



วารสาร

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

กรมควบคุมโรค
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

INSTITUTE FOR URBAN DISEASE CONTROL AND PREVENTION JOURNAL

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมีนาคม 2564 - สิงหาคม 2564

Volume 6 No.1 March 2021 - August 2021

ISSN 2697-6684 Online

ISSN 2539-5556 Print





วารสาร

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

INSTITUTE FOR URBAN DISEASE CONTROL AND PREVENTION JOURNAL

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมีนาคม 2564 – สิงหาคม 2564

Volume 6 No.1 March 2021 – August 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 นวัตกรรมที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของบุคลากร ในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคและองค์กรอื่นๆ และเพื่อเป็นสื่อกลางติดต่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างนักวิชาการผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพในเขตเมือง

ที่ปรึกษา

นายแพทย์กฤษฏา

มโหทาน

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

นางสาวพรทิพย์

ศิริกานูมาศ

นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ

บรรณาธิการ

นายแพทย์วิชาญ

ปาววัน

ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

นางรุจิรา

ตระกูลพั้ว

รองบรรณาธิการด้านบริหาร

นางสาวเกวลี

สุนทรมน

รองบรรณาธิการด้านวิชาการ

กองบรรณาธิการ (Peer review)

นายแพทย์บุญเลิศ

ศักดิ์ชัยนันท์

ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค

แพทย์หญิงปานทิพย์

โชติเบญจมาภรณ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

รศ.ดร.สิริมา

มงคลสัมฤทธิ์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร.พัฒนมาศ

มณีกาญจน์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.อารียา

จิรนาถวัฒน์

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

ดร.บรรจงศักดิ์

พัทสมบุรณ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

ดร.ฐพัชร์

คันศร

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ดร.ชนิษฐา

วิศิษฐ์เจริญ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แพทย์หญิงสุธี

สฤณีศิริ

ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา

ดร.สิริหญิง

ทิพศรีราช

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

ดร.ลีโส

ยี่สุนแสง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก

ดร.ชนิษฐา

ดิษฐ์วรรณ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

นายสุชนันต์

จิตติมณี

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

นางจันทร์ทิพย์

จันทการ

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

แพทย์หญิงวรงค์ข

เชษฐพันธ์

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

กองบรรณาธิการ (Peer review)

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

คณะกรรมการวารสาร

นางอรนงค์	คงเรือง	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นายสุวรรณ	อดิศัยมนตรี	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
นางสาวบังเอิญ	ภูมิภักดิ์	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพ 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** อธิบายวิธีการการดำเนินการวิจัย 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

บทความตีพิมพ์ในวารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ถือว่าเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัยและวิเคราะห์ ตลอดจนเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเอง ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง หรือคณะกรรมการ แต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

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

สารบัญ

หน้า

1

การสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

: อรวรรณ วงศ์สถิต, สมคเนย์ อ่ำสุริยา

Survey of Corona Virus diseases 2019 (COVID-19) prevention behavior among
clients in dermatology clinic, Institute for Urban Disease Control and Prevention

: Orawan Wongsathit, Somkhanee Amsuriya

Case Report of Skin Lesions in COVID-19

13

Patient in A Private Hospital, Thailand in April 2020

: Nathan Kunlaphattharawet

การศึกษาความชุกและลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดปทุมธานี ปี 2561

23

: สุชาววัชร สมสอน, กัทลี ทารคุโน, ดารณี ภักดิ์วาปี, ชมพูนุท มะนาตย์

Prevalence and Characteristics of Hepatitis B Virus Infection among
Pregnant Women in Pathum Thani Province, 2018

: Suchanwat Somsorn, Kattalee Harnkuno, Daranee Phukwapee, Chompunuth Nanart

พฤติกรรมและความพร้อมในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มแรงงานต่างด้าวพื้นที่เขตเมือง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

33

: ณิชฎา รongมาลี, เขมกร เทียงทางธรรม, พรหมพร จำปาทอง, สุชลันต์ จิตติมณี, วรงค์กช เขษจุพันธ์

The Behavior and Readiness for Responding to COVID-19
among migrant workers in Urban Areas, Bangkok, Thailand

: Nattama Rongmalee, Khammakorn Thiangthangthum, Pormporn Jampathong,
Suksont Jittimane, Warongkoch Chettaphun

การศึกษาภาวะกระดูกพรุนในผู้ที่มารับการตรวจมวลกระดูกสันหลัง ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ในบุคคลทั่วไป

44

: จันทิพ ทุนการ, วรณญา ทาสมบูรณ์, กชนิภา ทอนมาตย์, สุวิภา อุดมพร, รมนปวีร์ บุญใหญ่

Study of Osteoporotic Condition in Population that Diagnostic by Calcaneus Quantitative
Ultrasound (QUS) in General Participants

: Chantip Juntakarn, Waranya Tasomboon, Kornipa Thornmart,
Suwipa Udomporn, Rawonpawee Boonyai

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา: กลุ่มครูโรงเรียนมัธยมในกรุงเทพมหานคร

54

: นันทน์กัศ ทองอินตา, ศุจิมน มังคลรังษี

Factors influencing drug resistance preventive behavior of high school teachers in Bangkok

: Nannapas Tonginta, Sujimon Mungkalarungsi

การเปรียบเทียบลักษณะและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นคนไทยและไม่ใช่ไทย ณ ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ปี 2551 - 2560

67

: เขมกร เทียงทางธรรม, สุพัตรา นิลศิริ, วรงค์ช เซษฐพันธ์

The comparison of characteristics and leprosy treatment outcomes among Thais and other nationalities of the Center for Urban Disease Control and Prevention. 2008 - 2017

: Khammakorn Thiangthangthum, Supattra Ninsiri, Warongkot Chetpun

รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี

87

: ศศิธร อภัยาศัย, ยอดชาย สุวรรณวงษ์

The Management Model Base on a Community-Based for Enhance Health Literacy of The Role Model of Health Behavior modification Village in Saraburi Province

: Sasithorn Athayasai, Yodchai Suwannawong

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาของนักเรียน ระดับชั้น ม.4-6 ในเขตกรุงเทพมหานคร

111

: จิดาภา รัตนถาวร

Influencing factors of Drug Resistance Preventive Behavior of Grade 10-12 students in Bangkok

: Jidapha Ratanathaworn

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

125

การศึกษาโอกาสในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ
เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี

: สราวุธ ภูวสันติ, ยอดชาย สุวรรณวงษ์

The Study of Opportunities for Development in Health Information Technology
System to Support the Public Health and Medical Operation of Saraburi Province

: Sarawut Phuvasunti, Yodchai Suwannawong

การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยโมเดลการกักกันชุมชน
กรณีศึกษา ชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

152

: สุธี สฤษฎ์ศิริ, ไสยณ เอี่ยมศิริถาวร, พิไลพันธ์ พุฒวนะ, สุรคเมธ มหาศิริมงคล, ปรีดา เต๋ออารักษ์
ณัฐธิญา ไสยพิศพรมงคล, ศิริพร งามขำ, ธิติพร คมแท้, สุวีรัตน์ อุสารัมย์

Coronavirus Disease Control 2019 with Community Quarantine Model Clean Community
Anti Covid 2019; CCA Case Study of a Slum Community in Thaweewatthana, Bangkok

: Suthee Saritsiri, Sapon Iamsirithaworn, Pilaipan Puthavathana,
Surakameth Mahasirimongkol, Preeda Taearak, Nattiya Sopispornmongkol,
Siriporn Ngamkham, Thitiporn Khomtae, Sureerat Usaram

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถาน
ศึกษาต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 9

175

: เบญจมาศ อุณรัตน์, พรรณรัตน์ เป็นสุข

Development of a health literacy building model for liver fluke prevention of secondary
educational service area, Regional Health 9th

: Benjamas Unarat, Pannarat Pensuk

Knowledge, Attitude and COVID-19 Preventive Behavior of People in Ratchaburi
Province

193

: Jenpicha Jenlarpwattanakul

: San Diego Jewish Academy



การสำรวจพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Survey of Corona Virus diseases 2019 (COVID-19) prevention behavior among clients in dermatology clinic, Institute for Urban Disease Control and Prevention

อรวรรณ วงศ์สถิต, สมคเนย์ อ่ำสุริยา
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

*Orawan Wongsathit, Somkhanae Amsuriya
Institute for Urban Disease Control and Prevention*

Received 2020 Dec16, Revised 2021 Mar 5, Accepted 2021 Mar 5

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)) ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการในช่วงเดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2563 ณ คลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการสำรวจพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จำนวน 165 รายพบว่า พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านคิดเป็นร้อยละ 97.72 ปฏิบัติตามมาตรการทางสังคมได้แก่ ใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า ล้างมือ เว้นระยะห่างคิดเป็นร้อยละ 96.66 ล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารคิดเป็นร้อยละ 91.06 ซึ่งพฤติกรรมส่วนใหญ่มีการป้องกันและดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด ทั้งนี้ควรมีการเพิ่มเติมเรื่องความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าไปด้วยอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันตนเองต่อไปอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), พฤติกรรม, คลินิกโรคผิวหนัง

Abstract

This survey research aims to explore the prevention behaviors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among clients in dermatology clinics. Institute for Urban Disease Control and Prevention. The sample group was the general public who came to receive services during June - August 2020 at the dermatology clinic, Institute for Urban Disease Control and Prevention. Data were collected by questionnaires and analyzed data through content analysis and descriptive statistics.

The results Prevention Behavior of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among clients in dermatology clinics, Institute for Urban Disease Control and Prevention found that most of the clients' personal protection behaviors from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) were wearing a mask when they left their home. Accounted for 97.72 percent with strict adherence to social measures (Wearing a face mask / mask, spaced hand wash), accounting for 96.66 percent by washing hands before and after eating Accounted for 91.06 percent, which is desirable behavior to occur and should follow the measures set by government agencies Which enhances knowledge Ongoing understanding of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) will continue to lead to sustainable self-defense behaviors.

Keywords: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), behaviors, dermatology clinics

บทนำ

การระบาดทั่วของไวรัสโคโรนา พ.ศ. 2562–2563 เป็นการระบาดทั่วโลกที่กำลังดำเนินไปของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยมีสาเหตุมาจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบครั้งแรกในตลาดค้าสัตว์ป่าเมืองอู่ฮั่นหรือตลาดขายอาหารทะเลสด South China Seaboard นครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน⁽¹⁾ จากนั้นเริ่มมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว

ปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงมีความรุนแรง ในต่างประเทศ ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตรายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พบการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยอย่างรวดเร็วรวมทั้งกรุงเทพมหานครที่เป็นศูนย์กลางสำคัญทางเศรษฐกิจ การคมนาคมและการท่องเที่ยว และมีความหนาแน่นของประชากรสูง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว การควบคุมโรคอย่างทันท่วงที และจำกัดการชุมนุมของประชาชนเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดขยายไปในวงกว้างจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อลดโอกาสการแพร่ระบาดของโรคในสถานที่ต่างๆ ที่มีความเสี่ยงสูง ส่งผลให้รัฐบาลไทยต้องใช้มาตรการที่เข้มข้นเพื่อควบคุมการระบาด โดยได้เริ่มใช้มาตรการล็อกดาวน์ในวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา และขอความร่วมมือให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีวินัยในการป้องกันตนเองด้วยการสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งไปแหล่งชุมชน ล้างมือทุกครั้งที่มีการสัมผัสสิ่งแวดล้อม และเว้นระยะห่างทางสังคม 1-2 เมตร เพื่อให้ประชาชนที่มีสุขภาพดี ไม่มี

อาการป่วย ได้มีการป้องกันการรับเชื้อโรคต่างๆ และให้ผู้ที่มีการหรือกลุ่มเสี่ยงที่จะแพร่กระจายเชื้อโรคป้องกันการแพร่เชื้อต่อผู้อื่น⁽²⁾ การป้องกันโรคถือว่าเป็นกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค และการป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยเป็นโรค⁽³⁾ เป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม ที่ประชาชนทุกคนร่วมดำเนินการได้ในภาวะวิกฤตเช่นนี้ หน่วยงานที่ทำการจัดระบบบริการทางสาธารณสุข เป็นหน่วยงานสำคัญที่เป็นแหล่งรวมของผู้ที่มีภาวะทางสุขภาพ การจัดการที่ป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคจึงเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับบริการปลอดภัยจากโรคติดต่อ⁽⁴⁾

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองเป็นหน่วยงานหลักที่ได้รับมอบหมายจากกรมควบคุมโรค ในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เขตเมืองทั่วประเทศ มีบทบาทสำคัญในการ ค้นหาสอบสวน ติดตามผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงพร้อมทั้งรายงานผลการสอบสวนโรคให้กับหน่วยงานส่วนกลาง และในฐานะที่หน่วยงานตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จึงเป็นหน่วยงานตั้งรับในการคัดกรองหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งดำเนินการคัดกรองค้นหาผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่กรุงเทพมหานครด้วย ทำให้ต้องมีการปรับคลินิกบริการให้เป็นคลินิกระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ARI) รวมทั้งจัดอัตรากำลังที่เดิมให้บริการคลินิกโรคผิวหนัง เพิ่มการรับผิดชอบในคลินิก ARI ด้วย ทำให้ต้องมีการจัดสถานที่ให้เหมาะสมและชัดเจนสำหรับผู้รับบริการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับการรักษาโรคผิวหนัง การจัดการคัดกรองก่อนเข้าคลินิก⁽⁵⁾ จึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกในการจัดมาตรการทางสังคมที่จำเป็นและที่สำคัญเพื่อ

ความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการที่ไม่ใช่ผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ต้องใส่อุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเช่นเดียวกัน⁽⁶⁾ ดังนั้น การสำรวจพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ยังคงเปิดบริการให้กับผู้รับบริการในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ประชาชนที่มาใช้บริการปลอดภัยจึงได้มีการจัดบริการภายใต้การบริหารตามมาตรฐานควบคุมโรค ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งนี้การป้องกันตนเองของผู้รับบริการ ถือเป็นส่วนหนึ่งที่ประชาชนคนไทยจะแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสังคมและเพื่อค้นหาสิ่งที่ต้องปรับปรุง แก้ไขและพัฒนา คลินิกบริการต่อไปเป็นการตอบสนองความต้องการ และจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในคลินิกบริการอื่น^(7,8,9) ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อการสำรวจพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และวิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อการสำรวจพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการในช่วงเดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2563 ณ คลินิกโรคผิวหนังสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และสามารถเข้าถึงอุปกรณ์สื่อสารออนไลน์ได้ จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 10.78 ของผู้รับบริการทั้งหมดในคลินิกในช่วงเวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสำรวจ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการบริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาได้จัดให้มีการตอบแบบสอบถามของประชาชนที่มาใช้บริการ ผ่านช่องทางการสื่อสารออนไลน์ ด้วยการ scan QR code เพื่อตอบแบบสอบถาม เพื่อลดการสัมผัส ในช่วง เดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2563 หลังจากนั้นรวบรวมข้อมูลพร้อมก็นำผลที่ได้มาวิเคราะห์พฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การวิเคราะห์ข้อมูล

จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลบุคคลและพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัย

การสำรวจพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปที่มารับบริการในช่วงเดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2563 จำนวน 165 คน พบว่า ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.60 และ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 39.40 ส่วนใหญ่ อายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.13 รองลงมา อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.21 อายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.60 อายุ 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.54 อายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.88 อายุ 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.04 และ อายุ 0-10 ปี

คิดเป็นร้อยละ 0.60 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาปริญญาตรี หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 44.24 ปริญญาโท หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 8.49 และ ปริญญาเอกหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 0.60 อาชีพของผู้รับบริการส่วนใหญ่จะเป็น พนักงานบริษัท และ นักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.43 รองลงมาเป็นรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 20.60 เป็นข้าราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 13.33 ประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 8.49 แม่บ้าน/พ่อบ้าน คิดเป็นร้อยละ 6.06 ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 4.85 และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 1.81 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=165)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	65	39.40
หญิง	100	60.60
อายุ		
0 - 10 ปี	1	0.60
11 - 20 ปี	24	14.54
21 - 30 ปี	53	32.13
31 - 40 ปี	35	21.21
41 - 50 ปี	34	20.60
51 - 60 ปี	13	7.88
61 ปีขึ้นไป	5	3.04

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=165) ต่อ

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	(ร้อยละ)
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	77	46.67
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	73	44.24
ปริญญาโทหรือเทียบเท่า	14	8.49
อาชีพ	1	0.60
ว่างงาน	8	4.85
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	10	6.06
ข้าราชการ/พนักงานราชการ	22	13.33
พนักงานบริษัท	37	22.43
ค้าขาย	3	1.81
ธุรกิจส่วนตัว	14	8.49
นักเรียน/นักศึกษา	37	22.43
รับจ้างทั่วไป	34	20.60

ผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปที่มารับบริการในช่วงเดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2563 จำนวน 165 คน พบว่า ภาพรวมของพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้รับบริการส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน คิดเป็นร้อยละ 97.72 พร้อมทั้งปฏิบัติตามมาตรการทางสังคมอย่างเคร่งครัด (ใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า ล้างมือ เว้นระยะห่าง) คิดเป็นร้อยละ 96.66 โดยล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 91.06 หลีกเลี้ยงไปแหล่งชุมชน ถ้าไม่จำเป็น คิดเป็นร้อยละ 89.69 ยืนห่างจากบุคคลอื่น

เมื่ออยู่ในชุมชนแออัด คิดเป็นร้อยละ 89.24 ล้างมือภายหลังเข้าห้องน้ำและสัมผัสสิ่งแวดล้อม เช่น บานประตู ลูกบิด ราวบันได คิดเป็นร้อยละ 88.63 ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ เจล ตามที่สาธารณะจัดวางไว้ให้ คิดเป็นร้อยละ 88.33 หากเกิดอาการผิดปกติจะแยกตัวเองทันทีเมื่อมีอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ หอบ มีเสมหะ คิดเป็นร้อยละ 86.81 เดินทางไปเข้าสู่ระบบการรักษาเมื่อมีอาการ ไข้ ไอ จาม มีเสมหะ คิดเป็นร้อยละ 83.48 สวมหน้ากากอนามัย (surgical mask) เมื่อแสดงอาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก เสมหะ แม้จะอยู่ภายในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 81.96 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=165)

พฤติกรรม	ปฏิบัติทุกครั้ง จำนวนคน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวนคน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวนคน (ร้อยละ)
1. ทานสวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกจากบ้าน	151 (91.51)	13 (7.88)	1 (0.66)	0 (0.00)
2. ทานสวมหน้ากากอนามัย (surgical mask) เมื่อแสดงอาการ ทางระบบทางเดินหายใจเช่น ไอ จาม มีน้ำมูก เสมหะ แม้จะอยู่ ภายในบ้าน	94 (56.97)	37 (22.42)	20 (12.12)	14 (8.49)
3. ทานล้างมือก่อนและหลังรับ ประทานอาหาร	119 (72.12)	35 (21.21)	9 (5.46)	2 (1.21)
4. ทานล้างมือภายหลัง เข้าห้องน้ำ และสัมผัสสิ่งแวดล้อมเช่น บานประตู ลูกบิด ราวบันได	109 (66.06)	38 (23.03)	17 (10.30)	1 (0.61)
5. ทานล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ เจล ตามที่สาธารณะจัดวางไว้ให้	103 (62.43)	51 (30.91)	7 (4.24)	4 (2.42)
6. เมื่อทานมีอาการ ไข้ ไอ จาม มีเสมหะ ทานไปพบแพทย์	87 (52.72)	53 (32.11)	19 (11.55)	6 (3.62)
7. ทานแยกตัวเองทันทีเมื่อมีอาการ ระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ หอบ มีเสมหะ	96 (58.19)	52 (31.51)	16 (9.69)	1 (0.61)
8. ทานยืนห่างจากบุคคลอื่น เมื่ออยู่ ในชุมชนแออัด	110 (66.67)	41 (24.84)	12 (7.28)	2 (1.21)
9. ทานหลีกเลี่ยงไปแหล่งชุมชน ถ้าไม่ จำเป็น	115 (69.70)	35 (21.21)	12 (7.28)	3 (1.81)
10. ทานปฏิบัติตามมาตรการทางสังคม อย่างเคร่งครัด (ใส่หน้ากาก อนามัย/หน้ากากผ้า ล้างมือ เว้น ระยะห่าง)	146 (88.48)	17 (10.30)	1 (0.61)	1 (0.61)

พฤติกรรมของผู้รับบริการ (จากการสังเกตของผู้ให้บริการ)

ก่อนเข้ารับบริการ

ผู้รับบริการผ่านการคัดกรองด้วยการวัดไข้จากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล และสวมหน้ากากอนามัยก่อนเข้าสู่สถานบริการทุกราย

ข้อสังเกต มีผู้รับบริการบางราย ไม่กีดล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล บางรายใส่หน้ากากอนามัยไว้ได้คาง หรือปิดเฉพาะปากไม่ปิดจมูก

ขณะเข้ารับบริการ

ผู้รับบริการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา จัดเก้าอี้นั่งรอเว้นระยะห่าง นับจำนวนผู้เข้ารับบริการครั้งละ 20 คน ตามจำนวนที่นั่ง

ข้อสังเกต ขณะนั่งรอ มีผู้รับบริการบางรายเปิดหน้ากากอนามัยออกเพื่อคุยโทรศัพท์ หรือบางรายที่มีผู้ติดตามจะให้ผู้ติดตามเข้ามา

ด้วยไม่นั่งเว้นระยะห่างและเปิดหน้ากากออกเพื่อคุยกัน ผู้รับบริการบางรายเป็นผู้สูงอายุ มักจะเลื่อนหน้ากาลงมาปิดเฉพาะปากโดยให้เหตุผลว่าหายใจไม่ออก หายใจไม่เต็มอิ่ม

หลังเข้ารับบริการ

ผู้รับบริการเดินออกอีกทาง (จัดให้เดินไปทางเดียว ไม่เดินสวนทางกัน) และให้กลับบ้านทันทีเมื่อได้รับการรักษาเสร็จสิ้น

ข้อสังเกต เนื่องจากห้องน้ำอยู่บริเวณประตูด้านหลังจึงมีผู้รับบริการบางรายเดินสวนไปมาเพื่อออกไปเข้าห้องน้ำ หรือ ออกไปลานจอดรถด้านหลัง และผู้รับบริการบางท่านไม่ทราบว่ามีการปรับเปลี่ยนทางเข้า-ออก จึงทำให้เกิดความสับสนและสวนทางกันไปมา รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ คลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (n=165)

พฤติกรรมจากการสังเกต	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. วัดไข้	165	0
2. ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ เจล	160	5
3. สวมหน้ากากอนามัยปิดจมูกและปาก	152	13
4. เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล	165	0
5. เข้า-ออก ทางเดียวตามที่กำหนด	100	65

ความต้องการบริการจากผู้รับบริการ

ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

ผู้รับบริการให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้ ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโควิด-19 ความต้องการของประชาชนผู้มารับบริการ ต้องการให้มีการแจกเจลแอลกอฮอล์ หน้ากากอนามัย ในคลินิกโรคผิวหนัง อยากให้มีการพ่นทำความสะอาดฆ่าเชื้อทุก 1 ชั่วโมงภายในคลินิก และมีการให้คำแนะนำระหว่างเครื่องคัดกรองผู้รับบริการที่จะเข้ามาบริเวณสถานพยาบาล ถ้าเป็นไปได้อยากได้รับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ฟรี

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะ ให้มีการจัดสถานที่สำหรับให้ประชาชนไว้ล้างมือ เน้นการทำทำความสะอาดอุปกรณ์ที่บริการ เช่น เครื่องวัดความดัน พร้อมทั้งบริการฉีดวัคซีนฟรี

อภิปรายผล

การสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปที่มารับบริการในช่วงเดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2563 จำนวน 165 คน พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยศึกษาและทำงาน อาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัทเอกชนและนักเรียน/นักศึกษา สอดคล้องกับผลการศึกษาที่เป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ผู้รับบริการต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ขอความร่วมมือ

มือประชาชน งดกิจกรรมชุมนุมหรืออยู่กันเป็นกลุ่มก้อน จากการสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ด้วยแบบสำรวจ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 80 ปฏิบัติตามมาตรการขอความร่วมมือของรัฐบาล แต่มีข้อสังเกตได้ว่าการสวมหน้ากากอนามัย (surgical mask) เมื่อแสดงอาการทางระบบทางเดินหายใจเช่น ไอ จาม มีน้ำมูก เสมหะ แม้จะอยู่ภายในบ้าน ถึงแม้จะมีระดับการป้องกันตนเองภาพรวมมากกว่าร้อยละ 80 แต่การสวมหน้ากากอนามัยเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติอย่างยิ่งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแก่สมาชิกในครอบครัว ควรส่งเสริมการรับรู้ในเรื่องการป้องกันโรคเพื่อประโยชน์ในการป้องกันตนเอง⁽¹⁰⁾ และจากข้อเสนอแนะ ผู้รับบริการต้องการให้มีการแจกหน้ากากอนามัยและเจลล้างมือ เป็นไปได้ว่า ความพอเพียงหรือแหล่งที่จะหาซื้ออุปกรณ์ป้องกันอาจไม่เพียงพอ ประกอบกับผู้รับบริการบางส่วนเป็นเยาวชนและนักศึกษา การซื้อหาอุปกรณ์ป้องกันต่างๆ มีความจำเป็นต้องหาเพิ่มเนื่องจากอัตราการใช้จะบ่อยกว่ากลุ่มอาชีพอื่น อาจจะไม่เพียงพอหรือขาดแคลน การจัดสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรคให้มีเพียงพอพร้อมใช้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง^(11,14) สำหรับการฉีดพ่นเพื่อฆ่าเชื้อ เนื่องจากสถานพยาบาลเป็นหน่วยงานบริการที่มีคนอยู่ตลอดเวลา การฉีดพ่นจึงไม่แนะนำ แต่สามารถปรับเป็นการเช็ดทำความสะอาดบริเวณจุดสัมผัสทุก 1-2 ชั่วโมงด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ พร้อมทั้งดำเนินการประชาสัมพันธ์ด้วยการติดประกาศตาราง

การทำความสะอาดตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ประชาชนที่มารับบริการทราบ การสร้างการรับรู้และทัศนคติที่ดีในการป้องกันการแพร่เชื้อเป็นสิ่งสำคัญที่หน่วยงานภาครัฐที่เป็นหน่วยงานทางด้านวิชาการควรดำเนินการอย่างเร่งด่วนและรวดเร็ว เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชนทราบต่อไป

จากการศึกษาและทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างคลินิกโรคผิวหนังกับอาการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการทางผิวหนังร่วมด้วย^(12,13) การจัดการบริการคัดกรองและเฝ้าระวังอาการที่เข้าได้กับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้รับบริการคลินิกโรคผิวหนัง จึงต้องมีการดำเนินอย่างเคร่งครัดและเพื่อให้การศึกษานี้เป็นประโยชน์ในอนาคต ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเชิงลึกในเรื่องอาการและอาการแสดงทางผิวหนังของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยต่อไป

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

อรรวรรณ วงศ์สถิต, สมคณีย์ อ่ำสุริยา. การสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการในคลินิกโรคผิวหนัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(1): หน้า 1-12.

Suggested citation for this article

Wongsathit O, Amsuriya S. Survey of Corona Virus diseases 2019 (COVID-19) prevention behavior among clients in dermatology clinic, Institute for Urban Disease Control and Prevention. Institute for Urban Disease Control and Journal 2021; 6(1): page 1-12.

