาทกุล. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2559.** กรุงเทพฯ: บริษัท ฟรีนเทอรี่ จำกัด 999, 2559.
8. วิชัย เอกพลากร. **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557.
9. WHO. ACTIVE AGEING: A POLICY FRAMEWORK. **Geneva: World Health Organization, 2002.**
10. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงแห่งมนุษย์คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 - 2564).** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพานิสัย, 2553.
11. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 2).** กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2562.

12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2562). ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี : 2562 (เฉพาะงบดำเนินงาน) สระบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: http://164.115.23.235:8080/sms2020/report/v_cipp_11110.php?projmoph_id=01&prov=19&zone=04
13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก, 2558.
14. Borson, S. S., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. The Mini-Cog: A cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry 2000; 15 (11): 1021-1027.
15. ชูติมา ชลายนเดชะ. คัดกรองการล้มด้วย Timed Up and Go Test (TUG). วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2557; 26(1): 1-16.
16. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ระดับจังหวัด (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2552.
17. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.
18. เก็กนก เอื้อวงศ์. การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ. วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ. 2562; 12(1): 17-30.
19. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540.
20. ปฐมพร ธรรมธวัช. ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลนครนครศรีธรรมราชจังหวัดนครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต]. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2555.
21. จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 22(3): 88-99
22. กาญจนา ปัญญาธร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 22(3): 24-36.
23. จิรังกูร ญัษฐังสี, สุนิตา ไชยมี, สุนันท์ จังจิตร, สุภาวีนี สุกะพินิ และสุปรียา โพธิ์อุดม. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสุขของผู้สูงอายุ ชุมชนทุ่งขุนน้อย อุดรธานี. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences 256; 2(1): 50-60.

24. สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. **วุฒิวยของผู้สูงอายุไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
25. มาสรีน ศุกลปักษ์ และกรัณทรีตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. **องค์ประกอบด้านสุขภาพตามแนวคิดสภาวะพลผลของของผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]**. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2560.
26. พิมพ์สุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง. **การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. วารสาร สมาคมนักวิจัย 2559; 21(2): 94-109.
27. จารุวรรณ ก้านศรี, ชุตติมา มาลัย, ศศิวิมล บุณยะเรข, และอภิรักษ์ บุชบก. **การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท**. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2562;35(3): 24-33.
28. นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. **คุณภาพชีวิต : การศึกษาในผู้สูงอายุไทย**. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(3): 64-70.
29. Beck, A.T. Depression: **Clinical, experimental, and theoretical aspects**. New York: Hoeber medical division1,1976.
30. จักรกฤษณ์ วังราชภูร์, วราภรณ์ บุญเชียง, อักษรา ทองประชุม, กฤตธีรา เพียรรักษการ, และผุสดี มงคล. **ความพร้อมของชุมชนในการเข้าสู่สังคมสูงอายุตำบลเชิงดอย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่**. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562, 28(1), 120-131.
31. กัญญาณัฐ ฝาคำ. **การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย**, วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี 256, 7(2), 19-26.
32. พิชราภรณ์ พัฒนะ. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข**; 2561.
33. สุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์, และจรรยาศรี ทองมาก. **รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุก่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี**. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556, 22(3), 77-87.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ ทางคณะกรรมการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

การรับเรื่องต้นฉบับเรื่องที่รับไว้ คณะกรรมการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ เรื่องที่ไม่ได้พิจารณาลงพิมพ์ คณะกรรมการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน การเตรียมบทความลงพิมพ์มีคำแนะนำดังนี้

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ความยาวไม่เกิน 6 – 8 หน้าใช้ตัวอักษร Cordia New ขนาด 14 point
2. การเตรียมบทความลงพิมพ์
 - 2.1 ชื่อเรื่องควรสั้น กระชับ ได้ใจความครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.2 ชื่อผู้เขียนมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.3 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดและภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ และชัดเจน หากใช้ คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
 - 2.4 บทคัดย่อการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษา รัดกุมเป็นร้อยแก้วเพียงหนึ่งย่อหน้า ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดและมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษาผลการศึกษาและอภิปรายหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมี เชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย้อมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษา ค้นคว้าของผู้คนที่ เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 2.6 วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวม ข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

- 2.7 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์
- 2.8 อภิปรายหรือข้อเสนอแนะควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ หรือไม่เพียงพอและควรอ้างอิงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย
- 2.9 สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะประเด็น ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้รูปแบบการอ้างอิงระบบ Vancouver
4. มีการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมด้วยโปรแกรมอักขราวิสุทธิ์ โดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่าเปอร์เซ็นต์ความคล้ายคลึงระหว่างเอกสารที่ส่งมาตรวจสอบกับเอกสารที่อยู่ในฐานข้อมูลผลงานวิชาการไม่เกิน 30 เปอร์เซนต์ และงานวิจัยไม่เกิน 25 เปอร์เซนต์

ความรับผิดชอบ

บทความที่พิมพ์ในวารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเองไม่ใช่ความเห็นของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองหรือคณะกรรมการ แต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เลขที่ 24/56 ถ.พหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220 โทร. 0 25210943-5 ต่อ 505, 08 6798 3777 โทรสาร 0 2521-0936

สปคม.



กรมควบคุมโรค

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

24/56 หมู่ที่ 3 ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 10220

โทรศัพท์ 0 2551 4347 ต่อ 503, 518 โทรสาร 0 2521 0936