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน
2. เสนอนโยบายการป้องกันการติดเชื้อของผู้รับบริการเมื่อมารับบริการในสถานพยาบาลทุกระดับ อย่างเพียงพอเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเอง
3. จัดบริการอุปกรณ์ป้องกันอัตโนมัติเพื่อให้เข้าถึงได้ง่ายลดการสัมผัส ง่าย สะดวก หรือจัดบริการจุดขายอุปกรณ์ในราคาถูก เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยนาร่องการบริการโรคในพื้นที่เขตเมือง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในเกิดการป้องกันตนเอง
4. พัฒนาความรู้ความเข้าใจให้กับผู้รับบริการและสื่อสารให้ประชาชนปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตามมาตรการทางสังคมและตามมาตรฐานควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด

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. คำแนะนำการใช้อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment, PPE) ฉบับ วันที่ 20 เมษายน 2563[อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g07_ppe_200463.pdf
3. จารุวรรณ แผลมไธสง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กกรุงเทพมหานคร[อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://thaiphn.org/journal/thai/2562/journal1_62/1%20%E0%B8%88%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%A7%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%93.pdf
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g05_010563.pdf
5. Farah M, Ibtissam AF, Salim G. A Review of the Dermatological Manifestations of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Dermatology Research and Practice [internet]. 2020[cited 2021 Mar 5]:2020:1-9. Available from: <https://doi.org/10.1155/2020/9360476>
6. Jiajia L, Zexing S, Xiaoping M, Hang L, Yan L, Liyun D, et al. Skin damage among health care workers managing coronavirus disease-2019. Journal of the American Academy of Dermatology[internet]. 2020[cited 2021 Mar 5];82:1215-16. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.03.014>
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. **แนวทางการจัดระบบบริการของโรงพยาบาลกรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 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. บุษกร พันธเมธาฤทธิ์, ลักษณะ คงแสง, จุฑารัตน์ คงเพชร, ปราณี คำจันทร์,ลดาวลัย ประทีป ชัยกูร, พรทิพย์ พูลประภัย. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลเด็กของผู้ปกครองในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่บ้าน**. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562; 39(2):23-63.
11. จีระศักดิ์ เจริญพันธ์และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). **พฤติกรรมสุขภาพ Health behavior**. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: โรงพิมพ์คลังน่านานาวิทยา.
12. Genovese G, Moltrasio C, Berti E, Marzano A.V. **Skin Manifestations Associated with COVID-19: Current Knowledge and Future Perspectives**. Dermatology[internet]. 2021[cited 2021 Mar 5];237:1-12. Available from: <https://doi.org/10.1159/000512932>
13. Razvigor D and Nikolai T. **Covid-19 pandemic and the skin - What should dermatologists know?. Clinics in Dermatology**[internet]. 2020[cited 2021 Mar 5];38:785-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102542/pdf/main.pdf>
14. กมลรัตน์ (ศักดิ์สมบูรณ์) เทอร์เนอร์และศุภาพิชญ์ (มณีสคร) โพน โบรมแมนน์. **พฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติในประเทศไทย.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**[อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2564];23:1:1-14. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/9816>

Case Report of Skin Lesions in COVID-19 Patient in A Private Hospital, Thailand in April 2020

นาธาน กุลภักทรเวท
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Nathan Kunlaphattarawet
Institute for Urban Disease Control and Prevention

Received 2021 Jan 25, Revised 2021 Feb 17, Accepted 2021 Mar 5

บทคัดย่อ

รายงานฉบับนี้เกี่ยวข้องกับผื่นในผู้ป่วย COVID-19 โดยการยกตัวอย่างผู้ป่วยจริง ดังนี้ ผู้ป่วยหญิงอายุ 28 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว หลังจาก 2 วันที่มีไข้ได้ตรวจพบว่าติดเชื้อ SARS-CoV-2 และวันที่ 2 ของวันที่มีไข้พบว่าผื่นบริเวณต้นแขนและต้นขา ไม่มีอาการคัน ปวดกล้ามเนื้อ ถ่ายเหลว 3 ครั้ง ใน 1 วัน จากการตรวจร่างกายพบ There were multiple discrete blanchable erythematous macules and papules on the upper and lower extremities (both arms and thighs), no involvement in other parts of the skin area; such as, the conjunctiva, face, oral area, trunk, genitals, palms, and soles. จากอาการและการตรวจร่างกาย ผื่นที่สามารถเป็นได้มากที่สุดคือ ผื่นจาก Coronavirus แต่ก็ควรระวังถึงผื่นโรคอื่นๆด้วยเช่นกัน อันได้แก่ Chikungunya, Zika, Measles, Rubella, Infectious mononucleosis, Dengue fever and Dengue hemorrhagic fever, acute retroviral syndrome, Secondary syphilis, Scrub typhus, Lepromatous Leprosy and Candidiasis. และควรตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (lab test) โรคดังกล่าวข้างต้นในกรณีถ้ามีช่วงเวลาการระบาดของโรค ณ เวลานั้น แต่ในผู้ป่วยรายนี้ ไม่ส่งตรวจเนื่องจากเป็นช่วงระบาดของ COVID-19 และควรนึกถึงผื่นจากการแพ้ยา จากการตรวจ lab ไม่พบว่า eosinophil สูง แสดงว่าไม่มีการทำลายเนื้อเยื่อภายใน (internal organ damage) จากการแพ้ยา ไม่แนะนำให้ทำการตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) เพราะไม่ได้ช่วยในการวินิจฉัยการติดเชื้อ เว้นแต่สงสัยการแพ้ยาขั้นรุนแรง การรักษาคือ corticosteroid 2 วัน จากนั้นผื่นหายเอง มีรายงานจากทั่วโลกว่า ผื่นจาก COVID-19 นั้นมีหลายรูปแบบ ดังนี้ maculopapular rash, vesicular, Urticarial lesion, Liveo reticularis, Violaceous rash, COVID toe, petechiae and purpura, papulosumous ผื่นไม่ได้บ่งบอกถึงความรุนแรงของการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ณ ปัจจุบันนี้ไม่มีหลักฐานแสดงอย่างชัดเจนว่าผื่น COVID-19 จะแสดงออกมาในรูปแบบใดอันเนื่องมาจากเป็นโรคอุบัติใหม่ พบว่า maculopapular rash (MP rash) เป็นผื่นที่พบได้บ่อยที่สุด ผื่นจะหายเองภายใน 2 สัปดาห์

โดยไม่ทิ้งรอยดำ อย่างไรก็ตาม การติดตามอาการของผู้ป่วยจะสามารถบอกอาการแสดง และเรียนรู้เกี่ยวกับผื่นชนิดนี้ เพื่อนำความรู้ไปดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

Key words: โรคโควิด-19. รอยโรคผิวหนัง. ผื่นตุ่มนูนแดง

Abstract

This report examined rash in COVID-19 patients by demonstrating a real case. The participant was a 28-year-old Thai female, who had no food or drug allergies. After having a fever for two days, she was detected with a COVID-19 infection together with muscular pain, rash on the extremities, and watery diarrhea for three times.

Physical examination: There were multiple discrete blanchable erythematous macules and papules on the upper and lower extremities (both arms and thighs), no involvement in other parts of the skin area; such as, the conjunctiva, face, oral area, trunk, genitals, palms, and soles.

Impression: Skin appearance of Coronavirus.

Differential diagnosis: Chikungunya, Zika, measles, rubella, infectious mononucleosis, dengue fever and dengue hemorrhagic fever, acute retroviral syndrome, secondary syphilis, Scrub typhus, lepromatous leprosy and Candidiasis.

Laboratory investigation: A complete blood count (CBC) showed no surging eosinophil, which inferred that there was no internal organ damage from any medication. A biopsy was not recommended because this would not help to indicate the viral infection apart from suspecting a severe drug allergy. The liver function and urine analysis were also normal in this case.

Treatment: Topical corticosteroid; oral antihistamine. In this case, topical corticosteroid was applied two times per day then the rash faded within two days without postinflammatory hyperpigmentation.

Conclusion: As COVID-19 is a new emerging disease, the information about skin lesions in this viral infection is still limited. Furthermore, many articles have reported different types of skin rash as part of COVID-19, including maculopapular rash (MP rash), vesicular, urticarial lesion, liveo reticularis, violaceous rash, COVID toe, petechiae and purpura, and papulosquamous lesions. MP rash is the most common skin lesion from COVID-19; conversely, the rash was not the indicator for the severity of the infection. Hence, further study would still be needed.

Key words: Skin lesions in COVID-19. Skin appearance of Coronavirus. Maculopapular eruption. COVID-19 disease.

Introduction

The COVID-19 pandemic has been spreading around the world since the end of 2019. Moreover, the situation in each country has been different. Thailand is also one of those countries that has been affected by the pandemic.

In addition, skin lesions during COVID-19 have gained some interest due to limited information. Many articles from around the world have reported about skin lesions with different types of appearance. Therefore, this report focused on skin lesions in a detected COVID-19 patient in a private hospital in Thailand.

Due to the patient's request for confidentiality, a similar photo to this case was used instead.



Source: [https://dermnetnz.org/topics/exanthems/\(1\)](https://dermnetnz.org/topics/exanthems/(1))

General case information

The participant was a 28-year-old female Thai nurse. 11 April, 2020, (onset date): The patient developed a shivering sensation. 13 April 2020 (hospital date): The participant had a fever, rash on the proximal arms and legs that faded after two days, watery diarrhoea for three times, and muscular pain. The result of a nasal swab detected COVID-19 (tested date: 14 April, 2020) then an investigation for close contact was implemented.

The result found that the participant had been working as a private nurse taking care of one of the patients who had tested positive for COVID-19 from a swab result. Nonetheless, the case index was unable to express who had initially developed the symptoms.

Examination: The participant had no evidence of paleness and jaundice.

Skin lesion: There were multiple discrete blanchable erythematous macules and papules on the upper and lower extremities (both arms and thighs), no involvement in other parts of the skin area; such as, the conjunctiva, face, oral area, trunk, genital, palms and soles.

Lymph node: The participant had no superficial lymphadenopathy.

Abdomen: The liver and spleen could not be palpated.

Differential diagnosis

1. Skin appearance of Coronavirus.

There was blanchable erythematous rash on the upper and lower extremities (arms and legs); therefore, maculopapular rash (MP rash) was used to describe the skin lesions on this patient. Itchiness is generally not found in this type of rash. However, this characteristic of skin lesions could be found in other viral infections, which are called viral exanthem. The rash was found in this patient while detecting the COVID-19 infection and the pandemic period of the Coronavirus, which tended to be the main type of rash from COVID-19.⁽²⁻⁸⁾

2. Viral exanthemas or other agents.

Maculopapular rash can be found in viral infections or other agents; such as, Chikungunya, Zika, measles, rubella, infectious mononucleosis, dengue fever and dengue haemorrhagic fever, acute retroviral syndrome, secondary syphilis, Scrub typhus, lepromatous leprosy, and Candidiasis. Those above-mentioned viral infections should be further investigated individually for the case of the pandemic together with other symptoms; such as, conjunctivitis and arthritis. A laboratory investigation may be needed for the differential diagnosis.⁽²⁻⁸⁾

3. Drug eruption results in maculopapular rash

The participant had no evidence of taking any medication during the previous 14 days apart from paracetamol for fever, and the patient had no history of any drug allergies, especially paracetamol. However, an investigation should also be done to confirm for drug allergies.⁽²⁻⁸⁾

Laboratory investigation

- A complete blood count (CBC) was done to indicate the severity of any drug allergies and indicate any internal organ damage, which showed a normal level of absolute eosinophil. A liver function test and urinary examination also displayed normal results in this patient.

- In case of other viral infections resulting from the pandemic, further laboratory tests should be done for confirming those infections; such as, polymerase chain reaction (PCR) for Chikungunya, PCR for Zika, dengue IgM/IgG and dengue NS1 antigen. In this case, the above laboratory tests were not conducted, as this period was not the pandemic of those viral infections.

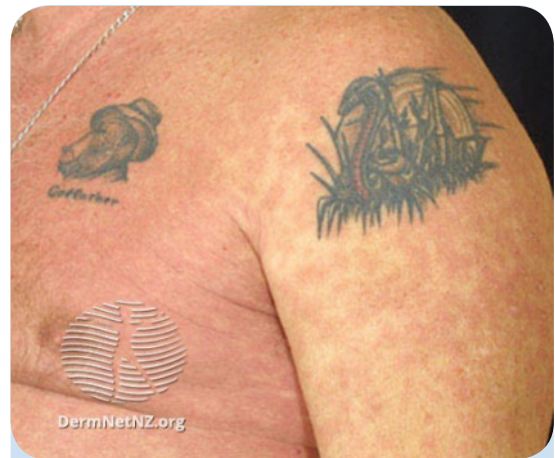
- A skin biopsy was not recommended for the diagnosis of the viral infections apart from suspecting severe drug allergies.

Conclusion of the diagnosis: Maculopapular rash due to the Coronavirus.

COVID-19 is an infection of acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), which is an RNA virus. Moreover, it can be transmitted to humans from a droplet in the nostril, saliva to a mucous membrane, including the mouth, nose, and eye. Some evidence also reports of the spreading of this virus via the gastrointestinal system. Most of the symptoms comprise fever, difficulty to breath, bloody cough, arthritis, arthralgia, nausea, vomiting, or diarrhea. In addition, the virus can be spread during both the symptomatic and asymptomatic periods. Furthermore, the incubation period of SARS-CoV-2 is around four days to two weeks; however, some reports have shown an incubation period of 27 days. Most patients also show symptoms after approximately 11 days. Even though the laboratory test was initially negative after the treatment, the follow-up for the PCR test was positive again, which could not indicate that the patient could still spread the virus to others or not. As a consequence, self-quarantine had to be done after the last day of discharge from the hospital. ⁽²⁻⁹⁾

Conclusions of skin lesions as part of COVID-19 have been reported from around the world as follows:

- Erythematous rash, including maculopapular rash and morbilliform rash have the greatest number of case reports with no or mild itchiness. The rash was found on the trunk and could eventually fade by itself. ⁽¹⁾



Source: <https://dermnetnz.org/topics/exanthems/>

- Urticarial lesion. ⁽¹⁰⁾



Source: <https://dermnetnz.org/topics/urticaria-and-urticaria-like-conditions/>

- Vesicular lesion.⁽¹¹⁾

Blistering diseases



Vesicles



A bulla



Crust

Source: <https://dermnetnz.org/topics/blistering-skin-conditions/>

- The violaceous rash on the palms and feet, especially the distal area due to the inflammation of the vessels in cold weather, which are called COVID toe or chilblains or perniosis. There have been several rashes; such as, bleb, blister, and edematous.⁽¹²⁾

Chilblains



Perniosis



Perniosis



Perniosis



Source: <https://dermnetnz.org/topics/chilblains/>

- Livedo reticularis was also found in both the unilateral and bilateral forms.⁽¹³⁾

Livedo racemosa



Livedo reticularis



Livedo racemosa

Source: <https://dermnetnz.org/topics/livedo-reticularis/>

- Petechiae and purpura due to vasculitis.⁽¹⁴⁾

Purpura



Suction bruise



Injury



Venous stasis



Vasculitis



Steroid purpura



Disseminated intravascular coagulation

Source: <https://dermnetnz.org/topics/purpura/>

- Papulosquamous which is similar to Pityriasis rosea.⁽¹⁵⁾

Pityriasis rosea: herald patch



Pityriasis rosea



Pityriasis rosea



Pityriasis rosea

Source: <https://dermnetnz.org/topics/pityriasis-rosea/>

The existing evidence showed that the rash in COVID-19 patients was not relevant to the severity of the infection of Coronavirus. There was also no evidence to support about the mechanism in each type of rash in COVID-19 patients, as the virus was a new emerging disease.⁽¹⁻⁸⁾

Treatment

There is no specific treatment for rash in COVID-19. Supportive treatment is also required; such as, topical corticosteroid and oral antihistamine.⁽²⁻⁸⁾

Prognosis

Presently, there is no existing evidence that shows the duration of the rash in COVID-19. Some articles have reported that the rash would fade within one-two weeks without any specific treatment, which would be similar to other viral rashes. Additionally, there was no post inflammatory hyperpigmentation after recovery.⁽²⁻⁸⁾

In this case, the most likely possibility of rash from COVID-19 would occur at the beginning when a patient had a fever within two days together with a detected COVID-19 test. The laboratory showed no eosinophil surge, which would indicate any drug allergies. Topical corticosteroid was also applied two times per day then the rash disappeared within two days without any post inflammatory hyperpigmentation.⁽²⁻⁸⁾

What can be learned from this scenario?

- COVID-19 is a new emerging disease; therefore, up-to-date information is necessary for physicians for the effective treatment of patients.
- Several types of skin lesions have developed in COVID-19 cases; such as, maculopapular rash, papulosquamous, livedo reticularis, purpura, chilblain, vesicle, urticaria. The rash would be self-fading within two weeks.⁽²⁻⁹⁾

Suggested citation for this article

Kunlaphattharawet N. Case Report of Skin Lesions in COVID-19 Patient in a Private Hospital, Thailand in April 2020. Institute for Urban Disease Control and Journal 2021; 6(1): page 13-22.

References

1. Amanda Oakley Exanthems.Derm Net NZ. **updated 2015[cited 2021 Jan 18]**. Available from: <https://dermnetnz.org/topics/exanthems/>
2. ลีนา จุฬารัตน์มนตรี, นฤมล ศิลปอาชา, ชูดา รุจิธารณวงศ์, บรรณาธิการ. **Siriraj's Derm Diaries Book2**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2563.
3. Tay MZ, Poh CM, Renia L, MacAry PA, Ng L. **The trinity of COVID-19: immunity, inflammation and intervention**. Nat Rev Immunol 2020;doi.org/10.1038/s41577-020-0311-8
4. Cascella M, Rajnik M, Cunomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. **Feature, Evaluation and Treatment Coronavirus(COVID-19)**. In; StatPearls[internet]. Treasure Island (FL); StatPearls Publishing.2020.
5. Sachdeva M, Gianotti R, Shah M, Bradanini L, Tosi D, Veraldi S, et al. **Cutaneous manifestations of COVID-19; Report of three cases and a review of literature**. J Dermatol Sci 2020; doi10.1016/j.jdermsci.2020.04.011
6. Jia JL, KamcevaM, Rao SA, Linos E. **Cutaneous Manifestations of COVID-19; A Preliminary Review**. J Am Acad Dermatol 2020;doi.org/10.1016/j.jaad.2020.05.059
7. วาสนา วชิรมน, พูลเกียรติ สุขนวนิช, บรรณาธิการ. **Practical Dermatology**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ภาพพิมพ์; 2563.
8. ปรียา กุลละวณิชย์,ประวิตร พิศาลบุตร. **บรรณาธิการ. Dermatology 2020**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโอเอสติก พับลิชชิง จำกัด; 2555.
9. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข โดยคณะกรรมการด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ คณะอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ (คณะกรรมการกำกับดูแลรักษาโควิด-19). **ฉบับปรับปรุง วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2563**.
10. Amanda Oakley. Urticaria and Urticaria-like conditions.Derm Net NZ. **2011 [cited 2021 Jan 18]**. Available from: <https://dermnetnz.org/topics/urticaria-and-urticaria-like-conditions/>
11. Amanda Oakley. Bistering skin conditions.Derm Net NZ. **2015 [cited 2021 Jan 18]**. Available from: <https://dermnetnz.org/topics/blistering-skin-conditions/>

12. Amanda Oakley. Chilblain. [Derm Net NZ.1999\[cited 2021 Jan 18\]](https://dermnetnz.org/topics/chilblains/). Available from: <https://dermnetnz.org/topics/chilblains/>
13. Vanessa Ngan, Staff Writer, 2003..Updated by Dr Sara de Menezes, Basic Physician Trainee, Alfred Health, Melbourne, Australia; Chief Editor, Dr Amanda Oakley, Dermatologist, Hamilton, New Zealand, September 2016. Livedo reticularis. [Derm Net NZ.1999\[cited 2021 Jan 18\]](https://dermnetnz.org/topics/livedo-reticularis/). Available from: <https://dermnetnz.org/topics/livedo-reticularis/>
14. Vanessa Ngan, Staff Writer, 2005. [Updated by Hon A/Prof Amanda Oakley, November 2015.Purpura.Derm Net NZ.1999 \[cited 2021 Jan 18\]](https://dermnetnz.org/topics/purpura/). Available from: <https://dermnetnz.org/topics/purpura/>
15. Amanda Oakley. Pityriasis Rosea. [Derm Net NZ.2014\[cited 2021 Jan 18\]](https://dermnetnz.org/topics/pityriasis-rosea/). Available from: <https://dermnetnz.org/topics/pityriasis-rosea/>

การศึกษาความชุกและลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จังหวัดปทุมธานี ปี 2561

Prevalence and Characteristics of Hepatitis B Virus Infection among Pregnant Women in Pathum Thani Province, 2018

สุชาญวัชร สมสอน, กัทลี หารคุโน, ดารณี ภักดีวาปี, ชมพูนุท มนะนัตย์
Suchanwat Somsorn, Kattalee Harnkuno, Daranee Phukwapee, Chompunuth Nanart

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
The Office of Disease Prevention and Control 4 Saraburi

Received 2021 Mar 21, Revised 2021 Mar 27, Accepted 2021 Mar 27

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความชุกและลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2561 จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จำนวน 2,982 ราย มีผลการตรวจ hepatitis B surface antigen (HBsAg) เป็นบวก จำนวน 29 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการศึกษา พบว่า จากข้อมูลหญิงตั้งครรภ์จำนวน 2,982 ราย มีผลการตรวจ hepatitis B surface antigen (HBsAg) เป็นบวก จำนวน 29 ราย (ความชุก ร้อยละ 1.0) มีอายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 58.6 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอคลองหลวง ร้อยละ 55.2 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 75.9 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 69.0 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 75.9 ส่วนระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 55.2 นอกจากนี้สถานพยาบาลที่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ร้อยละ 48.8 มีอายุครรภ์ 15 - 28 สัปดาห์ ร้อยละ 44.8 และจำนวนของการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 37.9 จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2561 มีแนวโน้มพบในการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ได้รับการรักษาตั้งแต่ตรวจพบการติดเชื้อแล้ว จะสามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกได้

คำสำคัญ : ความชุก, ลักษณะ, หญิงตั้งครรภ์, ไวรัสตับอักเสบบี

Abstract

The cross-sectional study aims to study characteristics of hepatitis B virus Infection among pregnant in Pathum Thani province. The subjects were 29 pregnant who had HBsAg test-positive and registered in Health Data Center (HDC) program during January to December 2018 in hospitals under Ministry of Public Health in Pathum Thani Province. The pregnant record form was developed for the study by the researcher. Descriptive statistics was used to summarize the results of analysis.

Of 2,982 pregnant, have Hepatitis B surface antigen (HBsAg) positive 29 pregnant (prevalence 1.0%). Of 29 hepatitis B infection pregnant, 58.6% were 30 - 39 years old, 55.2 % were domicile in Klong Luang district, 75.9% were Employee, 69.0% were Thai, 75.9% were Buddhist, 55.2% unschooled, 48.8% had antenatal care in hospitals, 44.8% had gestational in 15 - 28 weeks and 37.9% had multigravida (3th). From the results of this study represent to rising trend hepatitis B virus infection among pregnant in multigravida also if there were screening HBsAg test and treated hepatitis B virus infection which influence to prevent hepatitis B virus Infection maternal to child transmission.

Keywords: prevalence, characteristics, pregnant, hepatitis B virus

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) เป็นโรคตับชนิดร้ายแรงที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B virus) ซึ่งอยู่ในกลุ่ม hepadnaviral⁽¹⁾ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าร้อยละ 5 ของประชากรโลก หรือประมาณ 3.5 ล้านคน มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และมีผู้เป็นพาหะเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มากกว่า 370 ล้านคนทั่วโลก ในแต่ละปี มีผู้เสียชีวิตจากเชื้อไวรัสชนิดนี้มากกว่า 250,000 คนต่อปี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้บางคน อาจจะมีการดำเนินโรคไปเป็นตับแข็ง และมะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma⁽²⁾ นอกจากนี้ยังสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ และมีการติดต่ออย่างแพร่หลายทุกกลุ่มอายุ โดยการติดต่อของเชื้อมีทั้งทางตรง คือการสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งจากผู้ติดเชื้อ และผู้ที่เป็พาหะของเชื้อทางอ้อม เช่น การใช้อุปกรณ์ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ และการแพร่กระจายของเชื้อจากมารดาสู่ทารก ซึ่งปัจจุบันพบว่า การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในขณะตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากไวรัสตับอักเสบบี สามารถถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ในระหว่างการคลอด และภายหลังคลอด ซึ่งในสตรีตั้งครรภ์จะเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี ประมาณร้อยละ 6⁽³⁾ ในจำนวนที่เป็นพาหะนี้จะตรวจพบ HBsAg ประมาณร้อยละ 40 จากการคาดประมาณในประเทศไทย มีเด็กเกิดใหม่ ปีละประมาณเกือบ 1 ล้านคน จะพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากมารดาสู่ทารกจะประมาณร้อยละ 2 - 3 ของทารกแรกเกิด หรือประมาณ 20,000 - 30,000 คน และจะกลายเป็นพาหะภายในขวบปีแรก และจะมีการแพร่กระจาย

เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต่อไปแบบ horizontal ไปยังเด็กอื่น ทำให้อัตราการเป็นพาหะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6 - 8⁽⁴⁾

ข้อมูลสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 - 2560 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนอยู่ระหว่าง 12.52 - 14.44 จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ จังหวัดเลย 27.3 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดนครปฐม 24.1 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดปราจีนบุรี 23.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽⁵⁾ โดยจากฐานข้อมูล 43 แห่ง กระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2561 พบว่า มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 43,330 ราย ส่วนในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ 6,502 ราย⁽⁶⁾ นอกจากนี้จากข้อมูลไวรัสตับอักเสบบี จากสรุปรายงานประจำปีสำนักระบาดวิทยา ในปี 2561 โดยอัตราป่วยโรคตับอักเสบบี พบสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดสระบุรี มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 8.57, 7.61, 7.26, 5.17 และ 4.68 ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดปทุมธานี ปี 2559 - 2561 พบว่า มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 4.2, 5.9 และ 8.57 ตามลำดับ^(6, 7) แสดงให้เห็นว่า มีอัตราป่วยแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ^(8, 9, 10) แต่ในการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษาลักษณะส่วนข้อมูลการฝากครรภ์ เช่น อายุครรภ์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ด้วย^(11, 12)

ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกและลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งหากทราบถึงลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แล้วนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดำเนินการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดปทุมธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2561 จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จำนวน 2,982 ราย⁽⁶⁾

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2561 จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ที่มีผลการตรวจ hepatitis B surface antigen (HBsAg) เป็นบวก จำนวน 29 ราย⁽⁶⁾

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาแบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตำราที่เกี่ยวข้อง จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ภูมิสำเนา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานพยาบาลที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์ และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา 1 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือมาแก้ไขปรับปรุงก่อน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมิถุนายน 2563 ตามแบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2561 จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ประกอบด้วย อายุ ภูมิสำเนา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานพยาบาลที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์ และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เลขที่ PPHO-REC 2562/019 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตัวแปรประกอบด้วย อายุ ภูมิลำเนา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานพยาบาลที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์ และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

จากข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 2,982 ราย มีผลการตรวจ hepatitis B surface antigen (HBsAg) เป็นบวก จำนวน 29 ราย ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จังหวัด

ปทุมธานี เป็นร้อยละ 1.0 นอกจากนี้ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่า มีอายุเฉลี่ย 31 ± 6 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 58.6 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอคลองหลวง ร้อยละ 55.2 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 75.9 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 69.0 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 75.9 ส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 55.2 นอกจากนี้สถานพยาบาลที่ฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ร้อยละ 48.8 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 18 ± 8 สัปดาห์ มีอายุครรภ์ 15 - 28 สัปดาห์ ร้อยละ 44.8 และจำนวนของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 37.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดปทุมธานี

ข้อมูล	จำนวน (n=29)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20 - 29	9	31.0
30 - 39	17	58.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 40	3	10.4
(Mean = 31.7, SD = 6.2, Min = 21, Max = 46)		
ภูมิลำเนา		
เมืองปทุมธานี	5	17.2
คลองหลวง	16	55.3
ธัญบุรี	2	6.9
หนองเสือ	1	3.4
ลาดหลุมแก้ว	2	6.9
ลำลูกกา	2	6.9
สามโคก	1	3.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จังหวัดปทุมธานี (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (n=29)	ร้อยละ
อาชีพ		
ค้าขาย	1	3.4
รับจ้าง	22	75.9
นักเรียน/นักศึกษา	2	6.9
เกษตรกร	1	3.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	10.4
เชื้อชาติ		
ไทย	20	69.0
กัมพูชา	7	24.1
พม่า	2	6.9
ศาสนา		
พุทธ	22	75.9
อื่นๆ เช่น คริสต์ อิสลาม ฮินดู เป็นต้น	7	24.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	16	55.2
ประถมศึกษา	2	6.9
มัธยมศึกษา	10	34.5
อนุปริญญา	1	3.4
สถานพยาบาลที่ฝากครรภ์		
โรงพยาบาล	14	48.3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	11	37.9
คลินิกเอกชน	4	13.8
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
1 – 14	10	34.5
15 – 28	13	44.8
29 - 42	6	20.7
(Mean = 18.7 สัปดาห์, SD = 8.7, Min = 5 สัปดาห์, Max = 36 สัปดาห์)		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	1	3.4
ครรภ์ที่ 2	10	34.5
ครรภ์ที่ 3	11	37.9
มากกว่าหรือเท่ากับครรภ์ที่ 4	7	24.2

สรุปและวิจารณ์ผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดปทุมธานี เป็นร้อยละ 1.0 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้จังหวัดปทุมธานีเป็นสภาพสังคมแบบชุมชนเมือง แต่ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต่ำ เนื่องจากในจังหวัดปทุมธานีเป็นชุมชนเมืองทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการการฝากครรภ์ได้มากทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน รวมถึงในปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์สามารถศึกษาข้อมูลการดูแลตนเองหรือแนวทางการดูแลขณะตั้งครรภ์จากสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ ได้มากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร เสงประเสริฐ⁽⁸⁾ พบว่า ปี 2553 พบความชุกของไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ถึงร้อยละ 3.0 สอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ เห็นภูมิ พบว่า ปี 2553 มีความชุกไวรัสของตับอักเสบบี ในหญิงฝากครรภ์ของโรงพยาบาลศูนย์อุบลราชธานี ร้อยละ 4.48⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีอายุเฉลี่ย 31 ± 6 ปี โดยช่วงอายุ 30 – 39 ปี ร้อยละ 58.6 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร เสงประเสริฐ⁽⁸⁾ พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ส่วนใหญ่มีอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 45.0 เช่นเดียวกับการศึกษาของ นันทวัน กลึงเทศ และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 53.1 และการศึกษาของ พรสวรรค์ เห็นภูมิ⁽¹⁰⁾ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีผลตรวจ HBsAg เป็น

บวก ในกลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 26.9 ทำให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้มีความสามารถที่เข้าถึงบริการการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพที่มีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอคลองหลวง ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีเชื้อชาติไทยมากที่สุด เนื่องจากในอำเภอคลองหลวงเป็นสังคมเมืองที่มีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก โดยหนึ่งในสามเป็นแรงงานข้ามชาติ โดยการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์แต่กลุ่มอื่นๆ อาจพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเมื่อตรวจพบการติดเชื้อแล้วจะส่งผลให้เข้ารับการรักษาได้ทันที แต่ยังมีในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคลินิกเอกชน ที่ต้องใช้กระบวนการในการส่งต่อทำให้เข้ารับการรักษาล่าช้า ทั้งนี้ในการศึกษานี้ยังพบว่า มีแนวโน้มที่พบการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Amsalu และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มากที่สุด เป็นช่วงอายุครรภ์ช่วงไตรมาสที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 9.5 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.5 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มดังกล่าว คือ พฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคน และมีประวัติการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย และจากการศึกษาของ Gedefaw และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า มีประวัติการตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.7 ดังนั้นในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ จึงควร

เร่งรัดให้มีการคัดกรองตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพของ กรมอนามัย⁽¹³⁾ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะต้องได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ โดยได้รับการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติ โดยผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับวิตามิน ฯลฯ ตามสิทธิประโยชน์ จากเกณฑ์ดังกล่าวจึงทำให้สามารถคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์

มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรกในทุกๆ ตามเกณฑ์ และตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจ HBsAg เป็นบวก ได้เข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยในครั้งนี้ ได้สำเร็จลุล่วง โดยได้รับอนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัย ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี และได้รับการอนุเคราะห์ ข้อมูล คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ จาก คุณ ธิติกาญจน์ หนูดี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และ คุณวัชรินทร์ ทองดี นักทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และขอขอบคุณนายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์ ที่ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการวิเคราะห์และจัดทำรายงาน อีกทั้งให้ข้อเสนอแนะในการวิจัย เพื่อให้มีความสมบูรณ์ในงานวิจัยในครั้งนี้

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สุชาญวัชร สมสอน, กัทลี หารคุโน, ดารณี ภักดีวาปี, ชมพูนุท มะนาคย์. การศึกษาความชุกและลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดปทุมธานี ปี 2561. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(1): หน้า 23-32.

Suggested citation for this article

Somsorn S, Harnkuno K, Phukwapee D, Nanart C. Survey of Corona Virus diseases 2019 (COVID-19) prevention behavior among clients in dermatology clinic, Institute for Urban Disease Control and Prevention. Institute for Urban Disease Control and Journal 2021; 6 (1): page 23-32.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Hepatitis B and breastfeeding [Internet]**. 2009 [cited 2020 Apr 13]. Available from: <http://www.who.int/wer>
2. Kowdley KV. **The cost of management chronic hepatitis B infection: A global perspective**. Journal of gastroenterology 2004; 38: 132-133.
3. สำนักสารสนเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **ไขว้ผลงานรอบ 20 ปีป้องกันโรค “ไวรัสตับอักเสบบี” [อินเทอร์เน็ต]**. 2553 [สืบค้นเมื่อ 13 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.moph.go.th/ops/iprg>
4. ไกลตา ศรีสิงห์, จิตติมา เงินมาก, นัตตา แดดสี. **ความชุกไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในจังหวัดพิษณุโลก**. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2015; 52(3): 200-205.
5. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 [อินเทอร์เน็ต]**. 2015 [สืบค้นเมื่อ 5 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th>
6. กระทรวงสาธารณสุข. **ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม [อินเทอร์เน็ต]**. **นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย.2562]**. แหล่งข้อมูล: https://pte.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php_source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32320b503b7ca9b32af425ae5&id=1c1b8e24aff59258a806f122e264031e#
7. Bureau of Epidemiology. **Annual epidemiology surveillance report 2006-2015**. Bangkok: Ministry of Public Health; 2015.
8. อัมพร เสงประเสริฐ. **ไวรัสตับอักเสบบีและซี ในหญิงตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
9. นันทวัน กลิ่งเทศ, นัยนา วัฒนกุล. **อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เอ็ดส์ และซิฟิลิส ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
10. พรสวรรค์ เห็นภูมิ. **ความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และซิฟิลิส ในหญิงที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

11. Amsalu A, Ferede G, Eshetie S, Tadewos A, Assegu D. **Prevalence, infectivity, and associated risk factors of hepatitis B virus among pregnant woman in Yirgalem hospital, Ethiopia: Implication of screening to control mother-to-child transmission.** Journal of pregnancy 2018; 363 :1687-9.
12. Gedefaw G, Waltengus F, Akililu A, Gelaye K. **Risk factor associated with hepatitis B virus infection among pregnant women attending antenatal clinic at Felege hiwot referral hospital Northwest Ethiopia, 2018: an institution base cross sectional study.** BMC Research Notes 2019; 12: 509.
13. กรมอนามัย. **คำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมอนามัย. [อินเทอร์เน็ต].** 2020. [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.planning.anamai.moph.go.th>

พฤติกรรมและความพร้อมในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มแรงงานต่างด้าวพื้นที่เขตเมือง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

The Behavior and Readiness for Responding to COVID-19 among migrant workers in Urban Areas, Bangkok, Thailand

ณัฐมา รongมาลี, เขมกร เทียงทางธรรม, พรหมพร จำปาทอง,
สุขสันต์ จิตติมณี, วรงค์ช เซษฐพันธ์
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Nattama Rongmalee, Khammakorn Thiangthangthum, Pormporn Jampathong, Sukson
Jittimanee, Warongkoch Chettaphun
Institute for Urban Disease Control and Prevention.

Received 2021 Mar 21, Revised 2021MAY 28, Accepted 2021 May 31

บทคัดย่อ

การศึกษาการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวพื้นที่เขตเมือง กรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ที่มารับบริการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 จากการค้นหาเชิงรุกในพื้นที่กรุงเทพมหานครชั้นใน ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ในวันที่ 12 กันยายน 2563 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่สามารถฟัง พูด หรืออ่านภาษาไทยได้ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ ด้วย google form

ผลการศึกษา ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 172 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 61.04 ส่วนใหญ่มีสัญชาติพม่า ร้อยละ 52.33 รองลงมา กัมพูชา 37.79 ลาว และเวียดนามน้อยสุด อยู่ในกลุ่มอายุ 26-35 ปี อาชีพรับจ้าง ลักษณะการพักอาศัย ร้อยละ 82.56 อยู่รวมกัน 2 คนขึ้นไป เวลาไม่สบายส่วนใหญ่จะไม่ไปพบแพทย์ 87.25 (ซื้อยากินเอง 48.99 หรือ ไม่ทำอะไร รอหายเอง 38.26) พฤติกรรมส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัย ร้อยละ 90.70 ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ ร้อยละ 84.88 มีการเว้นระยะห่างระหว่างกันเป็นบางครั้ง ร้อยละ 63.37 ไม่เคยเว้นระยะห่างเลยถึงร้อยละ 30.23 มีพฤติกรรมการดื่มน้ำแก้วเดียวกันกับคนอื่นหรือรับประทานอาหารจานเดียวกันกับเพื่อน ร้อยละ 21.51 ความพร้อมในการรับมือกับโรคโควิด 19 ร้อยละ 82.56 มีหน้ากากอนามัยใช้เพียงพอ ร้อยละ 59.88 มีแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ

ไว้ใช้อย่างเพียงพอมีการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ร้อยละ 64.53 และร้อยละ 50 ยังคงมีความกลัวและวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก แรงงานกลุ่มนี้มีการปฏิบัติตามมาตรการการสวมหน้ากากอนามัยและการล้างมือและมีความพร้อมในการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันไว้เพียงพอ แต่เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่ที่ยู่รวมกันทำให้ไม่สามารถเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลได้ ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงาน ควรเน้นเรื่องการป้องกันตนเอง ไม่ใช่ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น และการดูแลสุขภาพเวลาไม่สบายควรไปพบแพทย์ อย่ารอให้หายเอง

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19, แรงงานต่างด้าว, พฤติกรรม, การรับมือ

Abstract

This study shows the readiness for responding to COVID-19 among migrant workers in urban areas, (Bangkok Thailand), which is a survey study. This implementation was done by active case finding for SAR-CoV-2 by Institute for urban disease control and prevention on 12th September 2020. This survey was focusing on those who are good commands in Thai language skill such as: listening, speaking, reading and writing.

Result The number of participants is 172 cases. The majority of them were male 61.5 % whom the age group is 26-35 year-old. All of them are employee. The nationality consists of Myanmar 52.33%, Cambodian 37.79% together with Lao and Vietnamese. The number around 82% is living more than two people in the same house. When they have health condition, they prefer buying over the counter drugs to visiting doctor around 48.99% and some did not treat about 38.26%. According to health behavior, they still concerns about it such as: wearing face mask 84.88%, keep physical distancing 63.37%. However, some of them are still share utensil 59.88%. The readinesses for responding to COVID-19 are as fellow; affordable to face mask and wearing it 82.56%, people around 55% can approach to alcohol gel for washing hands, up to date about NEWS 64.53%. A number of people are 50% fearing COVID-19 of a high level. These workers follow measures to wear face masks and wash their hands regularly. As well as providing sufficient protection equipment. But due to crowed living conditions, making it difficult to keep physical distancing. Therefore prevented spreading of COVID-19 among migrant workers, should focusing on educating how to protect themselves, not sharing a personal used utensil with others, and taking care of their health. When they have health problems, they should go to see a doctor and not let the symptoms go wrong.

Keyword: COVID-19, migrant workers, Behavior, readiness for responding

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่มีคนย้ายถิ่นออก (Emigration) น้อยกว่าการย้ายถิ่นเข้าประเทศ (immigration) ในปี 2562⁽¹⁾ มีคนไทยย้ายถิ่นออกไปทำงานมากกว่า 70 ประเทศทั่วโลก มีจำนวนประมาณ 113,801 คน แตกต่างจากจำนวนผู้ย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในประเทศไทยมีจำนวนมากถึง 3,005,376 คน โดยส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ เมียนมา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และกัมพูชา

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเริ่มต้นที่ประเทศจีน⁽²⁾ ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 และเกิดการระบาดต่อมาในหลายประเทศทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงประเทศไทยด้วย องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค⁽³⁾ ประเทศไทยได้ประกาศใช้มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดอย่างเข้มข้นตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม 2563⁽¹⁾ ผ่านการประกาศใช้ พ.ร.ก.การบริหารราชการแผ่นดินในสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นหลักมาตรการต่างๆ ตั้งแต่ประกาศสั่งปิดกิจการและสถานที่เสี่ยงชั่วคราว ประกาศห้ามประชาชนออกนอกเคหสถานทั่วประเทศในช่วงเวลา 22.00 น. ถึง 04.00 น. และประกาศห้ามทุกสายการบินเดินทางมาประเทศไทย เป็นต้น จากมาตรการต่างๆ

ส่งผลกระทบต่อสถานประกอบการและการจ้างงานในสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง ทั้งแรงงานไทยที่เสี่ยงตกงาน รวมถึงแรงงานต่างด้าวจำนวนมากที่อาจจะถูกเลิกจ้าง รวมถึงแรงงานต่างด้าวบางส่วนทยอยกลับประเทศตนเอง⁽⁴⁾ แต่ยังมีแรงงานต่างด้าวบางกลุ่มยังคงพักอาศัยอยู่ในประเทศไทย เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับประเทศต้นทางและเดินทางกลับมาใหม่สูงมาก⁽¹⁾ แรงงานที่ตกค้างอยู่มากกว่า 3 เดือน มีแนวโน้มว่าไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงทั้งของตัวเองและครอบครัว เช่น ค่าเช่าห้อง ค่าอาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงที่แรงงานเหล่านี้จะรวมกลุ่มย้ายมาอยู่รวมกันจำนวนมากจนกว่าจะได้กลับมาทำงานตามปกติเพื่อลดค่าใช้จ่าย ทำให้แรงงานกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการติดต่อหรือแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 ได้สูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะสามารถควบคุมโรคได้สำเร็จโดยไม่พบรายงานผู้ติดเชื้อติดต่อกันมากกว่า 70 วัน นับตั้งแต่วันที่ 13 พฤษภาคม 2563 ถึงวันที่ 11 สิงหาคม 2563⁽⁵⁾ แต่สถานการณ์ทั่วโลกยังคงมีรายงานผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โอกาสเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รอบสองในประเทศไทยก็น่าจะเกิดขึ้นได้⁽⁶⁾ โดยเฉพาะเมื่อเริ่มเกิดการระบาดในประเทศเพื่อนบ้านที่เริ่มมีการระบาดข้ามพรมแดนเข้ามาจากบังคลาเทศ มาที่รัฐยะไข่ของประเทศพม่า อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย COVID-19 ในพม่ามีการเพิ่มขึ้นเป็นแบบก้าวกระโดด การระบาดในประเทศเวียดนาม

สู่ประเทศลาวและกัมพูชาในเวลาต่อมา ซึ่งประเทศต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีพรมแดนติดกับประเทศไทย หรือจากเหตุการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ประเทศสิงคโปร์⁽⁷⁾ ที่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งถือว่าเป็นเป็นสัญญาณเตือนเริ่มแรกให้ทุกประเทศทั่วโลกตระหนักว่ามาตรการรับมือภัยพิบัติโรคระบาดใหญ่ต้องครอบคลุมกลุ่มประชากรทุกกลุ่มไม่ว่าจะสัญชาติอะไรหรือมีสิทธิทางสุขภาพแบบใด และแม้ในประเทศพัฒนาแล้วความแออัดของที่อยู่อาศัยของกลุ่มแรงงานข้ามชาติในสิงคโปร์เช่นเดียวกับสภาพเป็นอยู่ของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย การศึกษาเรื่องพฤติกรรมและความพร้อมในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวพื้นที่เขตเมือง กรุงเทพมหานคร จะช่วยให้ทราบถึงพฤติกรรมและความพร้อมของแรงงานต่างด้าวพื้นที่กรุงเทพมหานครในการรับมือกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการวางแผนการเฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้เกิดระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวทั้งที่อยู่ในประเทศและที่จะเดินทางเข้ามาประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมและความพร้อมในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มแรงงานต่างด้าวพื้นที่เขตเมือง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ทำการศึกษาในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ที่มารับบริการตรวจคัดกรองโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 จากการค้นหาเชิงรุกในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่สามารถฟัง พูด หรืออ่านภาษาไทยได้ และสมัครใจทำแบบสอบถาม ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 172 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ ในรูป Google form ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามมาตรการของรัฐบาลเรื่องการเว้นระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัยการล้างมือ การรับประทานอาหารและน้ำ และส่วนที่ 3 ความพร้อมในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันตัวเอง การติดตามข่าวสารข้อมูล และความวิตกกังวลหรือกลัวต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 โดยปรับปรุงข้อคำถามมาจากแบบสำรวจพฤติกรรมคนไทยกับมาตรการ และการรับมือ COVID-19 ของกรมควบคุมโรค⁽⁸⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลวันที่ 12 กันยายน 2563 จากการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 ในการค้นหาเชิงรุกพื้นที่กรุงเทพมหานครชั้นใน ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยทีมผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 172 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 61.04 อยู่ในกลุ่มอายุ 26-35 ปี ซึ่งเป็น วัยทำงาน มีสัญชาติพม่า คิดเป็นร้อยละ 52.33 รองลงมา กัมพูชา 37.79 เวียดนาม 7.56 และ ลาวน้อยสุด 2.33 ลักษณะการพักอาศัย ร้อยละ 82.56 อยู่รวมกัน 2 คนขึ้นไป มีอาการแสดงว่า เป็นไข้ ไอ คัดจมูก มีน้ำมูก เพียง ร้อยละ 6.98 การปฏิบัติตัวเวลาไม่สบาย พบว่าส่วนใหญ่จะไม่ไป พบแพทย์ 87.25 (ซื้อยากินเอง 48.99 หรือไม่ทำอะไร รอหายเอง 38.26) (ตารางที่ 1)

2. พฤติกรรมและความพร้อมในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีการสวมหน้ากากอนามัยบ่อยครั้ง-ทุกครั้ง ร้อยละ 90.70 สวมหน้ากากเป็นบางครั้ง ร้อยละ 9.30

มีการเว้นระยะห่างระหว่างกันเป็นบางครั้ง ร้อยละ 63.37 ไม่เคยเว้นระยะห่างเลยถึงร้อยละ 30.23 ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง-ทุกครั้ง ร้อยละ 84.88 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 15.12 มีการดื่มน้ำแก้วเดียวกันกับคนอื่นหรือรับประทานอาหารจานเดียวกันกับเพื่อนทุกครั้ง-บางครั้งถึง ร้อยละ 59.88 (ตารางที่ 2)

3. ความพร้อมในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ร้อยละ 82.56 มีหน้ากากอนามัยใช้เพียงพอ มีแอลกอฮอล์ 70% ใช้สำหรับล้างมือเพียงพอเพียงร้อยละ 56.98 ด้านการติดตามข่าวสารทุกครั้ง-บ่อยครั้ง ร้อยละ 64.53 ไม่ติดตามข่าวเลย ร้อยละ 3.49 ด้านความกลัว/วิตกกังวลต่อการติดเชื้อ COVID 19 พบว่า ร้อยละ 84.88 ของผู้ตอบแบบสอบถาม มีระดับความกลัวหรือวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ COVID 19 อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก และไม่พบว่ามีแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีความกลัวหรือวิตกกังวลเลย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	105	61.04
หญิง	67	39.06
กลุ่มอายุ		
16-25 ปี	32	18.6
26-35 ปี	77	44.77
36-45 ปี	51	29.65
46-55 ปี	12	6.98
สัญชาติ		
พม่า	90	52.33
กัมพูชา	65	37.79
ลาว	4	2.33
เวียดนาม	13	7.56
ลักษณะการพักอาศัย		
อยู่คนเดียว	30	17.44
อยู่รวมกัน 2 คนขึ้นไป	142	82.56
ภายใน 14 วันที่ผ่านมามีอาการไข้ ไอ คัดจมูก มีน้ำมูก		
มี	12	6.98
ไม่มี	160	93.02

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อคำถาม	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1. ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน อยู่ทำงานหรือเมื่อไปในสถานที่ชุมชน	109 63.37%	47 27.33%	16 9.30%	0
2. ท่านเว้นระยะห่างเมื่อออกจากบ้าน อยู่ทำงานหรือเมื่อไปในสถานที่ชุมชน	0	11 6.40%	109 63.37%	52 30.23%
3. ท่านล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์	81 47.09%	65 37.79%	26 15.12%	0
4. ท่านดื่มน้ำแก้วเดียวกันกับคนอื่นหรือรับประทานอาหารจานเดียวกันกับเพื่อน	6 3.49%	31 18.02%	66 38.37%	69 40.12%

ตารางที่ 3 ความพร้อมในการรับมือกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล		
แอลกอฮอล์สำหรับไว้ล้างมือ		
มี	98	56.98
ไม่มี	74	43.02
ความเพียงพอของหน้ากากอนามัย		
เพียงพอ	142	82.56
ไม่เพียงพอ	30	17.4
2. การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสื่อต่างๆ		
ทุกวัน	40	23.26
เกือบทุกวัน	71	41.28
เป็นบางวัน	55	31.98
ไม่ติดตามข่าวเลย	6	3.49
3. การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ (n=149)		
ซื้อยากินเอง	73	48.99
พบแพทย์	19	12.75
ไม่ทำอะไร รอหายเอง	57	38.26
4. ความกลัว/วิตกกังวลต่อการติดเชื้อ COVID 19		
ระดับมาก	86	50.00
ระดับปานกลาง	60	34.88
ระดับเล็กน้อย	26	15.12
ไม่กลัวหรือวิตกกังวลเลย	0	0

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นสัญชาติพม่าและกัมพูชา ซึ่งพักอาศัยอยู่ด้วยกัน 2 คนขึ้นไป ด้วยสภาพที่อยู่อาศัยค่อนข้างแออัด ห้องพักบางห้องที่แรงงานต่างด้าวอยู่มีข้อจำกัดเรื่องขนาดและพื้นที่ การเว้นระยะห่างระหว่างกันตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾ จึงแทบจะเป็นไปไม่ได้ รวมทั้งยังมีพฤติกรรมการดื่มน้ำแก้วเดียวกันกับคนอื่นหรือรับประทานอาหารจานเดียวกันกับเพื่อน การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดจึงทำได้ยาก⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกับรายงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ⁽⁴⁾ ที่พูดถึงเรื่องการนำมาตรการการเว้นระยะห่างไปใช้ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเป็นไปได้ยากเนื่องจากส่วนใหญ่จะพักอยู่รวมกันในหอพักแคบแคบ หรือในแคมป์คนงาน ซึ่งมีสภาพแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ ส่วนมาตรการเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยและการล้างมือมีการปฏิบัติกันเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจของ JuSNet พบว่าวิธีหลักที่ใช้ในการป้องกันตัวเองของแรงงานต่างด้าว คือ หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ และใช้เจลล้างมือ⁽⁷⁾

ความพร้อมในการรับมือกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานต่างด้าว ส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ได้แก่ หน้ากากอนามัยและแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือไว้ใช้อย่างเพียงพอเนื่องจากนายจ้างให้การสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตัวให้ และมีการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเนื่องจากเป็นกลุ่มแรงงานที่พูดและฟังภาษาไทยได้ การดูแล

สุขภาพเวลาไม่สบายส่วนใหญ่จะไม่ไปพบแพทย์ รอให้หายเอง หรือไม่ก็จะซื้อยากินเองเป็นไปตามรายงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ⁽⁴⁾ ที่พบว่าแรงงานส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการและการป้องกันแต่ยังไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหรืออาจเป็นเพราะแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยเข้าไม่ถึงระบบบริการสาธารณสุข หรือบางส่วนไม่มีเงิน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งให้แรงงานหลายคนกลัวเรื่องค่าใช้จ่าย เมื่อเจ็บป่วยจึงเลือกที่จะไม่ไปโรงพยาบาล⁽¹¹⁾ ส่วนด้านจิตใจ แรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้มากกว่าครึ่งมีความกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับค่อนข้างมากถึงมากเช่นเดียวกับคนไทย (84.88%, 89.30%)⁽¹²⁾ ความวิตกกังวลในแง่หนึ่งเป็นเรื่องที่ดี ซึ่งจะทำให้เกิดความระมัดระวังในการดูแลและป้องกันตนเอง แต่ถ้ามีความวิตกกังวลมากเกินไปอาจแปรเปลี่ยนเป็นความเครียดได้⁽¹²⁾ ดังนั้นในการแนะนำหรือให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มต่างด้าวเหล่านี้ จึงควรมีการดูแลสุขภาพจิตใจควบคู่ไปด้วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างแรงงานต่างด้าวที่สามารถฟัง พูด หรืออ่านภาษาไทยได้ และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 เจริญพื้นที่กรุงเทพมหานครชั้นใน ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีนายจ้างดูแล และมีการจ้างงานในขณะนั้น ดังนั้นผู้ที่

นำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้จึงต้องคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าว จะไม่สามารถใช้กับกลุ่มแรงงานต่างด้าวทั้งหมดในประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

1. นอกจากมาตรการที่เน้นเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยและการล้างมือแล้ว ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่สามารถฟัง พูด หรืออ่านภาษาไทย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่รวมกัน ควรสร้างความตระหนักในเรื่อง การดื่มน้ำแก้วเดียวกันกับคนอื่น หรือรับประทานอาหารจานเดียวกัน นอกจากจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 แล้ว ยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากโรคติดต่ออื่นๆ ได้อีกด้วย ซึ่งควรรณรงค์ให้ความรู้ทั้งส่วนของแรงงานเองและนายจ้างด้วย เน้นเรื่องหากมีอาการสงสัยควรไปพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยากินเองหรือปล่อยให้หายเอง

2. ผู้ประกอบการอาจต้องช่วยจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้แก่ลูกจ้าง การจัด

สถานที่ไม่ให้แออัด ควรเน้นการเว้นระยะห่าง รวมถึงการรณรงค์เรื่องการไม่ใช้ช้อน แก้วน้ำ ของใช้ร่วมกัน

3. อาจทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ

- การดำเนินการตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบการที่มีแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะในกลุ่มแคมป์ก่อสร้างที่อยู่รวมกันจำนวนมาก

- ความวิตกกังวลและการดูแลสุขภาพจิตของแรงงานต่างด้าวที่สามารถฟัง พูด หรืออ่านภาษาไทย

4. ในแรงงานต่างด้าวที่ไม่สามารถฟัง พูด หรืออ่านภาษาไทย อาจจัดให้มีล่ามประจำหรืออาสาสมัครในการช่วยส่งต่อข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ต่างๆ และควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 ในภาษาต่างๆ

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ณัฐมา รongมาลี, เขมกร เทียงทางธรรม, พรหมพร จำปาทอง, สุขสันต์ จิตติมณี, วรงค์ช เซษฐพันธ์. พฤติกรรมและความพร้อมในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มแรงงานต่างด้าวพื้นที่เขตเมือง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6 (1) : หน้า 33-43.

Suggested citation for this article

Rongmalee N, Thiangthangthum K, Jampathong P, Jittimanee S, Chettaphun W. The Behavior and readiness for responding to COVID-19 among migrant workers in urban areas, Bangkok, Thailand. Institute for Urban Disease Control and Journal 2021; 6(1): page 33-43.

เอกสารอ้างอิง

1. ยงยุทธ แฉล้มวงษ์, สิริวิชญ์ รัตนประทีปทอง. ผลกระทบของ Covid-19 ที่มีผลต่อการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ); 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://tdri.or.th/2020/08/covid-19-impact-on-migrant-workers/>
2. Phelan AL, Katz R, Gostin LO. The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance. JAMA. 2020;323(8):709-710. doi:10.1001/jama.2020.1097.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.skho.moph.go.th/eoc/>
4. International Labour Organization. COVID-19: Impact on migrant workers and country response in Thailand. [cited 2020 Jul 15]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---sro-bangkok/documents/briefingnote/wcms_741920.pdf
5. BBC NEWS ไทย. โควิด-19 : ไทยไม่พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนารายใหม่เป็นวันแรก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bbc.com/thai/thailand-52643841>
6. อานนท์ ศักดิ์วีระวิญญ์. ตำรวจตระเวนชายแดนคือเกราะป้องกันสงครามมหาโรคระบาดโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgronline.com/daily/detail/9630000090349>
7. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับประเภทกิจการและกิจกรรมกลุ่มที่ 2 ฉบับเผยแพร่ วันที่ 17 พฤษภาคม 2563. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2563] เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/guideline_green_covid19.pdf
8. กรมควบคุมโรค. แบบสอบถามประเมินมาตรการ COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/survey.php>

9. อรุชิตา อุตมะโกคิน. **แรงงานข้ามชาติ ประกันสังคม และการตกหล่นในจักรวาลโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต].** 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://theactive.net/read/migrant-workers-social-insurance-an-overlooked-covid19/>
10. ชลนภา อนุกุล, ศยามล เจริญรัตน์, ศิววงศ์ สุขทวี, รัศมี เอกศิริ, ธัญชนก วรากรพัฒนกุล. **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการการพัฒนานโยบายสุขภาพแรงงานข้ามชาติเพื่อตอบรับวิกฤตโรคระบาด: กรณีศึกษาไวรัสโควิด-19. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเครือข่ายเพื่อสังคมเป็นธรรม (JuSNet). [อินเทอร์เน็ต].** 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://voicelabour.org/jusnet-เสนอนโยบายสุขภาพแรงงาน/>
11. รายงานเสวนา : **COVID-19 และแรงงานข้ามชาติ (ในระบบ) ที่หายไป ร้องรัฐหามาตรการช่วยเหลือให้กลับเข้าระบบโดยไว [อินเทอร์เน็ต].** 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://prachatai.com/journal/2020/12/90875>
12. สุกุม เฉลยทรัพย์. **“ความวิตกกังวล” ของคนไทยเกี่ยวกับการแพร่ระบาดโควิด-19. มหาวิทยาลัยสวนดุสิต[อินเทอร์เน็ต].** 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://siamrath.co.th/n/147514>

การศึกษาภาวะกระดูกพรุนในผู้ที่มารับการตรวจ มวลกระดูกสันหลังด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ในบุคคลทั่วไป

Study of Osteoporotic Condition in Population that Diagnostic by Calcaneus Quantitative Ultrasound (QUS) in General Participants

จันทิพ จันทการ¹, วรัญญา ทาสมบูรณ์², กชนิภา ทอนมарт²,
สุวิภา อุดมพร², รมนปวีร์ บุญใหญ่²
¹สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
²โรงพยาบาลเลิดสิน

Chantip Juntakarn¹, Waranya Tasomboon², Kornipa Thornmart²,
Suwipa Udomporn², Rawonpawee Boonyai²

¹Institute for Urban Disease Control and Prevention

²Lerdsin Hospital

Received 2021 Apr 29, Revised 2021 May 14, Accepted 2021 MAY 31

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาภาวะกระดูกพรุนในประชากรที่มารับการตรวจมวลกระดูกสันหลังด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการตรวจวัดมวลกระดูกสันหลังด้วยเครื่อง Quantitative Ultrasound (QUS) ในประชาชนทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลจากการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของกลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลเลิดสิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2560 ในงานศึกษานี้การวินิจฉัยภาวะมวลกระดูกจะพิจารณาจากค่า T-score ที่ได้จากการตรวจด้วยเครื่อง QUS หากค่า T-score ≤ -2.5 จะวินิจฉัยว่ามีภาวะกระดูกพรุน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจส่งผลกระทบต่อความแตกต่างของภาวะมวลกระดูก โดยใช้สถิติ Chi-square Test ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ที่มารับบริการตรวจมวลกระดูกสันหลังด้วยเครื่อง QUS ทั้งหมด 2,121 ราย พบผู้มีภาวะกระดูกพรุน 268 ราย (ร้อยละ 12.6) ผู้มีภาวะกระดูกพรุนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีอายุ 50 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบเพศและอายุกับภาวะมวลกระดูก (ภาวะกระดูกพรุน ภาวะกระดูกบางและ ภาวะกระดูกปกติ) พบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป เมื่อมีเพศแตกต่างกันจะพบภาวะมวลกระดูกที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.014) จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังพบ

ภาวะโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกบางได้เป็นจำนวนมาก ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักในอนาคต ดังนั้นการตรวจคัดกรองภาวะกระดูกพรุนควรได้รับการสนับสนุนให้มีในทุกกลุ่มประชากรในโรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักต่อไป

คำสำคัญ : โรคกระดูกพรุน, ตรวจมวลกระดูกสันหลังด้วยเครื่องอัลตราซาวด์

Abstract

This study is cross-section study to study the Osteoporotic condition in general participants that diagnostic by Calcaneus Quantitative Ultrasound (QUS) from secondary data from bone mass database of normal people that receive bone mass checking by QUS. The data is the data from mobile unit of Department of Research and Technology, Lerdsin Hospital between year 2014 to 2017. In this study, Osteoporosis is diagnostic from T-score. If T-score ≤ -2.5 , it will diagnostic as osteoporosis. Data is analysis by descriptive statistic and compare personal factor that may cause the bone mass different by Chi-square Test. Result from 2,121 cases who were screening by QUS calcareous bone mass checking indicate the 268 case (12.6 %) have osteoporosis condition. The osteoporosis cases are mostly female and age more than 50 years old. When correlation between sex and age with bone mass state (osteoporosis, osteopenia and normal) found the statistically significant (p -value < 0.05). And in the elder age more than 50 years old, the bone mass was found statistically different between sex (p -value = 0.014).

Keywords : Osteoporosis, Calcaneus Quantitative Ultrasound (QUS)

บทนำ

โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) เป็นโรคที่วงการแพทย์และบุคคลทั่วไปกำลังให้ความสนใจกันมาก อ้างถึงเอกสาร “แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคกระดูกพรุน พ.ศ. 2553” ได้อธิบายนิยามของโรคนี้โดยอ้างอิงตามขององค์การอนามัยโลกว่า “โรคกระดูกที่เกิดขึ้นทั่วร่างกาย (Systemic Skeletal Disease) ซึ่งมีมวลกระดูกต่ำ (Low Bone Mass) ร่วมกับการเสื่อมของโครงสร้างระดับจุลภาพของกระดูก (Micro Architecture Deterioration) ส่งผลให้กระดูกมีความเปราะบางและหักง่าย”⁽¹⁾ โรคกระดูกพรุนเป็นโรคที่พบมาก

ในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และยังพบมากในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน⁽²⁻³⁾ ในประเทศไทยอายุเฉลี่ยของประชากรเพิ่มมากขึ้นจากอายุ 74 ปี เป็น 81 ปี ตามความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ และมีประชากรที่อายุมากกว่า 50 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45⁽¹⁴⁾ ทำให้ในอนาคตประเทศไทยมีกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงของภาวะกระดูกหักเนื่องจากกระดูกพรุนเป็นจำนวนมาก รวมถึงจากข้อมูลของหญิงวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดเชียงใหม่ 350 คน ที่ไม่มีภาวะการป่วยด้วยโรคกระดูก และทานยา

ที่มีผลต่อกระดูกพบว่ามี ร้อยละ 15.2 ที่มีภาวะโรคกระดูกพรุน⁽⁴⁾ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร⁽⁵⁾ แต่พบผู้ที่มีภาวะกระดูกบาง (Osteopenia) ถึงร้อยละ 47⁽⁴⁾ แสดงถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักจากกระดูกพรุนในอนาคต ซึ่งสาเหตุหลักเนื่องจากภาวะกระดูกพรุนมักจะไม่ได้แสดงอาการทำให้ยากต่อการวินิจฉัย และการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นจนกระทั่งเกิดการหักของกระดูกโดยเฉพาะในส่วนสะโพก และกระดูกสันหลัง นำมาซึ่งความเจ็บปวด, ภาวะทุพพลภาพ, คุณภาพชีวิตที่ต่ำลงหรืออาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ อีกทั้งการรักษายังเสียค่าใช้จ่ายสูง และต่อเนื่องส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศในด้านค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษา ดังนั้นโรคกระดูกพรุนเป็นภัยเงียบ ที่เป็นปัญหาคุกคามสุขภาพ คุณภาพชีวิตของประชากร รวมถึงความเจริญก้าวหน้าของประเทศด้วย

การตรวจหาโรคกระดูกพรุนเพื่อการรักษา ปัจจุบันใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งเป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการอ้างอิงสำหรับการวินิจฉัย โดยใช้ค่าความหนาแน่นมวลกระดูก (Bone Mineral Density) จากการตรวจมวลกระดูกด้วย เครื่อง Dual Energy X-ray Absorptiometry (DEXA) เครื่องจะประมวลผลโดยการอ่านค่ามวลกระดูก เทียบกับค่าเฉลี่ยของกระดูกในระยะที่มวลกระดูกสูงสุด (Peak bone mass) แปลเป็นค่า T-Score กำหนดให้ค่า T-score ≤ -2.5 ถือว่ามีภาวะกระดูกพรุน^(6, 8) อย่างไรก็ตามแม้ว่าเครื่อง DEXA จะเป็นที่ยอมรับในการตรวจวินิจฉัย

ภาวะกระดูกพรุน แต่มีข้อด้อยในเรื่อง มีค่าใช้จ่ายในการตรวจที่ค่อนข้างสูง มีรังสี ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจ และเครื่องมีขนาดใหญ่ไม่สะดวกต่อการเคลื่อนย้าย ทำให้มีการพยายามหาเครื่องมืออื่นที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า เคลื่อนย้ายได้ง่าย ปลอดภัย และมีค่าความถูกต้องแม่นยำ มาใช้ทดแทน หนึ่งในนั้นก็คือเครื่อง Quantitative Ultrasound (QUS)^(9, 11) ซึ่งเหมาะสมกับการนำมาใช้ตรวจคัดกรองในประชากรที่อยู่พื้นที่ห่างไกลที่อาจมีความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุน

โรงพยาบาลเลิดสิน มีบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ จึงจัดให้บริการคัดกรองภาวะกระดูกพรุนแก่ประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ด้วยเครื่อง QUS ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้ถูกเก็บรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาผลการตรวจมวลกระดูกสันเท้าด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ เพื่อศึกษาหาความชุกของภาวะกระดูกพรุนในผู้ที่มารับการตรวจมวลกระดูกสันเท้าด้วยเครื่องอัลตราซาวด์

วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 ถึงปี พ.ศ.2560 จากฐานข้อมูลการตรวจวัดมวลกระดูกสันเท้าด้วยเครื่อง QUS ในประชาชนที่ไปรับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่โรงพยาบาลเลิดสิน ในการวินิจฉัยภาวะมวลกระดูกจะพิจารณาจากค่า T-score ที่ได้จากการตรวจด้วยเครื่อง QUS ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้^(6, 8)

ค่า T-score มากกว่าหรือเท่ากับ -

หมายถึง มวลกระดูกปกติ (Normal)

ระหว่าง -1 และ -2.5 หมายถึง ภาวะกระดูกบาง (Osteopenia) น้อยกว่าหรือ

เท่ากับ -2.5 หมายถึง ภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะมวลกระดูกระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Chi-square Test นำเสนอค่า P-value โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเลิดสิน

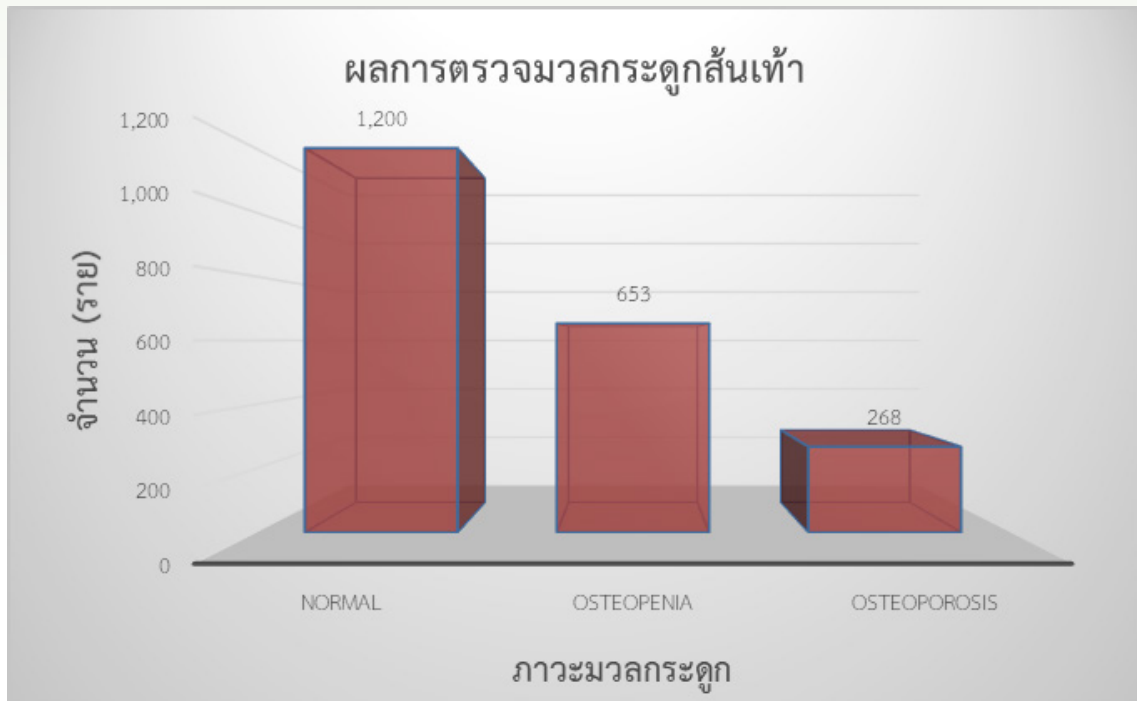
ผลการศึกษา

ผู้ที่มารับบริการตรวจมวลกระดูกสันเท้าด้วยเครื่อง QUS จากการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่รวมทั้งสิ้น 2,121 ราย เป็นเพศหญิงจำนวน 1,488 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.2 และเป็นเพศชายจำนวน 633 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8 ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 51.2 ปีอายุน้อยที่สุด 19 ปี และอายุมากที่สุด 96 ปี การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่มารับบริการตรวจมวลกระดูกสันเท้ามีภาวะกระดูกพรุน 268 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6 ของผู้ที่มารับบริการการตรวจทั้งหมด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มารับบริการตรวจมวลกระดูกสันเท้า (n=2,121)

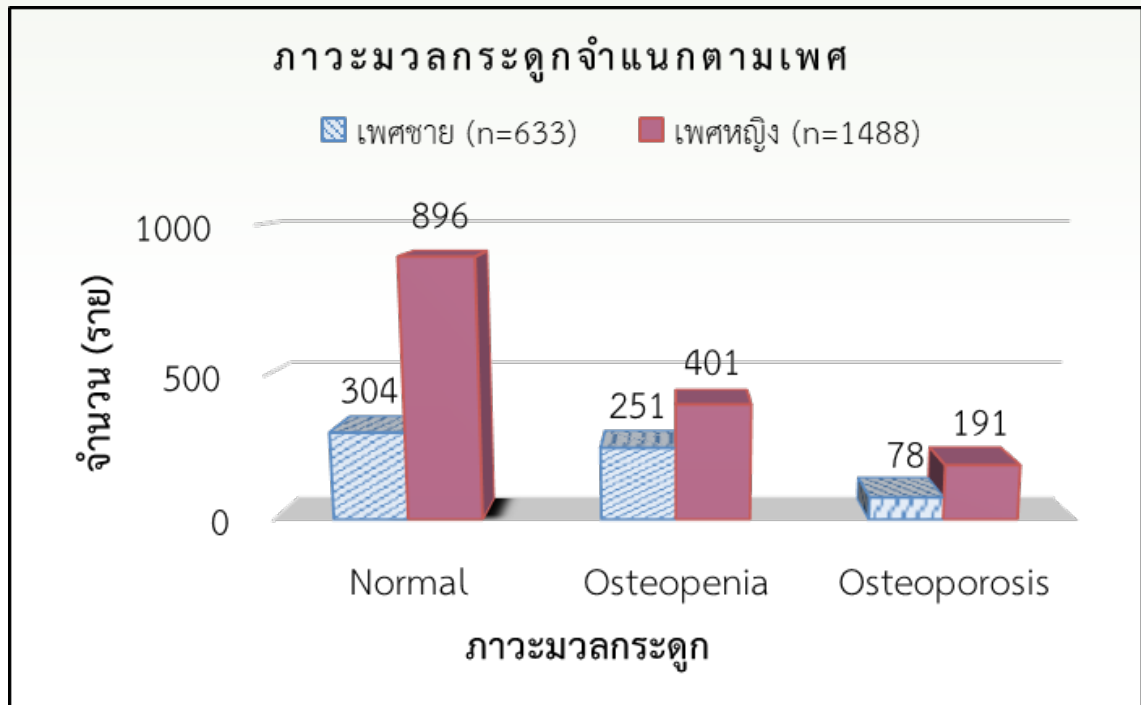
ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	633	29.8
หญิง	1,488	70.2
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	321	15.1
30-50 ปี	514	24.2
50 ปี ขึ้นไป	1,286	60.7
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	51.2±15.8	(19:96)
ประวัติการสูบบุหรี่		
ชาย	224	10.6
หญิง	1,114	52.5

ภาพที่ 1 แสดงผลการตรวจมวลกระดูกสันเท้า (n=2,121)



จากข้อมูลผู้มารับบริการตรวจมวลกระดูกสันเท้าด้วยเครื่อง QUS เมื่อเปรียบเทียบภาวะมวลกระดูกโดยจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า ในเพศที่แตกต่างกันมีภาวะมวลกระดูกความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยในเพศชายที่มารับบริการตรวจมวลกระดูกสันเท้าจำนวน 633 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะมวลกระดูกปกติ คิดเป็นร้อยละ 48.0 ของเพศชายทั้งหมด และพบผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ของเพศชายทั้งหมด ในขณะที่เพศหญิงซึ่งมารับบริการตรวจมวลกระดูกสันเท้าจำนวน 1,488 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะมวลกระดูกปกติ คิดเป็นร้อยละ 60.2 ของเพศหญิงทั้งหมด และพบผู้ที่มี

ภาวะกระดูกพรุน คิดเป็นร้อยละ 12.8 ของเพศหญิงทั้งหมด อย่างไรก็ตามกลับพบเพศชายที่มีภาวะกระดูกบาง คิดเป็นร้อยละ 39.7 ของเพศชายทั้งหมด ในขณะที่เพศหญิงที่มีภาวะกระดูกบาง พบเป็นร้อยละ 27.0 ของเพศหญิงทั้งหมด นอกจากนี้ ในอายุที่แตกต่างกัน ก็พบภาวะมวลกระดูกที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($P\text{-value} < 0.001$) โดยพบภาวะกระดูกพรุนในผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.9 ส่วนในผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 – 50 ปี พบภาวะกระดูกพรุน คิดเป็นร้อยละ 3.1 ในขณะที่กลุ่มผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป พบภาวะกระดูกพรุน คิดเป็นร้อยละ 19.4 (ตารางที่ 2)

ภาพที่ 2 แสดงภาวะมวลกระดูกจำแนกตามเพศ**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบภาวะมวลกระดูกจำแนกตามเพศและอายุ ในผู้ที่มารับบริการตรวจมวลกระดูก สันแก้ว (n=2,121)

n (%)	มวลกระดูกปกติ (n = 1,200)	ภาวะกระดูกบาง (n = 653)	ภาวะกระดูกพรุน (n = 268)	P-value
เพศ				<0.001
ชาย (n=633)	304 (48.0)	251 (39.7)	78 (12.3)	
หญิง (n=1,488)	896 (60.2)	402 (27.0)	190 (12.8)	
อายุ				<0.001
น้อยกว่า 30 ปี	274 (85.4)	44 (13.7)	3 (0.9)	
30-50 ปี	400 (77.8)	98 (19.1)	16 (3.1)	
50 ปี ขึ้นไป	526 (40.9)	511 (39.7)	249 (19.4)	

เมื่อพิจารณาผู้มารับบริการตรวจมวลกระดูกสันหลังด้วยเครื่อง QUS ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 1,286 ราย พบว่าในเพศที่แตกต่างกันจะพบภาวะมวลกระดูกที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.014$) โดยในเพศชายพบผู้ภาวะกระดูกพรุน คิดเป็นร้อยละ 15.1 ของเพศชายที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปทั้งหมด ขณะที่ในเพศหญิงพบผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุน คิดเป็นร้อยละ 21.8 ของเพศหญิงที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปทั้งหมด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะมวลกระดูกจำแนกตามเพศ ในผู้ที่มารับบริการตรวจอายุ 50 ปีขึ้นไป ($n=1,286$)

n (%)	มวลกระดูกปกติ (n = 1,200)	ภาวะกระดูกบาง (n = 653)	ภาวะกระดูกพรุน (n = 268)	P-value
เพศ				0.014
ชาย (n=463)	196 (42.3)	197 (42.6)	70 (15.1)	
หญิง (n=823)	330 (40.1)	314 (38.1)	179 (21.8)	

ตารางที่ 4 ร้อยละของภาวะมวลกระดูกของผู้สูบบุหรี่จำแนกตามเพศ ($n=1,338$)

เพศ	มวลกระดูกปกติ	ภาวะกระดูกบาง	ภาวะกระดูกพรุน
ชายที่สูบบุหรี่ (n=224)	105 (7.8)	89 (6.7)	30 (2.2)
หญิงที่สูบบุหรี่ (n=1,114)	697 (52.1)	278 (20.8)	139 (10.4)

จากการที่พบว่าเพศชายมีภาวะกระดูกบางมากกว่าเพศหญิง จึงได้มีการนำข้อมูลในส่วนของการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนมาพิจารณา พบว่า จากกลุ่มศึกษาทั้งหมด มีผู้สูบบุหรี่มีร้อยละ 63.1 ($n = 2,121$) ซึ่งจำแนกตามเพศจะพบว่า เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่จะพบภาวะกระดูกพรุนในเพศชายร้อยละ 2.2 ในเพศหญิงร้อยละ 10.4

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเพื่อหาความชุกของของภาวะกระดูกพรุนในผู้ที่มารับการตรวจมวลกระดูกสันเท้าด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ โดยการใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการบริการตรวจมวลกระดูกในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ใน พบว่า เพศชาย (633 คน หรือ 29.8%) น้อยกว่าเพศหญิงมาก (1,488 คน หรือ 70.2%) เนื่องจากส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างนี้เพศชายจะออกไปทำงานนอกบ้านทำให้กลุ่มศึกษาจึงเป็นผู้หญิงที่มากกว่า และพบภาวะกระดูกพรุนในเพศหญิง (ร้อยละ 12.8) เป็นกลุ่มที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปร้อยละ 21.8 ซึ่งมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 12.3) สอดคล้องกับแนวโน้มโดยทั่วไปโรคกระดูกพรุนที่พบมากในผู้สูงอายุ⁽¹⁾ และในสตรีวัยหมดประจำเดือน^(2, 3) เนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังการหมดประจำเดือนส่งผลต่อการเพิ่มการสลายกระดูกเนื่องจากทำให้แคลเซียมมาจับที่กระดูกลดลง

นอกจากนี้แม้ว่าเพศชายจะไม่มีปัจจัยด้านฮอร์โมนเหมือนในเพศหญิงแต่พฤติกรรมบางอย่างที่มีผลต่อมวลกระดูกเช่น การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่^(12, 15, 16, 17) พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) มากที่สุดแม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่การสูบบุหรี่ในเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิงมาก^(13, 16, 17) จะพบว่าความชุกของภาวะกระดูกบางของเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 39.7 และร้อยละ 27.0 ตามลำดับซึ่งเพศชายที่สูบบุหรี่นี้พบภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุน ร้อยละ 6.7 และ 2.2 ตามลำดับ อีกทั้งเมื่ออายุมากขึ้นฮอร์โมนเพศชายก็ลดลงส่งผลให้มวลกระดูกบาง⁽¹⁵⁾ ได้ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ

จึงเป็นการอธิบายข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมจากการตรวจมวลกระดูกสันเท้าจึง ไม่ได้มีการคำนวณหาจำนวนประชากรในกลุ่มผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุน และเป็นผู้สูบบุหรี่ จึงไม่มีข้อมูลเพียงพอในการที่จะสรุปว่าปัจจัยใดมีผลต่อภาวะมวลกระดูกหรือไม่จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะกระดูกพรุนของประเทศไทยยังพบได้ในทุกเพศ และทุกภูมิภาค เป็นภัยเงียบที่เริ่มพบได้ในประชากรวัยทำงานที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุด้วย ซึ่งการพบภาวะกระดูกพรุนในอายุที่น้อยลงอาจเป็นเพราะยังขาดการคัดกรองสุขภาพมวลกระดูกซึ่งมีผลต่อการระมัดระวังป้องกันการหักของกระดูก และเสี่ยงต่อการหักของกระดูกในอนาคตอีกด้วย ซึ่งในบางรายไม่อาจกลับมามีกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ไม่เพียงแต่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง ซึ่งจะยังส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคคลภายในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่จะตามมาซึ่งมีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศ

ดังนั้น การส่งเสริมให้มีการสร้างมวลกระดูกตั้งแต่วัยรุ่นก่อนที่จะเกิดภาวะกระดูกบางและในที่สุดจะนำไปสู่ภาวะกระดูกพรุน ประการสำคัญคือการจัดให้มีมาตรการในการคัดกรองการมวลกระดูกอย่างสม่ำเสมอ การใช้เครื่องมือในการช่วยประเมินความเสี่ยงการหักของกระดูก (FRAX) ร่วมกับการตรวจความหนาแน่นมวลกระดูก (DXA Scan) หรืออาจใช้เครื่องอัลตราซาวด์สันเท้า เป็นเครื่องมือเบื้องต้นในการคัดกรอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการตรวจคัดกรองและประเมินสถานการณ์จะเป็นการช่วยเตือนให้เกิดความระมัดระวัง และลดปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโอกาสเสี่ยงการหักของกระดูก

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

จันทร์ทิพย์ จันทการ, วรัญญา ทาสมบูรณ์, กชนิภา ทอนมัตย์, สุวิภา อุดมพร, รมนปวีร์ บุญใหญ่. การศึกษาภาวะกระดูกพรุนในผู้ที่มารับการตรวจมวลกระดูกสันหลังด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ในบุคคลทั่วไป. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(1): หน้า 44-53.

Suggested citation for this article

Juntakarn C, Tasomboon W, Thornmart K, Udomporn S, Boonyai R. Study of Osteoporotic Condition in Population that Diagnostic by Calcaneus Quantitative Ultrasound (QUS) in General Participants. Institute for Urban Disease Control and Journal 2021; 6(1) : page 44-53.

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยและมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย, [แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคกระดูกพรุน พ.ศ. 2553](#). กรุงเทพฯ, 2553.
2. Campion JM, Maricic MJ. Osteoporosis in men. [Am Fam Physician 2003; 1:1521-6](#).
3. Jarupanich T. [Prevalence and risk factors associated with Osteoporosis in Woman Attending Menopause Clinic at Hat Yai Regional Hospital](#). J Med Assoc Thai, 2007;90 :865-869.
4. Chaovitsaree S, Namwongprom S, Suntornlamsiri N. [Comparison of Osteoporosis Self Assessment Tool for Asian \(OSTA\) and standard assessment in menopause clinic, Chiang Mai](#). J Med Assoc Thai , 2007;90 :420-425.
5. Pongchaiyakul C, Panichkul S, Songpatanasilp T. [Combined clinical risk indices with Quantitative Ultrasound Calcaneus Measurement for Identifying Osteoporosis in Thai Postmenopausal Woman](#). J Med Assoc Thai, 2007;90 :2016-2023.
6. World Health Organization. [Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis](#). No. 843 of technical reports series. Geneva, 1994.
7. Ho-pham L, Nguyen U, Pham H et al. [Reference Ranges for bone mineral density and prevalence of Osteoporosis in Vietnamese men and woman](#). BMC Musculoskeletal Disorders 2011;12:182-8.

8. Bucuras D, Poenaru D, Golea O. **Quantitative heel ultrasound compared with dual-energy x-ray absorptiometry in evaluation of bone mineral density in chronic haemodialysis patients.** TMJ 2009;59:27-33.
9. R.B. Cook, D. Collins, J. **Tucker and P. Zioupos.** Comparison of questionnaire and Quantitative Ultrasound techniques as screening tools for DXA. Osteoporos Int 2005; 16:1565-1575.
10. Thanumpai S, Soontrapa S and Chaikitpinyo S. **The study of Short-Term Precision of Calcaneal Quantitative Ultrasound (Achilles Express).** Srinagarind Med J 2010; 25 (2) :115-119.
11. J-D Lin, J-F Chen, H-Y Chang and C Ho. **Evaluation of bone mineral density by quantitative ultrasound of bone in 16,862 subjects during routine health examination.** Br J Radiol 2001;74:602-606.
12. ลดาชาติ แต่พงษ์โสรัถ. **กระดูกพรุน: ระบาดวิทยา สาเหตุการตรวจวินิจฉัย การรักษา Osteoporosis: Epidemiology, Causes, Diagnosis, Treatments.** J Sci Technol MSU 2014; 33(5):526-536.
13. ดร.นพ.อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว. **ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรตั้งแต่ ปี 2544, 2547, 2550, 2554 และ 2557, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2556, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.** <http://cas.or.th/wp-content/uploads/2016/04/Alc-consumption-statistics-Thailand-10y.pdf>
14. The Asia-Pacific Regional Audit. **Epidemiology, costs & burden of osteoporosis [Internet]. 2013 [cited 2013 December 12].** Available from: <http://www.iofbonehealth.org/data-publications/regional-audits/asia-pacific-regional-audit>
15. พัทรินทร์ ชนะพาห์. **โรคกระดูกพรุนในเพศชายร้ายแรงกว่าที่คิด.** วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2554; 41: 283-294
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอื่นๆ.** https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2020/thai2020_9.pdf: February 2021.
17. สำนักงานคณะกรรมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบปี 2560-2564.** http://plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/meeting30_1/Documents/7.%20NATI/3.%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B9%82%E0%B8%A0%E0%B8%84%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%9A.pdf: 17 February 2021.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา: กลุ่มครูโรงเรียนมัธยมในกรุงเทพมหานคร

Factors influencing drug resistance preventive behavior of high school teachers in Bangkok

นันทน์ภัส ทองอินตา¹, ศุจิมน มังคลรังษี²

¹โรงเรียนสตรีวิทยา กรุงเทพมหานคร

²สถาบันทรีเลิร์นนิ่ง เอ็ดดูเคชั่น กรุงเทพฯ

Nannapas Tonginta¹, Sujimon Mungkalarungsi²

¹Satreewittaya School Bangkok

²Tree Learning Institute Education Bangkok

Received 2021 May 11, Revised 2021 Jun 22, Accepted 2021 Jun 22

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ของประชาชน กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มครูโรงเรียนสตรีวิทยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 106 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา ทักษะคิดต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับกลางคะแนนเฉลี่ยที่ 2.77 (SD=.75) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนนระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 20.27 (SD=3.06) จากคะแนนเต็ม 25 และคะแนนระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 51.42 (SD=5.31) จากคะแนนเต็ม 60 โดยผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิงแสดงให้เห็นว่ามีคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา สูงกว่าเพศชาย ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ทักษะคิดต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ($r = .370^{**}$, $p = 0.01$) และระดับการศึกษา ($r = .208^*$, $p = 0.01$) มีความ

สัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ทางด้านตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา รายได้ แผนการเรียนระดับมัธยม ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา ทักษะต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา {Multiple R= .428, F=3.141, p-value <0.001, df (7,98)} โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 18. (R²= .183) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Beta) จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 6 ตัวแปรพบว่าทักษะต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta =.366 , t= 3.634 , p <.001)

คำสำคัญ : เชื้อดื้อยา ทักษะต่อการป้องกันเชื้อดื้อยา พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อดื้อยา

Abstract

The objective of this research is to study factors influencing behavior leading to drug resistance. This is a descriptive research that studied a group of teachers of Satriwithaya school in Bangkok. All teachers of Satriwithaya school were invited to participate in completing an online questionnaire. A total of 99 teachers participated during February - March 2021. Drug Resistance related knowledge, attitude toward preventive behavior and preventive behavior were assessed. Differences between outcomes and socio demographics were analyzed through descriptive statistics, independent t-test, and the ANOVA. A multi regression analysis was calculated to determine the predictive variables of preventive behaviors. For findings, the teachers revealed medium knowledge about drug resistance, correctly answering 2.77 (SD = .75) questions in a total of 5 and favorable attitudes toward preventive behaviors, on the average, 20.27 (SD= 3.06). The teachers reported always engaging in, on average, 51.42 (SD =5.31) 12 behavior analyzed. Female teachers showed higher knowledge, attitude toward preventive behavior and preventive behavior than male teachers. Attitude toward preventive behaviors ($r=.370^{**}$, $p=0.01$) and Educational level of the participant ($r=.208^{*}$, $p=0.01$) positively correlated with preventive behaviors. Having positive attitude toward preventive behavior of drug resistance predicted the adoption of those preventive behaviors (Beta = .366, $t=3.634$, $p<.001$)

Keyword: drug resistance, preventive behavior, anti-drug resistance behavior

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

เชื้อดื้อยาเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วทุกมุมโลก เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพประชากรโลก เนื่องจากเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย หากผู้ป่วยใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อหรือใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เพิ่มความเสี่ยงเกิดเชื้อดื้อยาได้มากขึ้น เชื้อดื้อยาสามารถแพร่กระจายไปยังผู้อื่นได้ ดังนั้นเราอาจได้รับเชื้อดื้อยาจากคนอื่นได้เช่นกัน ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาถึง 700,000 คนต่อปี⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาถึง 38,000 คนต่อปี⁽²⁾ เชื้อดื้อยาอาจเกิดจากแบคทีเรียเปลี่ยนแปลงยีนจนดื้อยาหรือได้รับยีนดื้อยาจากแบคทีเรียก่อโรคอื่นๆ เช่น ปอดบวม หรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบรักษาได้ยากขึ้น หรือทวีความรุนแรงมากขึ้น โอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น เมื่อเกิดเชื้อดื้อยา ทำให้ต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ได้แรงขึ้น ซึ่งจะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น และส่งผลกระทบทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพ้ยาและการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ได้แรงขึ้น หรือกรณีรุนแรงที่สุดอาจไม่มียาปฏิชีวนะใดรักษาได้ ทำให้คนที่ติดเชื้อมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น⁽³⁾

สาเหตุหลักของปัญหาเชื้อดื้อยามีดังนี้

1) จากการใช้ยาในคน คือ การใช้ยาในมนุษย์ มนุษย์มีแนวโน้มที่จะได้รับยาปฏิชีวนะเมื่อไปรับการรักษาพยาบาลด้วยโรคต่างๆ ซึ่งอาจจะมากเกินจำเป็นในหลายๆ ครั้ง หรือแม้แต่การหาซื้อยามารับประทานเอง และการขอให้แพทย์จ่ายยาปฏิชีวนะให้ทั้งที่ไม่ใช่โรคที่รักษาได้ด้วยยาปฏิชีวนะ ทำให้มีการใช้ยาเกินจำเป็นอย่างมาก 2) ภาควิชาการเกษตร

เกษตรกรรมมีการใช้ยาปฏิชีวนะในการปลูกพืชเพื่อรักษาโรคพืช พืชที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในการปลูก เช่น ส้มเขียวหวาน ส้มโอ มะนาว ยาปฏิชีวนะที่ใช้ได้แก่ เตตราไซคลิน เพนนิซิลลิน และ แอมพิซิลลิน ส่วนในการเลี้ยงสัตว์ เกษตรกรรมมีการใช้ยาปฏิชีวนะผสมลงไปให้อาหารสัตว์ เพื่อเร่งการเจริญเติบโตหรือป้องกันโรค เช่น ไก่ กุ้ง หมู วัว ยาปฏิชีวนะที่ใช้ได้แก่ โคลิสติน อะม็อกซิซิลลิน ทำให้แบคทีเรียที่อยู่ในตัวสัตว์พัฒนาจนดื้อยาที่เราใช้สำหรับรักษาโรคในคนได้ นอกจากนั้นยาปฏิชีวนะยังตกค้างในพืชและเนื้อสัตว์ เมื่อคนรับประทานพืชและเนื้อสัตว์ ก็จะได้รับประทานยาปฏิชีวนะไปด้วย ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาในคนคนนั้นขึ้นได้ รวมถึงการใช้ยาปฏิชีวนะทำเกษตรกรรม ยังก่อให้เกิดการปนเปื้อนยาปฏิชีวนะในอาหาร น้ำ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น トラバิดที่ยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะในมนุษย์และในภาคเกษตรกรรมอย่างต่อเนื่อง 3) ดื่มน้ำที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดเชื้อดื้อยา ในประเทศไทยมียาปฏิชีวนะหลายรูปแบบ ซึ่งมีจำนวนทะเบียนยากว่า 40 ตำรับประมาณ 100 ทะเบียน/ยี่ห้อที่เป็นสูตรยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม อันจะส่งผลกระทบต่อการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้องและไม่สมเหตุผล ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้และก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาได้ เช่น 3.1) ยามที่มีส่วนผสมของยาปฏิชีวนะ นิโอมัยซิน บาซิทรานซิน คลอสเตตราซัยคลิน ยาปฏิชีวนะเหล่านี้ไม่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในบริเวณลำคอได้ แต่จะไปออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่อยู่ ในลำไส้ใหญ่แทน ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียประจำถิ่น ขนาดยาที่อยู่ในยามเพียงเล็กน้อยจะส่งผลให้แบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ดื้อยาได้ 3.2) ยาปฏิชีวนะในรูปแบบผงโรยผิว เช่น ซัลฟานิลาไมด์ ในรูป

แบบยาทาภายนอก เช่น ซัลฟาไดอะซีน รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ขนาดของยาที่ไม่เหมาะสมก็จะส่งผลให้เชื้อแบคทีเรียดื้อต่อยาได้ 3.3) รูปแบบยารับประทานแก้ท้องเสีย ที่เป็นยาปฏิชีวนะสูตรผสม เช่น ไดโอไอโดไฮดรอกซีควิโนลีน ฟุราโซลิโดน คาโอลิน เพกติน มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการท้องเสียไม่เพียงพอและอาจไม่ปลอดภัยต่อผู้ช้ด้วย⁽⁴⁾

พฤติกรรมการใช้ยาเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดเชื้อดื้อยา จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2562 ในคนไทยอายุมากกว่า 15 ปี พบว่ามีคนไทยเพียงแค่ 13 ล้านคน ที่มีความรู้และเข้าใจเรื่องเชื้อดื้อยา และขาดด้านจุลชีพในระดับที่ดี ส่วนคนไทยที่เหลืออีก 41 ล้านคน ยังมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเชื้อดื้อยาและพฤติกรรมการใช้ยาด้านจุลชีพอยู่ในระดับที่ยังไม่ดีพอซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสม และส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยา⁽⁵⁾ เพื่อเป็นการหาแนวทางการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาในระดับประชาชนทั่วไป งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา กลุ่มครูโรงเรียนสตรีวิทยา กรุงเทพมหานคร โดยคาดว่าผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาได้

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่นำไปสู่การเกิดเชื้อดื้อยาในระดับประชาชน
2. เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษากลุ่มครูโรงเรียนสตรีวิทยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 139 คน⁽⁶⁾ ใช้แบบสอบถามออนไลน์ Google Form ได้รับการพัฒนาโดยผู้วิจัยและเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2564 คำเชิญเข้าร่วมการศึกษาวิจัยถูกส่งไปยังไลน์ส่วนตัวของครูแต่ละท่าน ในคำเชิญมีข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา การเก็บข้อมูลแบบนิรนาม การรับประกันการรักษาความลับของข้อมูล การเข้าร่วมให้ข้อมูลเป็นความสมัครใจ โดยครูจำนวนทั้งหมด 139 คน จำนวน ครูจำนวน 106 คนร่วมตอบแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้คือครูโรงเรียนสตรีวิทยา กรุงเทพมหานคร ในปีการศึกษา 2563 โดยกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษานี้ทั้งหมด 139 คน⁽⁶⁾ ตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 106 คน คำนวณโดยสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane⁽⁷⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2 คน โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา แบบทดสอบทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา มีค่า Cronbach's alphas จาก 0.51, 0.65 และ 0.75 เป็น 0.80, 0.75 และ 0.75 ตามลำดับ

แบบสอบถามนี้ มีคำถามทั้งหมด 26 ประมวลด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา จำนวน 4 ข้อ ให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวจากตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่มีความคิดเห็น เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยสุด ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ สำหรับข้อคำถามเป็นทัศนคติเชิงบวก หากเป็นทัศนคติเชิงลบ การให้คะแนนเป็นตรงกันข้าม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา จำนวน 12 ข้อ โดยลักษณะให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวจากตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาที่ระดับ 90-100% ระดับคะแนน 4 หมายถึงปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาที่ระดับ 70-89% ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาที่ระดับ 50-69% ระดับคะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาที่ระดับต่ำกว่า 30-49% และ ระดับคะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาที่ระดับ ต่ำกว่า 30 %

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา ทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ได้แก่ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร Pearson's Correlation และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรคุณครูโรงเรียนสตรีวิทยา จำนวน 106 คน ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.8) มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 57.6) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 57.58) รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระดับ 40,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 62.63) และแผนการเรียนระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ คือ วิทยาศาสตร์-คณิต

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาของกลุ่มคุณครูโรงเรียนสตรีวิทยา จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาเท่ากับ 2.77 (S.D .75) จากคะแนนเต็ม 5 โดยเพศหญิงมีระดับความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาคะแนนเฉลี่ย 2.78 (SD= .79) และคะแนนเฉลี่ยของเพศชายที่ 2.75 (SD = .61) ตามลำดับ กลุ่มอายุ 21-30 ปี มีความระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับ

กับเชื้อดื้อยาสูงที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.86 (SD= .69) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 51-60 ปี ค่ะแนวนระดับความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาเฉลี่ยอยู่ที่ 2.84 (SD=.75) กลุ่ม 41-50 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.57 (SD=.68) และกลุ่ม 31-40 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาเฉลี่ยที่ 2.73 (SD=.88) ทางด้านระดับการศึกษากลุ่มการศึกษาระดับปริญญาโท มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาสูงที่สุดค่าเฉลี่ยที่ 2.89 (SD= .86) รองลงมาคือกลุ่มการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยที่ 2.71 (SD=.68) และ กลุ่มระดับปริญญาเอกมีคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต่ำสุดเฉลี่ยที่ 2.6 (SD=0.55) กลุ่มรายได้ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาสูงที่สุดคือ กลุ่มที่มีรายได้มากกว่าเดือนละ 40,000 บาท คะแนนอยู่ที่ 2.88 (SD= .74) รองลงมาคือกลุ่ม 25,001-30,000 บาทต่อเดือน มีระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 2.73 (SD =0.65) รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือน 15,001-20,000 บาทต่อเดือน มีระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 2.67 (SD=.72) กลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 20,001-25,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยที่ 2.67 (SD=.86) กลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 มีคะแนนเฉลี่ย 2.33 (SD=.58) และกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต่ำสุดที่ 2.2 (SD=.84) วิเคราะห์รายกลุ่มโดยแผนการเรียนรู้ในระดับมัธยมศึกษา “แผนการศึกษาอื่นๆ” มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาสูงที่สุดอยู่ที่ 2.88 (SD= .83) รองลงมาคือกลุ่มแผนการเรียนรู้-คณิต มีคะแนนเฉลี่ยที่ 2.86 (SD=.73) กลุ่มแผนการเรียนรู้ระดับมัธยมศึกษา ศิลปคำนวณ มีคะแนนเฉลี่ยที่ 2.56 (SD=.73) และ กลุ่มแผนการเรียนรู้ระดับมัธยมศึกษา ศิลปภาษา มีคะแนนความ

รู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต่ำสุดอยู่ที่ 2.61 (SD=.78)

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาเท่ากับ 20.62 (S.D 2.83) จากคะแนนเต็ม 25 โดยเพศหญิงมีระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาสูงกว่าเพศชายที่ 20.78 (SD= 2.82) และ 20 (SD = 2.86) ตามลำดับ วิเคราะห์รายกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 21.50 (SD= 3) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31-40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 21.27 (SD=2.57) กลุ่มอายุ 51-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 21.04 (SD=2.74) กลุ่มอายุ 41-50 ปี คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 19.7 (SD=2.87) และกลุ่มอายุ 21-30 ปี มีคะแนนระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาต่ำสุดเฉลี่ยอยู่ที่ 18.29 (SD=2.63) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา รายกลุ่ม โดยระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มการศึกษาระดับปริญญาเอก มีคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาสูงที่สุดค่าเฉลี่ยที่ 23.2 (SD= 1.79) รองลงมาคือกลุ่มการศึกษาระดับปริญญาโทมีคะแนนเฉลี่ยระดับอยู่ที่ 21.03 (SD=2.74) และกลุ่มระดับปริญญาตรีมีคะแนนที่ 20.12 (SD=2.83) ตามลำดับ ทางด้านรายได้ กลุ่มที่มีเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาสูงที่สุดคือ กลุ่มที่มีรายได้มากกว่าเดือนละ 40,000 บาท คะแนนอยู่ที่ 21 (SD= 2.76) รองลงมาคือกลุ่ม 15,001-20,000 บาทต่อเดือน มีระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 20.40 (SD=2.19) กลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 25,001-30,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยที่

20.09 (SD=2.91) กลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 15,000 บาท ได้คะแนนเฉลี่ยที่ 20 (SD=4.36) กลุ่มรายได้ต่อเดือนระหว่าง 30,001-40,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยที่ 19.80 (SD=2.59) และกลุ่มรายได้ระหว่าง 20,001-25,000 บาท มีคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาต่ำสุดเฉลี่ยที่ 19 (SD=4.15) วิเคราะห์รายกลุ่มโดยแผนการเรียนในระดับมัธยมศึกษา กลุ่มแผนการเรียนวิทย์-คณิต มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาสูงสุดอยู่ที่ 21.13 (SD= 2.8) รองลงมาคือกลุ่มแผนการเรียนอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยที่ 20.26 (SD=2.43) กลุ่มแผนการเรียนศิลป์ภาษา มีคะแนนความรู้เฉลี่ยที่ 20.07 (SD=2.8) และกลุ่มแผนการเรียนศิลป์คำนวณ มีคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาต่ำสุดอยู่ที่ 19.38 (SD=2.9) ตามลำดับ (ตารางที่1)

ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.38 (S.D= 5.38) จากคะแนนเต็ม 60 โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาสูงกว่าเพศชายที่ 51.71 (SD= 5.18) และ 50.19 (SD=6.07) ตามลำดับ วิเคราะห์รายกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 31-40 ปี มีระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 50.72 (SD= 4.52) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 51-60 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 51.19 (SD=5.81) กลุ่มอายุ 41-50 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 50 (SD=5.5) กลุ่มอายุ 21-30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 50.43 (SD=4.5) และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีคะแนนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยาต่ำสุด เฉลี่ยอยู่ที่ 50.25 (SD=2.63) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์

ระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยารายกลุ่ม โดยระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มการศึกษาระดับปริญญาเอก มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 53 (SD=3.81) รองลงมาคือกลุ่มการศึกษาระดับปริญญาโท มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 52.65 (SD=4.4) และ กลุ่มระดับปริญญาตรีมีคะแนนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยาต่ำสุดโดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 50.42 (SD=5.91) ตามลำดับ ทางด้านรายได้ กลุ่มรายได้ต่อเดือน 25,001-30,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยาสูงสุดที่ 51.91 (SD=4.83) รองลงมาคือกลุ่มรายได้ต่อเดือน 15,001-20,000 มีคะแนนอยู่ที่ 51.83 (SD=4.45) รองลงมาคือกลุ่ม รายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท มีระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 51.67 (SD=5.16) กลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 40,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยที่ 51.43 (SD=5.74) กลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 51.2 (SD=3.11) และกลุ่มรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาต่ำสุดเฉลี่ยที่ 46.33 (SD=12.5) วิเคราะห์รายกลุ่มโดยแผนการเรียนในระดับมัธยมศึกษา พบว่าแผนการเรียนวิทย์-คณิต มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 52.05 (SD=5.13) รองลงมาคือแผนการเรียนศิลป์คำนวณ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 51.94 (SD= 4.9) กลุ่มแผนการเรียน อื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยที่ 51.38 (SD=3.93) และ กลุ่มแผนการเรียนศิลป์ภาษา มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาต่ำสุดอยู่ที่ 48.13 (SD=6.69) ตามลำดับ (ตารางที่1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ และความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา ทักษะต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้	ทัศนคติ	พฤติกรรมป้องกัน
เพศ				
ชาย	24 (22.6)	2.75 (0.61)	19.41 (3.12)	50.33 (5.91)
หญิง	82 (77.4)	2.78 (0.79)	20.52 (3.01)	51.73 (5.11)
อายุ				
21-30	7 (6.6)	2.86 (0.69)	18.29 (2.63)	50.43 (4.50)
31-40	15 (14.2)	2.73 (0.88)	19.67 (3.54)	52.07 (4.37)
41-50	21 (19.8)	2.57 (0.68)	19.43 (3.06)	51.81 (5.43)
51-60	63 (59.4)	2.84 (0.75)	20.92 (2.85)	51.24 (5.62)
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี	63 (59.4)	2.71 (0.68)	19.70 (3.04)	50.46 (5.72)
ปริญญาโท	38 (35.8)	2.89 (0.86)	20.84 (2.94)	52.79 (4.45)
ปริญญาเอก	5 (4.7)	2.60 (0.55)	23.20 (1.79)	53.00 (3.81)
รายได้ต่อเดือน				
<15,000 บาท	3 (2.8)	2.33 (0.58)	20.00 (4.36)	46.33 (12.50)
15,000-20,000 บาท	15 (14.2)	2.67 (0.72)	19.27 (3.10)	51.27 (4.46)
20,001-25,000 บาท	9 (8.5)	2.67 (0.87)	18.22 (3.63)	52.00 (4.24)
25,001-30,000บาท	11 (10.4)	2.72 (0.65)	20.09 (2.91)	51.91 (4.83)
30,001-40,000บาท	5 (4.7)	2.20 (0.84)	19.80 (2.59)	51.2 (3.11)
>40,000บาท	63 (59.4)	2.89 (0.74)	20.89 (2.87)	51.53 (5.48)
แผนการเรียนระดับมัธยมฯ				
วิทย์-คณิต	64 (60.4)	2.86 (0.73)	20.77 (3.07)	52.22 (5.04)
ศิลป์-คำนวณ	15 (15.)	2.56 (0.73)	19.38 (2.90)	51.94 (4.93)
ศิลป์-ภาษา	18 (17.0)	2.61 (0.78)	19.33 (3.20)	48.11 (6.15)
แผนการเรียนอื่นๆ	8 (7.5)	2.86 (0.83)	20.25 (2.43)	51.38 (3.93)
รวม	106 (100)	2.77 (0.75)	20.27 (3.06)	51.41 (5.31)

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร Pearson's Correlation

ตัวแปร	ระดับการศึกษา	ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา	ทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา	พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยา
ระดับการศึกษา	1			
ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา	0.062	1		
ทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา	0.270**	0.002	1	
พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยา	0.208*	0.010	0.370**	1
**Correlation is significant at 0.01				
*Correlation is significant at 0.05				

เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน แผนการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา และทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา {Multiple R = .428, (p-value < 0.01, df (7,98)) โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 18.3 ($R^2=.183$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์การถดถอย (Beta) จากการวิเคราะห์ห้ข้อมูลทั้ง 6 ตัวแปรพบว่าทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .366, $t=3.634$, p-value <.001) ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน แผนการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและเชื้อดื้อยาเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา (n=106)

ตัวแปรอิสระ	B	S.E.	Beta	t	p-value
อายุ	1.194	0.531	-0.104	-1.094	0.277
ระดับการศึกษา	-0.581	0.927	0.071	0.689	0.492
รายได้	0.639	0.33	-0.102	-0.993	0.323
แผนการเรียนระดับมัธยมศึกษา	-0.738	0.538	-0.139	-1.371	0.174
ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา	0.08	0.66	0.011	0.122	0.903
ทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา	0.635	0.175	0.366	3.634	0

Multiple R = .428, $R^2 = .183$, Adj $R^2 = .125$, S.E. 4.96487 p-value <0.001, df (7,98)

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา กลุ่มครูโรงเรียนสตรีวิทยา ผู้ตอบแบบสอบถามเป็น กลุ่มครูโรงเรียนมัธยม จึงมีระดับการศึกษาขั้นต่ำที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.58 เป็นกลุ่มอายุ 41-60 ปี มีระดับความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา และการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับกลาง ทักษะคิดต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับที่ดี และพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับที่ดี ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ แต่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ($r=.249^{**}$, $p=0.01$) และพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ($r=.428^{**}$, $p=0.01$) ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาและการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับประชาชนเกิดจากการได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง จากผลการวิจัยนี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของ สุวัฒน์ ปริสุทธิวุฒิพร⁽⁸⁾ ซึ่งได้การศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาล ชลบุรี จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 92.5 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 50 เคยได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะจากแพทย์ เภสัชกร พยาบาลในรอบ 1 ปีที่เมื่อไปใช้บริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง โดยการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีผลต่อระดับความรู้ของผู้มารับบริการ⁽⁹⁾ การศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับ บริการในร้านยาชุมชน จังหวัดปทุมธานี พบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะ

อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดีมาก ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ การได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะจากเภสัชกรส่งผลต่อความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ

ครูโรงเรียนสตรีวิทยามีทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดี โดยระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยา อีกทั้งกลุ่มที่ทำการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือกลุ่มครู ซึ่งอาชีพครูเป็นอาชีพที่ต้องต้นแบบในการปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดี⁽¹⁰⁾ และตามคำสอนของพุทธศาสนากล่าวถึงลักษณะของครูที่ดี⁽¹¹⁾ การเป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้มีคุณประพัตติงามควรแก่การเคารพ และเป็นตัวอย่างที่ดีมีแนวทางการประพฤติตนและหลักในการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้องและชอบธรรม เพื่อนำความรู้ต่างๆไปถ่ายทอดให้แก่นักเรียนทำให้ต้องสร้างทัศนคติที่ดีเพื่อไปสอนนักเรียนได้ถูกต้องนำไปปฏิบัติตาม และทำให้นักเรียนมีทัศนคติที่ดีต่อไปได้ ลักษณะของครูที่ดี จึงมีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดี⁽¹²⁾ ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างระดับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งระดับทัศนคติเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีได้⁽¹³⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่าทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยที่ความรู้ที่เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับทัศนคติกลุ่มครูโรงเรียนสตรีวิทยามีทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดี และทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาของกลุ่มตัวอย่างนี้ จึงสามารถสรุปได้ว่าทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาเป็นการจูงใจต่อแนวโน้มในการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาที่อยู่ในระดับดี

สรุปผลวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาของกลุ่มตัวอย่าง คือ ทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา โดยทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ดังนั้นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ควรส่งเสริมการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา รวมทั้งการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาและ การใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง ผ่านการจัดการอบรมให้ความรู้ และให้คำแนะนำ โดยผู้เชี่ยวชาญ อย่างทั่วถึงผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

นันทน์ภัส ทองอินตาและศุภิมณ มังคลรังษี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา: กลุ่มครูโรงเรียนมัธยมในกรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(1): หน้า 54-66.

Suggested citation for this article

Tonginta N. and Mungkalarungsi S. Factors influencing drug resistance preventive behavior of high school teachers in Bangkok. Institute for Urban Disease Control and Journal 2021; 6(1): page 54-66.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **New report calls for urgent action to avert antimicrobial resistance crisis** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล <https://www.who.int/news/item/29-04-2019-new-report-calls-for-urgent-action-to-avert-antimicrobial-resistance-crisis>
2. Hfocus. **เชื่อดื้อยาทำเสียชีวิต** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล <https://www.hfocus.org/content/2020/07/19750>
3. Poppad. **เชื่อดื้อยาอันตรายภัยเงียบ** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค.63] แหล่งข้อมูล <https://www.pobpad.com/เชื่อดื้อยา-ภัยเงียบ>
4. กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. **เชื่อดื้อยา หรือ เชื้อแบคทีเรียดื้อยา คืออะไร** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค.63] แหล่งข้อมูล http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=622
5. ไทยรัฐ. **ความตระหนักรู้เรื่องยาต้านจุลชีพโลกปี 2563** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล. <https://www.thairath.co.th/news/local/1978000>
6. **ข้อมูลครู/บุคลากร โรงเรียนสตรีวิทยา** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ค.64] แหล่งข้อมูล https://data.bopp-obec.info/emis/schooldata-view_techer.php?School_ID=1010720040&Area_CODE=6501
7. กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). **การวิเคราะห์สถิติ : สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 11)**. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. สุวัฒน์ ปริสุทธีวุฒิพร. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชลูง จังหวัดจันทบุรี**. 2557. วรสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2557;31:2.
9. จิรัชัย มงคลชัยภักดิ์, จิรวัดน์ รวมสุข, และ เอมอร ชัยประทีป. **การศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี**. EAU Heritage Journal วรสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. 2012;6:2 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 63] แหล่งข้อมูล <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/25729>
10. วราภรณ์ ศรีวิโรจน์. **ปรัชญาและคุณธรรมสำหรับครู และลักษณะครูที่ดี** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 พ.ค. 2564] แหล่งข้อมูล <http://edu.pbru.ac.th/e-media/10.pdf>

11. พระปิฎกโกศล. **หลักกัลยาณมิตรธรรม 7 ในพระไตรปิฎกสำหรับครู**. Journal of MCU Nakhondhat. 2019;6:9.
12. นางสาวพัชรณฐิ อ่วมเกิด. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี**. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2563] แหล่งข้อมูล <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/184929/130121/>
13. ดวงพร สุขสมัย, สุขุมภรณ์ ศรีวิศิษฐ์, กมลรัตน์ นุ่นคง. **ความรู้ ทักษะ และกำรปฏิบัติตัวในกำรใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง**. กลุ่มงานวิจัยและนวัตกรรม วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ค.64] แหล่งข้อมูล http://research.scphtrang.ac.th/sites/research.scphtrang.ac.th/files/8%20Kamonrat_KAP%20antibiotic_0.pdf

การเปรียบเทียบลักษณะและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นคนไทย และไม่ใช่ไทย ณ ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ปี 2551 – 2560

The comparison of characteristics and leprosy treatment outcomes among Thais and other nationalities of the Center for Urban Disease Control and Prevention. 2008 – 2017

เขมกร เทียงทางธรรม, สุพัตรา นิลศิริ, วรงค์ช เซษฐพันธ์
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Khammakorn Thiangthangthum, Supattra Ninsiri, Warongkot Chetpun
Institute for Urban Disease Control and Prevention.

Received 2021 May15, Revised 2021 Jun 20, Accepted 2021 Jun 21

บทคัดย่อ

ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง เป็นคลินิกที่รักษาโรคเรื้อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาลักษณะและผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นคนไทยและไม่ใช่คนไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคนไทยและไม่ใช่คนไทยที่มารับบริการรักษาโรคเรื้อน โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี จำนวน 68 ราย เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สร้างขึ้นจำเพาะ สอดคล้องกับแบบบันทึกข้อมูลที่กรมควบคุมโรคใช้ในการบันทึก วิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่าตั้งแต่ปี 2551 - 2560 พบผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รับบริการมีจำนวน ทั้งหมด 68 ราย ผู้ป่วยคนไทย 59 ราย ร้อยละ 86.76 ไม่ใช่คนไทย 9 ราย ร้อยละ 13.24 เป็น คนไทยส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 64.4, ไม่ใช่คนไทย เป็น เพศชาย 66.7 คนไทยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 56-65 ปี ร้อยละ 23.7 ไม่ใช่คนไทย 26-35 ปี ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 52.5, 66.7 ตามลำดับ ภูมิสำเนา มีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วยของโรคเรื้อนคือผู้ป่วยไม่ใช่คนไทยอาศัยในพื้นที่ต่างประเทศและรองลงมา คือ จังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 44.4, 33.3 ส่วนผู้ป่วยคนไทยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และ จังหวัดปทุมธานี

ร้อยละ 30.5, 25.4 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ป่วยเชื้อมาก ร้อยละ 79.7, 88.9 ตามลำดับ ระยะเวลามีอาการก่อนมารักษา 1 - 5 ปี ร้อยละ 54.2, 55.6 ตามลำดับ มีรอยโรคทั้ง 2 ข้าง และรับยาเชื้อมาก โดยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเท้า ร้อยละ 54.2, 77.8 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยไม่ใช่คนไทยมีความสัมพันธ์กับการแพ้ยาระหว่างรักษา ร้อยละ 11.1 ($p < .05$) ผลการรักษาครบทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทย ร้อยละ 76.3, 66.8 ตามลำดับ แต่อัตราการขาดยาในผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย มากกว่าคนไทย 3 เท่า ร้อยละ 22.2 และ 6.8 สรุปร ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ใช่คนไทยมีการแพ้ยา และอัตราการขาดยาสูงกว่าคนไทย จึงต้องมีการวางแผนติดตาม และศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ใช่คนไทย เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน และลดการเกิดความพิการ ตามเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน

คำสำคัญ : การเปรียบเทียบ, ผลการรักษา, โรคเรื้อน

Abstract

Background: This retrospective descriptive study aims to find the differences between the characteristics, treatment outcomes, and nationalities (Thai vs Non-Thai) among the leprosy patients in the Skin Clinical the Center for Urban Disease Control and Prevention. To control leprosy in the community and prevent grade 2 physical disabilities, early disease detection and treatment are significantly important.

Methods: This retrospective descriptive study is comprised of samples from 68 leprosy patients. The form used for recording data collection in this research was developed by the Department of Disease Control and also used at the Center for Urban Disease Control and Prevention during the 2008 – 2017 period. The statistics used were percentage, mean, and standard deviation, Chi-square and paired t- test.

Results: Among a cohort of 68 leprosy patients (86.76%) were Thai and (13.24%) were from other nationalities. Most of them were male, Thai (64.4%) and (66.7%) from other nationalities respectively. The Thai age range between 56 and 65 years old was 23.7% and the other nationalities age range between 25 and 35 years old was 33.3%. Most of them were self-employed Thai (52.5 %) and Non-Thai (66.7%) respectively. The living rate related to the leprosy disease of Thai living in Bangkok and Phatuntani Province was (30.5, 25.4%, respectively). Other nationalities living in foreign areas and Phatuntani

Province was (44.4, 33.3 %, respectively). Both Thai and other nationalities received multi-drug treatment (79.7, 88.9%, respectively). More than half had 1-5 years of symptoms before treatment (54.2, 55.6%, respectively). Clinical manifestation of bilateral skin lesions that were present but were not erythematous plaques was (54.2, 77.8%, respectively). Groups of other nationalities relation to drug allergies during treatment was (11.1%, $p < .05$). Completed treatment in Thais and other nationalities was (76.3, 66.8%, respectively), but lost contacts in other nationalities were (22.2%) more than with Thais (6.8%), over 3 times as many.

Conclusion: This study has shown that leprosy patients of other nationalities have seen a drug allergy during treatment and have had more lost contacts than with Thais. Thus, a plan to follow up treatment and study the problems and obstacles in caring for leprosy patients, reduce the distribution of leprosy in the community, and prevent grade 2 physical disabilities should be sought according to the goal of leprosy prevention and control.

Keywords: Comparison, leprosy, Center for Urban Disease Control and Prevention.

บทนำ

สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทย ปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงมาก บรรลุเป้าหมายของการกำจัดโรคเรื้อนจนมิเป็นปัญหาสาธารณสุขได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 คือสามารถลดอัตราความชุกโรคเรื้อนในระดับประเทศ ได้ต่ำกว่า 1 รายต่อประชากรหมื่นคน ตามเกณฑ์ที่กำหนดขององค์การอนามัยโลก^(1,2,5) ซึ่งจากข้อมูลผู้ป่วยในทะเบียนรักษา ทั่วประเทศ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 – 2560 พบว่า มีแนวโน้มลดลง

สถานการณ์โรคเรื้อนในประชากรที่ไม่ใช่ไทย ปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่า^(3,7) ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ใช่คนไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในรอบ 5 ปี มีผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด 175 ราย เป็นประเภทผู้ป่วยเชื้อมาก (multibacillary leprosy : MB) จำนวน 154 ราย คิดเป็นร้อยละ 88⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถแพร่เชื้อโรคไปสู่ผู้อื่นได้ ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวน 3 ราย และผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 (มองเห็นได้) จำนวนมากถึง 20 ราย

ตารางที่ 1 สถานการณ์โรคเรื้อนต่างด้าว พ.ศ. 2555 - 2559

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยใหม่	จำนวนผู้ป่วยใหม่ เชื้อมาก(MB)	จำนวนผู้ป่วยใหม่ ที่เป็นเด็ก	จำนวนผู้ป่วยใหม่ ที่มีความพิการ ระดับ 2
2555	22	19	0	4
2556	22	21	0	5
2557	47	39	2	4
2558	44	39	0	2
2559	40	36	1	5
รวม	175	154 (88%)	3 (1.71%)	20 (11.43%)

เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ไม่ใช่คนไทย กับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นคนไทยพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ใช่คนไทยที่ค้นพบในแต่ละปี มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2559 มีอัตราส่วน ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นที่ไม่ใช่คนไทย 1 รายต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่คนไทย 4 รายและยังพบว่า สคร. 1 เชียงใหม่ และ สคร. 5 ราชบุรี พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นไม่ใช่คนไทยมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทั้งหมด โดยผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ใช่คนไทย ที่พบในปี พ.ศ. 2555 ถึง 2559 ส่วนใหญ่ มาจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีแนวพรมแดน ติดกับประเทศไทย โดยพบสัญญาติเมียนมาร์ มากที่สุดถึง ร้อยละ 92.75 รองลงมาคือลาว 5 ราย และมีการกระจาย ของโรคเรื้อน ภาคเหนือ ร้อยละ 60 รองลงมาภาคกลาง

ร้อยละ 37.5 กรุงเทพฯ พบ 3 ราย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบลักษณะและผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นคนไทยและไม่ใช่คนไทย เพื่อนำผลการวิจัยไปวางแผนติดตามและศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ใช่คนไทยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน และลดการเกิดความพิการ ตามเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Descriptive study) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น ตามแบบที่สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรคกำหนด นำมาวิเคราะห์ผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ คลินิกโรคผิวหนังและโรคเรื้อรัง ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2560 จำนวน 68 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นกลุ่มประชากรทั้งหมด จำนวน 68 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ คลินิกโรคผิวหนังและโรคเรื้อรัง ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลตามแบบที่สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรคกำหนด ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สัญชาติ อาชีพ และภูมิลำเนา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ชนิดของโรค ประเภทเชื้อมาก ระยะเวลามีอาการก่อนมารักษา ประวัติเคยรับยา โรคเรื้อรัง ประวัติญาติ และบุคคลในหมู่บ้านป่วยเป็น โรคเรื้อรังและประเภทผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 อาการและอาการแสดง ประกอบด้วย อาการแสดงรอยโรค สี ขอบ ลักษณะรอยโรค

อาการชา จำนวนรอยโรค การกระจาย มีภาวะโรคเพื่อ การอักเสบของเส้นประสาท

ส่วนที่ 4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ผื่น หูขี้หูและหูชั้นใน และผล Biopsy

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพิการ ประกอบด้วย ตา มือและเท้าตามแบบบันทึกการตรวจความพิการ

ส่วนที่ 6 การรักษาและการแพทย์ตามแบบบันทึกการรักษา

ส่วนที่ 7 ผู้สัมผัสโรคได้รับการสำรวจร่างกายตามแบบบันทึกการตรวจผู้สัมผัสโรค

ส่วนที่ 8 ผลการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ในการอธิบายข้อมูลคุณลักษณะประชากร ประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความพิการตามแบบบันทึกการตรวจความพิการ การรักษาและการแพทย์ตามแบบบันทึกการรักษา ผู้สัมผัสโรคได้รับการสำรวจร่างกาย ตามแบบบันทึกการตรวจผู้สัมผัสโรคและผลการรักษา

สถิติเชิงพรรณนา เพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการอธิบายข้อมูลอายุของกลุ่มตัวอย่าง

สถิติเปรียบเทียบผลการรักษาในกลุ่มคนไทยและไม่ใช่คนไทย โดยใช้ Chi-square

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคเรื้อน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 68)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	64.7
หญิง	24	35.3
กลุ่มอายุ		
< 15 ปี	3	4.4
15-25 ปี	14	20.6
26-35 ปี	10	14.7
36-45 ปี	11	16.2
46-55 ปี	10	14.7
56-65 ปี	15	22.1
> 65 ปี	5	7.4
ค่าต่ำสุด = 11 , ค่าสูงสุด = 76 ,ค่าเฉลี่ย=41.87, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 17.09		
ศาสนา		
พุทธ	67	98.5
อิสลาม	1	1.5
สถานภาพสมรส		
โสด	28	41.2
คู่	34	50.0
หม้าย/หย่า/แยก	6	8.8
สัญชาติ		
ไทย	59	86.8
ไม่ใช่คนไทย	9	13.2
พม่า	6	66.6
กัมพูชา	1	11.1
ลาว	2	22.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อน (n = 68) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	37	54.4
ค้าขาย	9	13.2
งานบ้าน	6	8.8
นักเรียน	5	7.4
เกษตรกรกรรม	4	5.9
ข้าราชการ	4	5.9
ว่างงาน	2	2.9
นักโทษ	1	1.5
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานคร	18	26.5
ปทุมธานี	18	26.5
นนทบุรี	5	7.4
พระนครศรีอยุธยา	1	1.5
ต่างจังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	12	17.6
ต่างจังหวัด (ภาคกลาง)	9	13.2
ประเทศเพื่อนบ้าน	4	5.9
ต่างจังหวัด (ภาคเหนือ)	1	1.5

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงโดยเพศชาย ร้อยละ 64.7 เพศหญิง ร้อยละ 35.3 กลุ่มอายุ 56 - 65 ปี ร้อยละ 22.1 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 15 - 25 ปี ร้อยละ 20.6 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.5 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 50.0 รองลงมาโสด ร้อยละ 41.2 สัญชาติไทย ร้อยละ 86.8 พม่า ร้อยละ 8.8 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.4 รองลงมาค้าขาย ร้อยละ 13.2 ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร เท่ากับจังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 26.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน (n = 68)

ประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรค		
ประเภทเชื้อมาก (multibacillary leprosy : MB)	55	80.9
ประเภทเชื่อน้อย (paucibacillary leprosy : PB)	13	19.1
ระยะเวลามีอาการก่อนมารักษา		
< 1 ปี	13	19.1
1-5 ปี	37	54.4
6-10 ปี	10	14.7
11-20 ปี	2	2.9
> 20 ปี	6	8.8
ค่าเฉลี่ย = 6.61, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.24		
ประวัติเคยรับยาโรคเรื้อน		
เคย	20	29.4
ไม่เคย	48	70.6
มีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน		
เคย	19	29.9
ไม่เคย	49	72.1
มีบุคคลในหมู่บ้านป่วยเป็นโรคเรื้อน		
เคย	11	16.2
ไม่เคย	57	83.8

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน (n = 68) (ต่อ)

ประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทผู้ป่วย (N=68 คน)		
ใหม่	50	73.5
มาเอง	12	17.6
มาเองและมีประวัติสัมผัสโรคร่วมบ้าน	22	35.3
มาตรวจโดยอยู่บ้านเดียวกัน	1	1.5
ส่งต่อ	13	19.1
รับย้าย	11	16.2
Relapse (กลับเป็นโรคใหม่)	6	8.8
Re-instate (กลับมารักษาใหม่หลังขาดยาเกิน 1 ปี)	1	1.5

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ชนิดของโรคเป็นประเภทเชื้อมาก ร้อยละ 80.9 ระยะเวลามีอาการ 1-5 ปี ก่อนมารักษา ร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่ไม่เคยประวัติเคยรับยาโรคเรื้อน ไม่เคยมีญาติและบุคคลในหมู่บ้านป่วย ร้อยละ 70.6, 72.1 และ 83.8 ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นประเภทผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 73.5

ส่วนที่ 3 อาการและอาการแสดง**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละอาการและอาการแสดง (n=68)

อาการแสดงของผู้ป่วยโรคเรื้อน	จำนวน	ร้อยละ
อาการแสดงรอยโรคที่พบ		
แผ่นนูนแดง	22	32.4
ตุ่ม	20	29.4
มีสีเข้ม	16	23.5
วงแหวน	16	23.5
มีวงสีขาว	15	22.1
ผื่นแดง	11	16.2

อาการแสดงของผู้ป่วยโรคเรื้อน	จำนวน	ร้อยละ
ขอบรอยโรค		
ชัด	55	80.9
ไม่ชัด	6	8.8
ไม่มี	7	10.3
สี		
เข้มกว่าปกติ	49	72.1
จางกว่าปกติ	12	17.6
ไม่มี	7	10.3
ลักษณะผิวหนังบริเวณรอยโรค		
อุ่มน้าเป็นมัน	30	44.1
แห้งเหี่ยวไม่ออก	23	33.8
ขนร่วง	5	7.4
ปกติ	3	4.4
อาการขาที่ตรวจพบ		
บริเวณโรค		
ขา	44	64.7
ไม่ขา	24	35.3
ฝ่ามือ/เท้า		
ขา	18	26.5
ไม่ขา	45	73.5
จำนวนรอยโรค		
0 แห่ง	5	7.4
1-5 แห่ง	28	41.2
อาการแสดงรอยโรคที่พบ		
6-9 แห่ง	12	17.6
≥ 10 แห่ง	23	33.8

อาการแสดงของผู้ป่วยโรคเรื้อน	จำนวน	ร้อยละ
การกระจาย		
ข้างเดียว	10	14.7
2 ข้างของร่างกาย	54	79.4
ไม่มี	4	5.9
ภาวะโรคเห่อ (reaction)		
มี	28	41.2
RR (revesal reaction)	13	19.2
ENL (erythema nodusum leprosum)	15	22.1
ไม่มี	39	57.4
เส้นประสาท		
โต	59	86.8
ไม่โต	8	11.8
เจ็บ	10	14.7
ไม่เจ็บ	57	83.8

ผลการศึกษาพบว่า อาการแสดงรอยโรค ส่วนใหญ่แผ่นนูนแดง ร้อยละ 32.4 รองลงมา ตุ่ม ร้อยละ 29.4 ขอบรอยโรคชัด ร้อยละ 80.9 สีเข้มกว่าปกติ ร้อยละ 72.1 ลักษณะผิวอิมจำเป็นมัน 44.1 อาการชาส่วนใหญชาที่บริเวณโรค ร้อยละ 64.7 ฝ่ามือ/ฝ่าเท้า ส่วนใหญ่ ไม่ชา ร้อยละ 73.5 ส่วนใหญ่ มีรอยโรค 1-5 แห่ง ร้อยละ 41.2 รองลงมา >10 แห่ง ร้อยละ 33.8 การกระจาย 2 ข้างของร่างกาย ร้อยละ 79.4 มีภาวะโรคเห่อ ร้อยละ 41.2 ชนิด ENL (erythema nodusum leprosum) ร้อยละ 22.1 มีเส้นประสาทโต ร้อยละ 86.8 ไม่เจ็บ ร้อยละ 83.8

ส่วนที่ 4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n = 68)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน	ร้อยละ
การพบเชื้อ		
พบ	33	48.5
ไม่พบ	35	51.5
ฝัน		
พบ	30	44.1
ไม่พบ	37	54.4
ไม่มี	1	1.5
หูด		
พบ	26	38.2
ไม่พบ	42	61.8
หูด		
พบ	26	38.2
ไม่พบ	42	61.8
ผล Biopsy		
มี/พบเชื้อ	19	27.9
ไม่มีผล	49	72.1

ผลการศึกษาพบว่า การพบเชื้อส่วนใหญ่ไม่พบเชื้อ ร้อยละ 51.5 พบเชื้อ ร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่ไม่พบเชื้อที่ฝัน หูดและหูด ร้อยละ 54.4, 61.8 และ 61.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มี ผล Biopsy ร้อยละ 72.1 มีและพบเชื้อ ร้อยละ 27.9

ส่วนที่ 5 ความพิการตามแบบบันทึกการตรวจความพิการ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละความพิการตามแบบบันทึกการตรวจความพิการ (n = 68)

ความพิการ	จำนวน	ร้อยละ
ตา		
grade 0	62	91.2
grade 1	2	2.9
grade 2	4	5.9
มือ		
grade 0	50	73.5
grade 1	6	8.8
grade 2	12	17.6
เท้า		
grade 0	43	63.2
grade 1	17	25.0
grade 2	19	11.8

ผลการศึกษาพบว่า การพิการทางตา มือและเท้า ส่วนใหญ่ไม่พบการพิการ ร้อยละ 91.2 73.5 และ 63.2 ตามลำดับ มีความพิการ grade 2 (ตาหลับไม่สนิทหรือม่านตาอักเสบหรือสายตาวัดมาก มือและเท้ารูปร่างผิดปกติ มีแผล ข้อติดแข็ง หรือข้อมือข้อเท้าตก) ร้อยละ 5.9 17.6 และ 11.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 การรักษาและการแพทย์ ตามแบบบันทึกการรักษา

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละการรักษาและการแพทย์ ตามแบบบันทึกการรักษา (n = 68)

การรักษาและการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของยา		
ใช้น้อย	10	14.7
ใช้มาก	58	85.3
แพทย์ระหว่างรักษา		
มี	1	1.5
ไม่มี	65	95.6
ไม่มีข้อมูล	2	2.9

ผลการศึกษาพบว่า การรักษา ส่วนใหญ่ชนิดยาใช้มาก (รับยาประจำเดือนครบ 24 ครั้งในระยะเวลา 36 เดือน) ร้อยละ 85.3 และส่วนใหญ่ไม่มีการแพทย์ระหว่างรักษา ร้อยละ 95.6 ไม่มีข้อมูลการแพทย์ ร้อยละ 2.9 มีการแพทย์ (ผลตรวจเลือดค่าตับมีความผิดปกติสูงและมีฟันทั่วตัว) ร้อยละ 1.5

ส่วนที่ 7 ผู้สัมผัสโรคได้รับการสำรวจร่างกาย ตามแบบบันทึกการตรวจผู้สัมผัสโรค

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละผู้สัมผัสโรคที่ได้รับการสำรวจร่างกาย

ตามแบบบันทึกการตรวจผู้สัมผัสโรค (n = 68)

การสำรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคที่บ้าน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับการสำรวจร่างกาย	23	33.8
ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 1-60	18	26.5
ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 61-80	7	10.3
ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 81-99	1	1.5
ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 100	19	27.9

ผลการศึกษาพบว่า การสำรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคที่บ้านส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 33.8 รองลงมา ได้รับการสำรวจร่างกายโดยมารับการตรวจที่สถานบริการ ร้อยละ 100 ร้อยละ 27.9

ส่วนที่ 8 ผลการรักษา

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละผลการรักษา (n = 68)

ผลการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ครบ	51	75.0
ขาดยา >1 ปี	6	8.8
กำลังรักษา	5	7.4
ตาย	2	2.9
ส่งไปรักษาต่อ	2	2.9
เปลี่ยนการวินิจฉัย	1	1.5
งดยา (hepatitis)	1	1.5

ผลการศึกษาพบว่า ผลการรักษา ส่วนใหญ่รักษาครบ ร้อยละ 75.0 รองลงมา ขาดยา >1 ปี ไม่สามารถติดตามให้มารับยาได้ ร้อยละ 8.8 และตาย ร้อยละ 2.9 เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นโรคอื่นหลังรักษา ไป 1 เดือน ร้อยละ 1.5

ตารางที่ 9 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลกับกลุ่มสัญชาติ

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลกับกลุ่มสัญชาติ

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยคนไทย		ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภูมิลำเนา					.000*
กรุงเทพมหานคร	18	100	0	0	
ปทุมธานี	15	83.3	3	16.7	
นนทบุรี	4	80	1	20	
พระนครศรีอยุธยา	1	100	0	0	
ต่างจังหวัด(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	12	100	0	0	
ต่างจังหวัด(ภาคกลาง)	8	88.9	1	11.1	
ต่างจังหวัด(ภาคเหนือ)	1	100	0	0	
ประเทศเพื่อนบ้าน	0	0	4	100	

ผลการศึกษา พบว่า เพศชายและเพศหญิง กลุ่มอายุ ศาสนา สถานภาพสมรสและอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มสัญชาติ (P-value > 0.05) แต่ภูมิลำเนาที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มสัญชาติ (P-value = .000)

ตารางที่ 11 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรักษาและการแพ้ยาตามแบบบันทึกกับกลุ่มสัญชาติ

การรักษาและการแพ้ยา	ผู้ป่วยคนไทย		ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ชนิดของยา					.181
ใช้น้อย	10	100	0	0	
ใช้มาก	49	84.5	9	100	
แพ้ยาระหว่างรักษา					.010*
มี	0	0	1	100	
ไม่มี	58	88.2	7	10.8	
ไม่มีข้อมูล	1	50	1	50	

ผลการศึกษาพบว่า การรักษาและการแพ้ยา ชนิดของยาใช้น้อยและใช้มาก ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มสัญชาติ (P-value > 0.05) แต่การแพ้ยาระหว่างรักษามีความสัมพันธ์กับการกลุ่มสัญชาติ (P-value > 0.01) โดยพบการแพ้ยาในกลุ่มไม่ใช่คนไทย 1 ราย และไม่มีข้อมูลในแบบบันทึกรายงานคนไทย 1 ราย ไม่ใช่คนไทย 1 ราย

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการเปรียบเทียบลักษณะ และผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นคนไทย และไม่ใช่คนไทย สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคเรื้อนโดยทั่วไป เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับภาพประเทศที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง^(1,14,15) อายุส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน นับถือศาสนาพุทธ สัญชาติไทย รองลงมาสัญชาติพม่า สอดคล้องกับที่ชัยรัตน์ เตชะไตรศักดิ์⁽¹³⁾ ได้ศึกษาระบาดวิทยาของโรคเรื้อนในแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ในปี 2541 - 2559 หลังจากความสำเร็จการกำจัดโรคเรื้อนในปี

พ.ศ. 2537 ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวจำนวน 599 รายจาก ส่วนใหญ่ร้อยละ 93 มาจากเมียนมาร์ พ.ศ. 2559 และสอดคล้องกับธีระ รามสูตร และฉลวย เสรีจกิจ (2559, น. 38-46)⁽²⁾ ได้ศึกษาความก้าวหน้าของโครงการเฝ้าระวังค้นหาและรักษาโรคเรื้อนในบุคคลและแรงงานต่างด้าวตามแนวพระราชดำริ พบว่าในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2541 - 2558 มีการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างด้าวจำนวนทั้งสิ้น 519 ราย โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีสัญชาติเมียนมาร์ จำนวน 487 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.83 สถานภาพสมรสคู่ อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง รองลงมาค้าขาย ร้อยละ 13.2 ภูมิลำเนากรุงเทพมหานครเท่ากับปทุมธานี ร้อยละ 26.5

2. ประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อนส่วนใหญ่ ผู้ป่วยเป็นประเภทเชื้อมาก (MB) ร้อยละ 80.9 คล้ายกับภาพประเทศที่พบว่าที่พบว่า ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (MB) ถึงร้อยละ 70.05^(13,16,18) และมีความสอดคล้องกับระยะเวลาที่มีอาการนาน 1 - 5 ปี ก่อนมารักษา และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่เคยมีประวัติ เคยรับยา โรคเรื้อน ไม่มีญาติหรือบุคคลในหมู่บ้านป่วยซึ่ง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่าใครป่วยบ้าง เนื่องจากยังมีการปกปิดไม่เปิดเผยของผู้ป่วย โรคเรื้อน แก่บุคคลอื่นเนื่องจากกลัวการตีตรา จากสังคม สอดคล้องกับศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และศิริมาศ รอดจันทร์⁽⁴⁾ (2560, บทคัดย่อ) ศึกษาการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรค ในบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ โดยกลุ่ม ตัวอย่าง ในบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 236 คน ในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้การตีตราต่อทั้งโรคเรื้อนและวัณโรค โดยการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนสูงกว่าการรับรู้การตีตรา ต่อวัณโรค ซึ่งยังเป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ ส่วนสถานภาพผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่เป็นประเภท ผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการอื่น เพื่อมารับยืนยันการวินิจฉัยและรักษาด้วยยา MDT (Multidrug therapy : รับประทานประจำเดือนครบ 24 ครั้งในระยะเวลา 36 เดือน)

3. อาการแสดงรอยโรค ส่วนใหญ่แผ่นนูนแดง รองลงมา ตุ่ม ขอบรอยโรคชัด สีเข้มกว่าปกติ ลักษณะผิวอัมฉ่ำเป็นมัน อาการชาส่วนใหญ่ว่าที่ บริเวณโรค ผ่ามือ/ฝ่าเท้า ส่วนใหญ่ไม่ชาและส่วน ใหญ่มีรอยโรค 1-5 แห่ง การกระจาย 2 ข้างของ ร่างกาย มีภาวะโรคเห่อ ร้อยละ 41.2 ชนิด ENL

ร้อยละ 22.1 ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันวิทยา ที่เกิด การอักเสบเฉียบพลันและการทำลายของเนื้อเยื่อ⁽⁶⁾ มีเส้นประสาทโต ร้อยละ 86.8 ไม่เจ็บ ร้อยละ 83.8 สอดคล้องกับ ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์และพจนานัญญกิตติกุล⁽³⁾ (2562, น.29 - 39) ได้ศึกษาการประเมิน ประสิทธิภาพโครงการกำจัดโรคเรื้อนภายใต้แผน ยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 5 ปี (พ.ศ. 2553 - 2557) และ แผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 6 ปี (พ.ศ. 2558 - 2563) พ.ศ. 2561 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเชื้อมากในผู้ป่วยราย ใหม่ มีแนวโน้มลดลงแต่ยังเป็นสัดส่วนที่สูง

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ ส่วนใหญ่ไม่พบเชื้อ ร้อยละ 51.5 พบเชื้อ ร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่ ไม่พบเชื้อที่ผื่น หูขวาและหูซ้าย ร้อยละ 54.4 61.8 และ 61.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ไม่มีผล Biopsy ร้อยละ 72.1 ที่มีและพบเชื้อ ร้อยละ 27.9 เพราะว่าโรคเรื้อน 70% วินิจฉัยจากอาการ แสดงและอาการชาจากรอยโรค อีก 30 % สามารถ ตรวจพบจากการตรวจเชื้อ slit skin smear^(2,17)

5. ความพิการผู้ป่วยมีความพิการตา มือ และเท้าส่วนใหญ่ไม่พบการพิการ grade 2 ร้อยละ 5.9 ความพิการมือ grade 2 ร้อยละ 17.6 และ พิการ เท้า grade 2 ร้อยละ 11.8 เมื่อเปรียบเทียบกับภาพ ประเทศพบว่า ปี 2558 มีความพิการ grade 2 ร้อย ละ 14.4⁽¹⁾ ซึ่งการศึกษานี้มีความพิการสูงกว่าและ สอดคล้องกับงานวิจัยการควบคุมโรคเรื้อนให้อยู่ใน เขตจำกัดว่า ความพิการ grade 2 จะพบในผู้ป่วย โรคเรื้อนเขตเมืองสูงกว่าชนบท⁽⁵⁾

6. การรักษาและการแพทย์ส่วนใหญ่รักษา ด้วยยาสูตรเชื้อมาก ร้อยละ 85.3 เพราะว่าผู้ป่วย ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยเชื้อมาก และส่วนใหญ่ ไม่มีการแพทย์ระหว่างรักษา ร้อยละ 95.6 ไม่มีข้อมูล

ร้อยละ 2.9 มีการแพ้ยาลดไข้อย่างรุนแรง ร้อยละ 1.5 การแพ้ยาระหว่างรักษา มีความสัมพันธ์กับการกลุ่มสัญชาติ ($P\text{-value} > 0.01$) พบว่าผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย มีการแพ้ยามากกว่าคนไทย

7. การสำรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 33.8 รองลงมา ได้รับการสำรวจร่างกาย ร้อยละ 100 ร้อยละ 27.9 และเมื่อเปรียบเทียบทั้งในคนไทยและไม่ใช่ไทยผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสำรวจร่างกายเพราะผู้สัมผัสร่วมบ้านอยู่ต่างจังหวัดติดตามยากและผู้ป่วยไม่สะดวกในการให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านซึ่งไม่สอดคล้องกับรายงานผลการนิเทศของสถาบันราชประชาสมาสัย (2561) ที่ติดตามการดำเนินงานกำจัด โรคเรื้อนระหว่าง พ.ศ. 2557-2560 ใน 15 จังหวัด สรุปได้ว่าการโยกย้าย สืบเปลี่ยน ผู้รับผิดชอบงานใหม่ทั้งในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้ขาดการตรวจผู้สัมผัสผู้ป่วยโรคเรื้อน

8. ผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่ ครอบ ร้อยละ 75.0 รองลงมา ขาดยา >1 ปี ร้อยละ 8.8 และตาย ร้อยละ 2.9 โดยเฉพาะในผู้ป่วยไม่ใช่คนไทยจะขาดยา ถึง ร้อยละ 22.22 ซึ่งภาพประเทศ ปี 2558 อัตราการได้รับยา MDT ครบถ้วน อยู่ที่ 77%⁽⁸⁾ ไม่สอดคล้องกับ ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รังค์และพจนานา ธีญญกิตติกุล⁽³⁾ (2562, น.29-39) ได้ศึกษาการประเมินประสิทธิภาพโครงการกำจัดโรคเรื้อนภายใต้แผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 5 ปี (พ.ศ. 2553 - 2557) และแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 6 ปี (พ.ศ. 2558-2563) พ.ศ. 2561 พบว่าอัตราการรับยาครบถ้วนใน

ผู้ป่วยเชื่อน้อยและผู้ป่วยเชื่อนามากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอัตราการรับยาครบถ้วนในผู้ป่วยเชื่อน้อยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95 ในปี พ.ศ. 2560 และอัตราการรับยาครบถ้วนในผู้ป่วยเชื่อนามากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93 ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งอาจเนื่องจากมีผู้ป่วยที่กำลังรักษาส่งต่อ เปลี่ยนวินิจฉัย งดยาจาก (hepatitis) รวม ร้อยละ 13.3 ทำให้อัตราการรักษาครบยังต่ำกว่าภาพรวมประเทศ สอดคล้องกับรายงานผลการนิเทศของสถาบันราชประชาสมาสัย (2561)^(8,9,10) ที่ติดตามการดำเนินงานกำจัด โรคเรื้อนระหว่าง พ.ศ. 2557 - 2560 ใน 15 จังหวัด^(11,12) สรุปได้ว่าการโยกย้าย สืบเปลี่ยน ผู้รับผิดชอบงานใหม่ทั้งในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้ขาดการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนขาดการรักษายังไม่เข้าถึงเป้าหมายที่สำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ใช่คนไทยมีการแพ้ยาลดไข้และอัตราการขาดยาสูงกว่าคนไทยจึงต้องมีการวางแผนติดตามและศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่ไม่ใช่คนไทยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนและลดการเกิดความพิการตามเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ส่วนกลาง โดยกรมควบคุมโรค ควรพิจารณาสนับสนุนงบประมาณค่าพาหนะให้ผู้ป่วยโรคเรื้อน รายใหม่ในแรงงานต่างด้าวสำหรับการเดินทางเข้ามารักษา โดยจ่ายให้เมื่อเริ่มรักษา และเมื่อกินยาครบ เพราะจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องการที่รักษาจนครบ ตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดของผู้ป่วยโรคเรื้อนเชิงคุณภาพ เพื่อดูแลรักษาตามปัญหาที่พบจริงของผู้ป่วยแต่ละรายโดยการศึกษาต่อไปลงรายละเอียดถึงสัญชาติ เช่นความเป็นพม่า ไทยใหญ่ กะเหรี่ยง มอญ ที่อยู่ในเมียนมา หรือ ที่อยู่ประจำในไทย เพื่อเพื่อกำหนดแหล่งระบาดของโรคต่อไป

การอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เขมกร เทียงทางธรรม, สุพัตรา นิลศิริ, วรงค์ช เซษฐพันธ์. การเปรียบเทียบลักษณะและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นคนไทยและไม่ใช่ไทย ณ ศูนย์บริการโรคในเขตเมือง ปี 2551 - 2560. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6 (1) : หน้า 67-86.

Suggested citation for this article

Thiangthangthum K, Ninsiri S, Chetpun W. The comparison of characteristics and leprosy treatment outcomes among Thais and other nationalities of the Center for Urban Disease Control and Prevention. 2008 – 2017. Institute for Urban Disease Control and Journal 2021; 6(1): page 67-86.

เอกสารอ้างอิง

1. ชีระ รามสูต, ฉลวย เสร็จกิจ. (2559). **ระบาดวิทยาของโรคเรื้อนหลังการกำจัดโรคเรื้อนสำเร็จ สมเด็จพระราชปณิธาน**. ราชประชาสมาสัยสาร, ฉบับพิเศษ :27-37.
2. ชีระ รามสูต, ฉลวย เสร็จกิจ. (2559). **ความก้าวหน้าของโครงการเฝ้าระวังและรักษาโรคเรื้อนในบุคคลและแรงงานต่างด้าว**. ราชประชาสมาสัยสาร, ฉบับพิเศษ: 38-46.
3. ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พจนา ธัญญกิตติกุล. (2562). **การประเมินประสิทธิภาพโครงการกำจัดโรคเรื้อนภายใต้แผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 5 ปี (พ.ศ. 2553-2557) และแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 6 ปี (พ.ศ. 2558-2563) พ.ศ. 2561 เข้าถึงวันที่ 30 กันยายน 2562** <http://thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/research.html>.
4. ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์และศิริมาศ รอดจันท (2560, บทคัดย่อ). **ศึกษาการรับรู้การติตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ**. วารสารกรมควบคุมโรค ปีที่ 43 ฉบับที่ 3 ก.ค - ก.ย. 2560
5. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. (2552). **แผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 2553-2557**. สมุทรปราการ.

6. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. (2553). **คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน (พิมพ์ครั้งที่ 8)**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
7. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. (2557). **แผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 6 ปี (2558-2563)**. สมุทรปราการ.
8. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. (2561). **สถานการณ์โรคเรื้อน 2507-2560. นนทบุรี: สุรพงษ์ กองจันทึก.** (2554). การแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติควรเป็นอย่างไร. เข้าถึงได้จาก <http://www.statelessperson.com/www/?q=node/3019>
9. กองนโยบายและแผนสำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร (2559). **รายงานการศึกษาผลกระทบจากการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ.
10. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. **วารสารสถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักร ประจำปี 2558**. กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน, 2559
11. ศิวีไล ชยางกูร.(2555). **แรงงานข้ามชาติกับความต้องการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
12. ชัยรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. (2561). **ระบาดวิทยาของโรคเรื้อนในแรงงานต่างด้าว อพยพเข้ามาในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2541 - 2559**. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2561:1-13.
13. World Global Burden of disease: 2004 update. Geneva, **Switzerland: World Health Organization**, 2008. 2.
14. Jones KE, Patel NG, Levy MA, et al. **Global trends in emerging and reemerging disease**. Nature, 2008; 451: 990-995.
15. Disease Burden due to Leprosy (Plan Period: 2011-2015). New Delhi. (2015). **Global Leprosy Strategy 2016-2020**. Retrieved from: <http://www.who.int/lep/resources/9789290225256/en/>.
16. Diana L. (2012). **Drug-resistant leprosy: Monitoring and current Status**. Lepr Rev, 83:269–281.
17. ILEP. (2001). **The Interpretation of Epidemiological Indicators in Leprosy**. London.

รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี

The Management Model Base on a Community-Based for Enhance Health Literacy of The Role Model of Health Behavior modification Village in Saraburi Province

ศศิธร อภัยาศัย, ยอดชาย สุวรรณวงศ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

Sasithorn Athayasai, Yodchai Suwannawong
Saraburi Provincial Public Health Office

Received 2021 May 22, Revised 2021 Jun 16, Accepted 2021 Jun 16

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดความรู้รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างการวิจัยประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง และการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์แบบอุปนัย

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน 3) การจัดทำแผนหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การกำหนดมาตรการสุขภาพชุมชน 5) การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่างๆ 6) รณรงค์จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 7) จัดตั้งศูนย์บริการแก้ไขและให้คำปรึกษาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 8) มีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมทั้งประเมินภายในและภายนอก ส่วนประกอบเสริมศักยภาพรูปแบบฯ คือ 1) การมีผู้นำชุมชนเป็นผู้มีความรู้ และมีวิสัยทัศน์การพัฒนาด้านสุขภาพ 2) มีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนร่วมเป็นทีมงาน 3) การมีทรัพยากรบุคคลต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพ 4) การมีสื่อชุมชน และช่อง

ทางการสื่อสารของชุมชน และ 5) การมีศูนย์กลางการเรียนรู้ในหมู่บ้านและรูปแบบมีประโยชน์สำหรับส่งเสริมการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับมาก ($\bar{x} = 4.15$, S.D. = .75) และความเหมาะสมในการนำไปใช้จริงในจังหวัดสระบุรี ระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.77$, S.D. = .46)

คำสำคัญ : รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The aim of this mixed-method research was to Knowledge Capture of a Management Model Base on a Community-Based for Enhance Health Literacy of The Role Model of Health Behavior modification Village in Saraburi Province. The research was study during September – December 2020. The samples consisted of the Experts and the Stakeholders in Health Behavior modification Village in Saraburi Province, selected by the purposive sampling and the simple random technique. The semi-structured interview and the questionnaire was constructed and used as tool for data collection; and the data were analyzed by using descriptive statistics and analytic Induction.

The research findings showed that The Management Model Base on a Community-Based for Enhance Health Literacy of The Role Model of Health Behavior modification Village in Saraburi Province consisted of 8 complements; 1) the establishment of a village committee to modify health behaviors, 2) Establishing a community health database, 3) Making a Village Plan to Modify Health Behavior, 4) Establishing community health measures, 5) Promoting health learning in different ways, 6) Campaign organized activities to promote health in the community, 7) Establish a health behavior modification and counseling service center., 8) Performance monitoring and evaluation. The potential factors were (1) Community leaders have a vision of health. (2) Networks from all sectors join as a team. (3) Role Model in Health Behavior. (4) Have community media of the community. And (5) The Learning Center in Community. The model was considered highly appropriate in promoting Health Literacy of the Village in Saraburi Province to be a The Role Model of Health Behavior modification Village ($\bar{x} = 4.15$, S.D. = .75) and the model can be applied to the context of the society in the Village in Saraburi Province ($\bar{x} = 3.77$, S.D. = .46).

Key words : The Management Model Base on a Community-Based, Health Literacy, Health Behavior modification Village

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับวิกฤติสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของนานาชาติประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ซึ่งจากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า จากข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรค NCDs ของประชากรทั่วโลก ในปี 2555 จำนวน 38 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 41 ล้านคน ในปี 2559 โดยคิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ซึ่งพบระหว่างกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี ประมาณ 15 ล้านคน ในกลุ่มนี้ถือว่าการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียปี สุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง⁽¹⁾ ในขณะที่ประเทศไทย ระบุว่าปี 2559 พบว่าโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 74 ของสาเหตุการตายทั้งหมด⁽²⁾

สาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรค NCDs เกิดจากการมีพฤติกรรมร่วมที่ไม่ถูกต้อง เช่น การขาดการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น อาหารเค็มจัด หวานจัด หรืออาหารที่มีไขมันสูง รวมไปถึงการรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ความเครียด การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ร่วมกับความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ซึ่งทำให้เกิดโรคเรื้อรัง⁽³⁾ ซึ่งหากพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาแล้วดูเหมือนว่าไม่ใช่เรื่องยากนักสำหรับการแก้ไขปัญหากลุ่มโรค NCDs แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่ากลุ่มโรค NCDs เป็นปัญหาที่เรื้อรังมาจนถึงปัจจุบัน และเป็นปัญหาที่ลึก

ซึ้งเนื่องจากปัจจัยการเกิดโรค มีความหลากหลายมิติที่เชื่อมโยงไปกับเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิต⁽⁴⁾ โดยเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงและส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งสิ้น

พฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ยังเป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมหล่อหลอมให้เกิดเป็นค่านิยม ความเชื่อ และนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติจนเกิดเป็นนิสัยและกลายเป็นพฤติกรรมถาวร⁽⁵⁾ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนคติให้เกิดขึ้นภายในบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้หรือความฉลาดด้านสุขภาพ (Health Literacy) กล่าวคือ ต้องส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคม ที่สามารถกำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ตอบโต้ชักถาม ตัดสินใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีรวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจ เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง⁽⁶⁾ ขณะเดียวกันก็ต้องสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งการแก้ไขปัญหากลุ่มโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมของกลุ่มโรค NCDs จำเป็นต้องสร้างให้บุคคลเกิดความรู้เท่าทันสุขภาพและสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเช่นกัน จึงจะถือว่าการแก้ไขปัญหาจากรากเหง้าอย่างแท้จริง

แนวคิดหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นกลไกที่เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาโรค NCDs โดยมีหลักการสำคัญคือมุ่งเน้นกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและมีการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง ซึ่งผลลัพธ์ของการเกิดหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และเกิดพลังเครือข่ายในการพัฒนาและดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน โดยอาศัยชุมชนพลังในหมู่บ้านเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนและร่วมดำเนินการในพื้นที่โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วนสร้างกระบวนการเรียนรู้วิถีชุมชนนำไปสู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนบนพื้นฐานของบริบทชุมชน⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตามแม้ว่าแนวคิดและกลไกหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเป็นเครื่องมือที่ตอบโจทย์ของการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับฐานรากของสภาพปัญหา แต่ในขณะเดียวกันสภาพการเปลี่ยนแปลงที่ไม่หยุดนิ่งและการไหลของกระแสสังคมอย่างรวดเร็วก็เป็นอุปสรรคให้เกิดความซับซ้อนในมิติเชิงสังคมเพิ่มมากขึ้น⁽⁸⁾ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้หลายพื้นที่ทั่วประเทศยังไม่เกิดผลลัพธ์ตามเป้าประสงค์ของการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถสะท้อนได้จากภาพรวมของรายงานการประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าหลายจังหวัดยังมี

สัดส่วนของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านเกณฑ์ประเมินในระดับต่ำ และหลายหมู่บ้านที่ผ่านการประเมินขาดความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดำเนินงานอย่างแท้จริง

จังหวัดสระบุรี ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และนำแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดต้นแบบโดยดำเนินงานเป็นหมู่บ้านต้นแบบนาร่อง จำนวน 1 หมู่บ้านในทุกอำเภอ จากหมู่บ้านทั้งหมด จำนวน 926 หมู่บ้าน ครอบคลุม 13 อำเภอ และจากการประเมินติดตามผลการดำเนินงาน พบว่าในปี 2562-2563 มีหมู่บ้านเพียง 2 หมู่บ้าน (ร้อยละ 15.38) จาก 2 อำเภอ ได้แก่ หมู่บ้านวิหารแดง ตำบลวิหารแดง อำเภอวิหารแดง และหมู่บ้านหัวปลวก ตำบลหัวปลวก อำเภอเสาไห้ ที่ผ่านการประเมินการเป็นหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน พบว่า การขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ขาดผู้ประสานงาน ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย และการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตามแม้จะมีหมู่บ้านเพียง 2 แห่งที่ผ่านมาตรฐานการประเมินหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ในมิติด้านการพัฒนาถือว่าเป็นความท้าทายและโอกาสในการพัฒนาที่มีคุณค่า และเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ควรศึกษาเพื่อให้ทราบถึงบริบท วิธีการ และปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่ความสำเร็จของหมู่บ้านต้นแบบทั้ง 2 แห่งนี้เพื่อสกัดเป็นองค์

ความรู้สำหรับนำไปใช้ในการส่งเสริมการดำเนินงาน หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ให้กับหมู่บ้านในพื้นที่อื่นๆของจังหวัดสระบุรีให้ประสบผลสำเร็จต่อไป

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งให้ความสำคัญกับการสกัดองค์ความรู้ เพื่อให้เข้าใจถึงแนวคิด หลักการเป้าหมาย กระบวนการ องค์ประกอบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความสำเร็จของการเป็นหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และนำเสนอเป็นรูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี เพื่อใช้เป็นเครื่องมือและแนวทางการส่งเสริมความสำเร็จของการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ให้เป็นเพียงปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดสระบุรีให้ลดลงต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research)⁽¹⁰⁾ มีขั้นตอนการวิจัย 3 ขั้นตอนใช้เวลาการวิจัย 4 เดือน ระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2563 โดยใช้วิธีวิจัยในแต่ละขั้นตอนดังนี้ โดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่โครงการวิจัย EC 019/2563

การวิจัยขั้นตอนที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบ การบริหารจัดการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

พื้นที่ศึกษา คือ หมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ในพื้นที่หมู่บ้านวิหารแดง ตำบลวิหารแดง อำเภอวิหารแดง และหมู่บ้านหัวปลวก ตำบลหัวปลวก อำเภอเสาไห้ จังหวัดสระบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างศึกษา คือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ที่มีประสบการณ์และผลสำเร็จเชิงประจักษ์ในการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือผู้แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูงานอนามัยโรงเรียน ผู้นำศาสนาหรือพระสงฆ์ ผู้นำชุมชนกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้แทน แกนนำชุมชนหรือเครือข่ายชุมชน และตัวแทนภาคประชาชน โดยใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling)⁽¹¹⁾ ซึ่งผู้วิจัยเจาะจงเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนแรกเป็นผู้ดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และขอคำแนะนำในการเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) และความเพียงพอของข้อมูล (Data Sufficiency)⁽¹²⁾ ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัวและเพียงพอจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมทั้งสิ้น จำนวน 18 ตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงหยุดเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง องค์ประกอบการบริหารจัดการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ของการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อศึกษาองค์ประกอบการบริหารจัดการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี โดยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน⁽¹³⁾ และแนวคิดชุมชนเข้มแข็ง⁽¹⁴⁾ โดยมี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ให้สัมภาษณ์ และตอนที่ 2 เป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับองค์ประกอบการบริหารจัดการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี จำนวน 9 คำถาม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction)⁽¹⁵⁾ โดยการตีความ และจัดกลุ่ม พิจารณาความเชื่อมโยงของข้อมูล และนำผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 มาเป็นชุดข้อมูลพื้นฐานในการสร้าง (ร่าง 1) รูปแบบเชิงโครงสร้างความคิดสำหรับใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยขั้นตอนที่ 2

การวิจัยขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างศึกษา คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความชำนาญทางวิชาการ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขระดับเชี่ยวชาญ

อาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย ด้านการศึกษา และด้านสุขศึกษาหรือพฤติกรรมศาสตร์ โดยเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมเชิงโครงสร้างรูปแบบและเชิงเนื้อหาวิชาการของ (ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี จำนวน 7 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)⁽¹⁶⁾ ตามเงื่อนไขคุณลักษณะด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินความเหมาะสมเชิงโครงสร้างรูปแบบและเชิงเนื้อหาวิชาการของ (ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี สร้างขึ้นจากข้อมูลการวิจัยขั้นตอนที่ 1 โดยประยุกต์ข้อคำถามตามขอบเขตโครงสร้างรูปแบบประเภทโครงสร้างทางความคิด (Semantic Model)⁽¹⁷⁾ โดยเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 68 คำถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการ และความเหมาะสมเชิงโครงสร้างของรูปแบบฯ ประกอบด้วยด้านแนวคิดของรูปแบบฯ (Conceptual) ด้านหลักการของรูปแบบฯ (Principles) ด้านเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของรูปแบบ (Goals/Objective) ด้านกระบวนการของรูปแบบฯ (Process) ด้านองค์ประกอบหรือส่วนประกอบของรูปแบบฯ (components) และด้านปัจจัยสนับสนุน และตอนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิด

เกี่ยวกับข้อเสนอแนะการปรับปรุงรูปแบบฯ ให้มีความสมบูรณ์เชิงเนื้อหาวิชาการและเชิงโครงสร้าง จำนวน 1 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสอบถาม และนำเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 9.57 และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.93

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ และพิจารณาความเหมาะสมเชิงโครงสร้าง รูปแบบและเชิงเนื้อหาวิชาการเพื่อสร้าง (ร่าง) รูปแบบฯ โดยประยุกต์ใช้ค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence)⁽¹⁸⁾ เป็นเกณฑ์สำหรับคัดเลือกส่วนประกอบของรูปแบบฯ ที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1.00 มากำหนดเป็น (ร่าง) รูปแบบฯ และนำเนื้อหาในส่วนประกอบของ (ร่าง) รูปแบบฯ มาสร้างเป็นชุดคำถามเพื่อสร้างเครื่องมือในการวิจัยขั้นที่ 3

การวิจัยขั้นตอนที่ 3 ทดสอบความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้กับชุมชนในจังหวัดสระบุรี เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

พื้นที่ศึกษา หมู่บ้านที่ไม่ประสบความสำเร็จหรือไม่ผ่านมาตรฐานการประเมินหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคเมเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดสระบุรีในปี 2562 เลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling Random) โดยการจับฉลากเลือกหมู่บ้าน จำนวน 1 หมู่บ้าน/อำเภอ รวม 13 หมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างศึกษา คือ ผู้ที่มีบทบาทและความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคเมเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่ซึ่งไม่ประสบความสำเร็จหรือไม่ผ่านมาตรฐานการประเมินหมู่บ้านต้นแบบ ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูงานอนามัยโรงเรียน ผู้นำศาสนาหรือพระสงฆ์ ผู้นำชุมชนกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้แทนแกนนำชุมชนหรือเครือข่ายชุมชน และตัวแทนภาคประชาชน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ของ Cochran, W.G. (1953) โดย $n = P(1 - P) z^2 / e^{2(19)}$ ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 369 ตัวอย่าง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับพื้นที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทและความเกี่ยวข้องจากตัวแทนของหมู่บ้านที่ไม่ผ่านการประเมินหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ที่ครอบคลุมทั้ง 13 อำเภอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกหมู่บ้านพื้นที่ศึกษาจำนวน 1 หมู่บ้าน/อำเภอ และเพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานในหมู่บ้านเดียวกัน ผู้วิจัยจึง กำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างให้เท่ากันทุกหมู่บ้าน โดยที่กลุ่มตัวอย่างต้องไม่น้อยกว่า 369 ตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 ตัวอย่าง/หมู่บ้าน ครอบคลุมทั้ง 13 อำเภอ ดังนั้นในการวิจัยขั้นตอนนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 416 ตัวอย่าง และเลือกอาสาสมัครการวิจัยกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบสะดวก (Convenience Sampling) ตามเงื่อนไขและยินดีให้ข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้กับชุมชนในจังหวัดสระบุรี โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมด้านประโยชน์ของรูปแบบฯ และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ปฏิบัติจริงในจังหวัดสระบุรีโดยเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 40 ข้อ จำแนกตามองค์ประกอบ ด้านแนวคิดของรูปแบบฯ ด้านหลักการของรูปแบบฯ ด้านเป้าหมายของรูปแบบฯ ด้านกระบวนการของรูปแบบฯ และด้านส่วนประกอบและปัจจัยเชิงสนับสนุน ตอนที่ 3 เป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการนำรูปแบบฯ ไปใช้ปฏิบัติจริงในจังหวัดสระบุรี จำนวน 1 ข้อคำถามเก็บรวบรวมด้วยการสำรวจ (Survey) และนำเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.00 และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.86

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายผลการศึกษา และสรุปโครงสร้างรูปแบบฯ ด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction)⁽¹⁵⁾ โดยการตีความ และจัดกลุ่ม และพิจารณาความเชื่อมโยงของข้อมูล

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 องค์ประกอบการบริหารจัดการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญต่อคุณลักษณะของหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จของจังหวัดสระบุรีแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบการบริหารจัดการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

ด้านความเชื่อ หมายถึง ค่านิยมด้านสุขภาพของหมู่บ้านต้นแบบ พบว่า มีการปลูกฝังและส่งเสริมค่านิยม (Core Value) ให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของเรื่องสุขภาพ (Health Awareness) ให้เป็นเหมือนปัจจัยพื้นฐานสำคัญของชีวิต โดยคนทุกคนต้องรู้จักรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Responsibility) ของตนเอง และสังคม และต้องเรียนรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Health Learning) ให้สามารถที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ศักยภาพทุนทางสังคม หมายถึง ทุนทางสังคมหรือขีดความสามารถของหมู่บ้านต้นแบบที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า สามารถจำแนกศักยภาพของหมู่บ้านได้ดังนี้

ศักยภาพทุนมนุษย์ (Personal) พบว่า บุคคลที่มีส่วนสำคัญของการขับเคลื่อนงานหมู่บ้านต้นแบบให้ประสบผลสำเร็จ คือ ผู้นำชุมชน (Leaders) ที่เข้มแข็งให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ของหมู่บ้านและแกนนำด้านสุขภาพ (Health Volunteer) ในหมู่บ้านที่เข้มแข็งเสียสละและการทำงานด้าน

สาธารณสุขอย่างเข้มแข็ง และมีปราชญ์ชาวบ้าน (Philosopher) ที่ชาวบ้านเคารพนับถือ และเป็นแบบอย่างของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Role model) และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Health Staff) ในพื้นที่เข้าถึงประชาชนในชุมชน และชาวบ้านให้ความศรัทธา และมีครูอนามัยโรงเรียน (Health Teacher) ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและการเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพระหว่างโรงเรียนและครอบครัวนักเรียน

ศักยภาพด้านเครื่องมือชุมชน พบว่า หมู่บ้านมีการกำหนดนโยบายสาธารณะ สาธารณะ (Health Policy) เกี่ยวกับด้านสุขภาพ และมีการจัดทำแผนที่ทางเดินสุขภาพ (Health Road Map) ของหมู่บ้านกำหนดเป้าหมายการพัฒนาและจัดทำแผนจัดสรรงบประมาณโครงการด้านสาธารณสุขได้อย่างชัดเจน และมีการจัดเวทีประชาคมสุขภาพในหมู่บ้าน (Civil Society) ให้ประชาชนร่วมรับทราบ และนำเสนอความคิดเห็นต่อแผนพัฒนาสุขภาพของหมู่บ้าน ชุมชนใช้หลักการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม (Participation Management) โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนและทุกภาคส่วนในหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของหมู่บ้านทุกขั้นตอน

ศักยภาพเครือข่าย (Network) พบว่า หน่วยงานหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานร่วมกันในรูปแบบ บ.ว.ร.ท.ร. (บ้าน, วัด, โรงเรียน, ท้องถิ่น, ราชการ) ร: ราชการ; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้สนับสนุนและกระตุ้นเชิญชวนให้หมู่บ้านเข้าร่วมโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ และติดตามสนับสนุนด้าน

องค์ความรู้ วิชาการ สนับสนุนวิทยากรและสื่อความรู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ท: ท้องถิ่น; ผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้นำข้อมูลชี้แจงผ่านเวทีการประชุมของหมู่บ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ร่วมประชุม และชักชวนครัวเรือนที่รับผิดชอบให้สมัครเข้าร่วมกิจกรรม และมีชมรมผู้สูงอายุ เป็นเครือข่ายสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนโรงเรียน; ครูอนามัยโรงเรียนนำรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแจ้งให้กับผู้บริหารโรงเรียนทราบ และประชาสัมพันธ์ให้นักเรียนแกนนำสุขภาพโรงเรียนนำข้อมูลไปแจ้งผู้ปกครองเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันระหว่าง ว: วัด; พระสงฆ์ประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ผู้ที่มาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการจัดอาหารลดหวาน มัน เค็ม ในการถวายพระหรือทำบุญ และ บ: บ้าน; มีตัวแทนของแต่ละครอบครัวร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทุกขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมโครงการ

ศักยภาพทุนด้านการเงิน พบว่า หมู่บ้านมีกองทุนพัฒนาหมู่บ้านและกองทุนสุขภาพของหมู่บ้านที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล และมีกองทุนสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย ประจำหมู่บ้าน โดยเป็นแหล่งทุนหรือทรัพยากรที่ใช้สำหรับสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีการเขียนโครงการประจำปีเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพกับ

องค์การบริหารส่วนตำบล และมีบริษัทภาคเอกชนในพื้นที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์ของชุมชน ในรูปแบบของ CSR

ศักยภาพด้านกระบวนการหมู่บ้าน

ต้นแบบ หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการดำเนินงานของหมู่บ้าน พบว่า มีกระบวนการดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1) การเตรียมคณะทำงาน (Team Work Preparing) และจัดตั้งในรูปแบบคณะกรรมการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) การจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชน (Community Health Data) ด้วยการสำรวจ วิเคราะห์ และนำเสนอผลต่อชุมชน 3) ประชาสัมพันธ์รณรงค์สร้างกระแสความตระหนักชุมชน 4) การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน (Civil Society) เพื่อระดมความคิดเห็นและจัดทำแผนหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5) การค้นหาและประกาศเกียรติคุณบุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบ (Person and Family Role Model) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ 6) จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ (Community Learning Center) ด้านสุขภาพชุมชน 7) การบูรณาการและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Activity) ในชุมชนอย่างต่อเนื่องตามแผนหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลักพื้นฐานอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา 8) การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Environment) โดยสร้างนโยบายสุขภาพของชุมชนและข้อกำหนดตกลงร่วมของการเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 9) การควบคุมกำกับติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในรูปแบบเครือข่ายชุมชน

ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของความสำเ็จ

คือ ส่วนประกอบที่เอื้อและสนับสนุนให้การดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน (Community Leader) ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพและมีบทบาทในการลงมือปฏิบัติ 2) การมีขั้นตอนการทำงานที่เป็นระบบ (Working System) ตั้งแต่การสร้างความเข้าใจของหน่วยงานทุกภาคส่วนในชุมชน การสร้างความตระหนักและสร้างกระแสให้ประชาชนเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการมีสุขภาพที่ดี 3) การสร้างการมีส่วนร่วมระดับครอบครัว (Family Responsibility) การให้ตัวแทนของครอบครัวแต่ละครอบครัวเข้ามามีบทบาทในฐานะกรรมการและกลับไปขับเคลื่อนกิจกรรมในครอบครัวของตนเอง 4) การทำงานของชุมชนในรูปแบบเครือข่าย (Community Network) และ 5) การติดตามกระตุ้น สนับสนุนและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Monitoring and Evaluation) ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ตอนที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี

รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี หมายถึง โครงสร้างทางความคิดที่อธิบายเกี่ยวกับความหมายของแนวคิดพื้นฐาน หลักการ เป้าหมาย กระบวนการ การประเมินผล และส่วนประกอบของการ

ดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรีด้วยการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบโครงสร้างรูปแบบฯ ดังนี้

แนวคิดของรูปแบบฯ (Conceptual of Model) หมายถึง ค่านิยมหรือความเชื่อพื้นฐานที่นำไปสู่หลักการปฏิบัติของรูปแบบฯ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เกิดจากความเชื่อพื้นฐานที่เชื่อว่าการที่หมู่บ้านหรือชุมชนจะมีสุขภาพที่ดีได้ ต้องเกิดจากพฤติกรรมส่วนรวม และสุขภาพของคนในหมู่บ้านหรือชุมชน ดังนั้น 1) ทุกคนในชุมชนต้องมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและสุขภาพของส่วนรวม (Health Responsibility) และ 2) ทุกคนต้องมีความรู้เรื่องสุขภาพที่เหมาะสมและต้องเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (Lifelong Learning on Health)

หลักการของรูปแบบฯ (Principle of Model) หมายถึง แนวทางสำคัญในการปฏิบัติของรูปแบบฯ มีแนวทาง ดังนี้ 1) การปลูกฝังค่านิยมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health value) ที่ถูกต้องให้กับทุกกลุ่มวัยอย่างเหมาะสม ให้เกิดขึ้นในชุมชน 2) สร้างมาตรการชุมชนด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน (Health Environment) ให้เอื้อต่อการ มีสุขภาพที่ดี สร้างบรรยากาศของการส่งเสริมสุขภาพ และการกำหนดธรรมนูญสุขภาพชุมชน 3) สนับสนุนและส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ (Health Learning Process) ในทุกรูปแบบ หลากหลายช่องทางให้เกิดขึ้นในชุมชน ทั้งการเรียนในระบบการศึกษา การเรียนนอกระบบการศึกษา การเรียนรู้ภายในครอบครัว และ

4) การสนับสนุนและส่งเสริมยกย่องประกาศเกียรติคุณบุคคลต้นแบบ และครอบครัวต้นแบบ (Role model) ด้านสุขภาพต่อสังคม

เป้าหมายของรูปแบบฯ (Goal of Model) หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบฯ เกิดผลลัพธ์คาดหวัง ดังนี้ 1) ระดับบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่เหมาะสมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 2) ระดับครอบครัวสามารถดูแลคนในครอบครัวและสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และ 3) ระดับชุมชนลดอัตราป่วยและปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

กระบวนการของรูปแบบฯ (Process of Model) หมายถึง วิธีการหรือขั้นตอนของรูปแบบฯ ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีขั้นตอนกิจกรรมดังนี้ 1) การจัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากตัวแทนทุกภาคส่วนของหมู่บ้านเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานในรูปแบบเครือข่ายภาคประชาชน ท้องถิ่น เอกชน และภาครัฐ 2) การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพชุมชนด้วยการสำรวจและจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพหมู่บ้านหรือชุมชน 3) การจัดทำแผนหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการประชุมเวทีประชาคมหมู่บ้าน 4) การกำหนดมาตรการสุขภาพชุมชนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5) การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่างๆ และสร้างศูนย์เรียนรู้สุขภาพชุมชน 6) รณรงค์จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 7) จัดตั้งศูนย์บริการแก้ไขและให้คำปรึกษา

ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลุ่มบุคคลต้นแบบ และ 8) มีกระบวนการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการประเมินตนเองและการประเมินจากภายนอก และประกาศเกียรติคุณผลสำเร็จทุกระดับ

การประเมินผลของรูปแบบฯ (Evaluation of Model) หมายถึง วิธีการประเมินผลหรือชี้วัดผลสำเร็จของรูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) ระดับบุคคล ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล 2) ระดับครอบครัว ประเมินระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนของครอบครัว และ 3) ระดับชุมชน ประเมินการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายของชุมชน สภาพแวดล้อมด้านสุขภาพของชุมชน และการเปลี่ยนแปลงอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

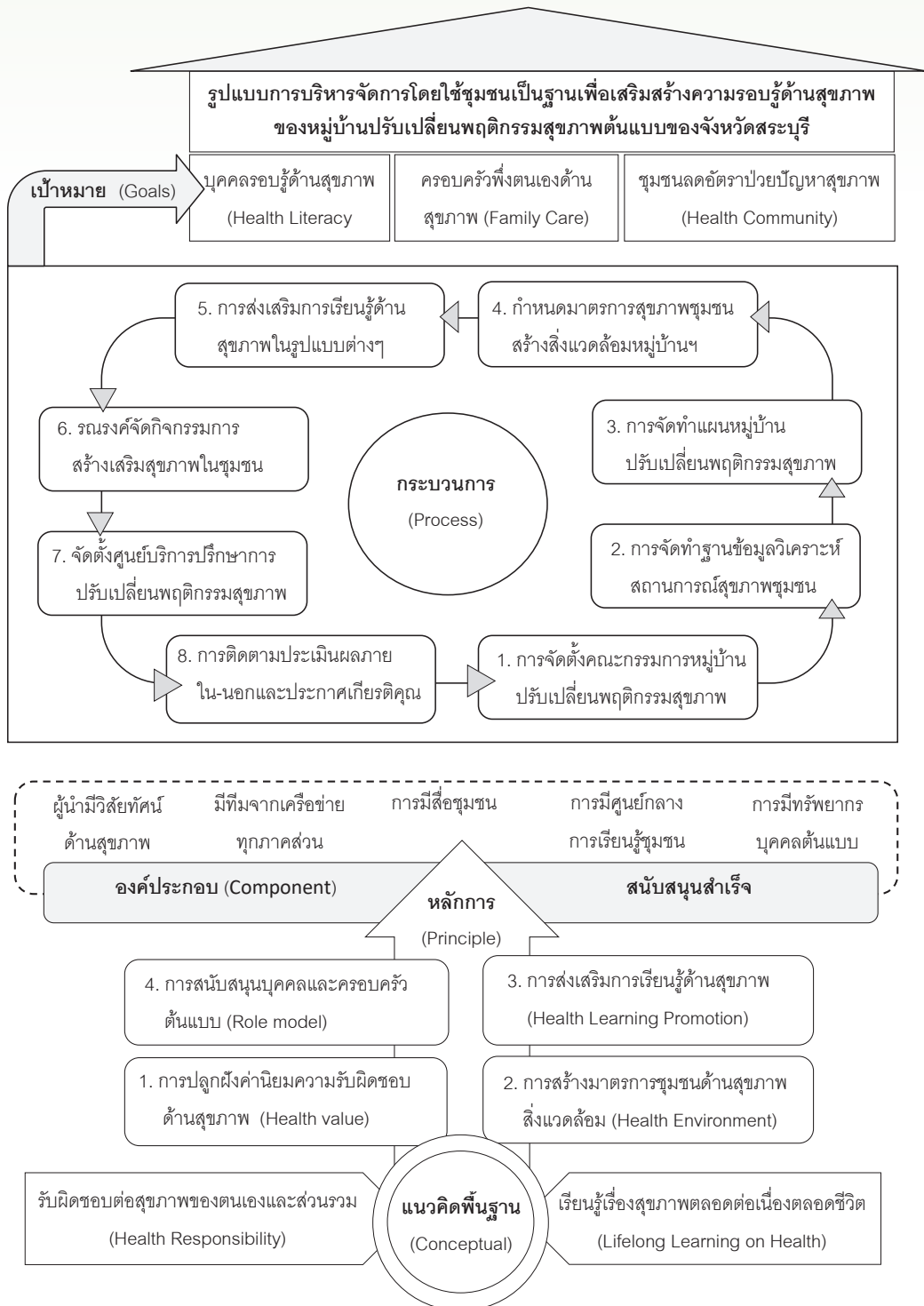
ส่วนประกอบของรูปแบบฯ (Component of Model) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบสำคัญในการสนับสนุนให้การดำเนินงานของรูป

แบบฯ ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การมีผู้นำชุมชนเป็นผู้มีความรู้ และมีวิสัยทัศน์การพัฒนาด้านสุขภาพและมีบทบาทในการลงมือปฏิบัติ 2) มีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนและมีความหลากหลายร่วมเป็นทีมงานที่ความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชน 3) การมีทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะบุคคลต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนและบุคคลที่คนในชุมชนให้การเคารพร่วมขับเคลื่อนงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การมีสื่อชุมชนและช่องทางสำหรับการประชาสัมพันธ์สื่อสารข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงประชาชนได้ครอบคลุมทุกครัวเรือน และ 5) การมีศูนย์กลางการเรียนรู้ตั้งอยู่ในหมู่บ้านสำหรับเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพของชุมชนที่สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก (รายละเอียดโครงสร้างรูปแบบฯ ดังภาพที่ 1)

ผลการประเมินความเหมาะสมเชิงโครงสร้างของรูปแบบฯ และความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญพบว่า รูปแบบฯ มีความเหมาะสมเชิงโครงสร้างรูปแบบฯ โดยผลทดสอบค่า IOC เท่ากับ 1.00 และความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการ โดยผลทดสอบค่า IOC เท่ากับ 1.00

ภาพที่ 1

รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี



ตอนที่ 3 ความเหมาะสมด้านประโยชน์ และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้กับ ชุมชนในจังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวทั้งหมดจำนวน 416 ตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.91 อายุระหว่าง 40-49 ปี รองลงมา 50-59 ปี ร้อยละ 48.32 และ 20.91 ตามลำดับ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.59 รองลงมามัธยมศึกษา และมัธยมต้น ร้อยละ 19.47 และ 18.99 และมีอาชีพเกษตรกร รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 38.46 และ 23.32 ตามลำดับ โดยมากกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 7 ปี ร้อยละ 58.41 สถานภาพทางสังคมประชาชน แยกนำชุมชน และอาสาสมัคร

ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 37.02, 23.80 และ 20.67 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 70.28 และหมู่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่อาศัยตั้งอยู่ในพื้นที่เขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 77.40 ผลการประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ พบว่า รูปแบบฯ มีความเหมาะสมด้านประโยชน์ระดับมาก ($\bar{x} = 4.15$, $S.D. = .75$) และมีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้จริงในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในจังหวัดสระบุรี ระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.77$, $S.D. = .46$) (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ของรูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานฯ มาใช้จริงในจังหวัดสระบุรี

ข้อ	รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบสระบุรี (n = 416)	ประโยชน์ต่อเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			ความเป็นไปได้ ในการนำไปปฏิบัติจริง		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
	แนวคิดของรูปแบบฯ	4.34	.66	มากที่สุด	4.05	.76	มาก
1	สร้างค่านิยมความรับผิดชอบต่อด้านสุขภาพในระดับบุคคลและระดับสังคม	4.13	.32	มาก	3.76	.97	มาก
2	ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเป็นเรื่องจำเป็นที่ทุกคนต้องเรียนรู้ตลอดชีวิต	3.99	.87	มาก	3.97	.71	มาก
3	ความสำเร็จของการการรสร้างชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกคนและทุกองค์กรในชุมชน	4.65	.76	มากที่สุด	4.20	.82	มาก
4	การมีสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนได้ชุมชนต้องมีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้	4.75	.51	มากที่สุด	4.19	.75	มาก

ข้อ	รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบสระบุรี (n = 416)	ประโยชน์ต่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ			ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
	หลักการของรูปแบบฯ	4.03	.65	มาก	3.87	.65	มาก
5	การสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักและเห็นความสำคัญและความจำเป็นของการมีสุขภาพที่ดี	4.23	.56	มาก	3.23	.64	ปานกลาง
6	การนำกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตมาใช้ส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพให้กับประชาชน	4.12	.48	มาก	3.97	.64	มาก
7	การส่งเสริมความรักและความสามัคคีของคนในชุมชนให้เป็นหนึ่งเดียวกัน	3.32	.87	ปานกลาง	3.07	.71	ปานกลาง
8	การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีบทบาทในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชน	3.99	.87	มาก	4.03	.56	มาก
9	การจัดการสุขภาพชุมชนโดยเชื่อมโยงโอกาสจากเครือข่ายความร่วมมือด้านวิชาการ ด้านทรัพยากร ระหว่างชุมชน และภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม	4.18	.34	มาก	3.31	.74	ปานกลาง
10	การบูรณาการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเข้ากับทุกกิจกรรมของชุมชนโดยเชื่อมโยงเข้าไปอยู่ในวิถีชีวิตของคนในชุมชน	4.20	.76	มาก	3.98	.67	มาก
	เป้าหมายของรูปแบบฯ	4.01	.76	มาก	3.39	.73	ปานกลาง
11	ประชาชนมีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	4.14	.32	มาก	3.97	.44	มาก
12	ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน	4.02	.59	มาก	3.32	.78	ปานกลาง

ข้อ	รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบสระบุรี (n = 416)	ประโยชน์ต่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ			ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
	เป้าหมายของรูปแบบฯ (ต่อ)	4.01	.76	มาก	3.39	.73	ปานกลาง
13	หมู่บ้านหรือชุมชนมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและยกระดับเป็นหมู่บ้านต้นแบบด้านสุขภาพ	4.49	.88	มากที่สุด	4.23	.64	มาก
14	ชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพที่มีนวัตกรรมด้านสุขภาพ และมีต้นแบบด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคล ชุมชน องค์กร	4.11	.67	มาก	3.35	.57	ปานกลาง
15	อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในชุมชนลดลง	3.87	.86	มาก	3.33	.42	ปานกลาง
	กระบวนการของรูปแบบฯ	4.03	.86	มาก	3.88	.65	มาก
16	สร้างกระแสความตระหนักร่วมของสังคมด้านสุขภาพ และนำเสนอสารสนเทศข้อมูลสุขภาพต่อชุมชน	4.35	.33	มากที่สุด	3.76	.87	มาก
17	การประกาศนโยบายและทิศทางการพัฒนาสุขภาพของชุมชนที่เป็นรูปธรรมของหน่วยงานที่มีอำนาจด้านการปกครอง	4.11	.63	มาก	4.14	.58	มาก
18	การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในชุมชน	3.99	.87	มาก	4.03	.56	มาก
19	การสรรหาและจัดตั้งคณะทำงานสุขภาพชุมชนโดยส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเป็นรูปธรรมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชนทุกกระบวนการ	4.11	.67	มาก	3.65	.54	มาก
20	การจัดตั้งกองทุนด้วยการระดมทุนจากสมาชิกของชุมชนเพื่อสร้างประโยชน์และคุณค่าตอบแทนให้กับประชาชน	4.18	.75	มาก	3.98	.66	มาก

ข้อ	รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบสระบุรี (n = 416)	ประโยชน์ต่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ			ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
	กระบวนการของรูปแบบฯ (ต่อ)	4.03	.86	มาก	3.88	.65	มาก
21	การจัดเวทีสาธารณะและช่องทางการรับฟังข้อเสนอแนะด้านสุขภาพของชุมชน	4.22	.66	มาก	3.37	.63	ปานกลาง
22	ส่งเสริมสนับสนุนบุคคลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบด้านสุขภาพให้ได้รับการประกาศยกย่องชมเชย	4.43	.64	มาก	4.44	.67	มาก
23	ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว และง่าย ผ่านสื่อและช่องทางการสื่อสารที่ประชาชนสนใจและสอดคล้องกับบริบทสังคม	3.98	.76	มาก	3.82	.34	มาก
24	การจัดตั้งศูนย์กลางความรู้สุขภาพชุมชนเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ	4.23	.45	มาก	2.97	.65	ปานกลาง
25	การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอย่างต่อเนื่องด้วยรูปแบบกิจกรรมที่ประชาชนในชุมชนชื่นชอบหรือสนใจ	4.31	.77	มาก	4.27	.56	มาก
26	การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพให้อยู่ในวิถีชีวิตประจำวันของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานศึกษา ในวัด ในบ้าน ในชุมชน	4.32	.56	มาก	3.34	.52	ปานกลาง
27	การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและกิจกรรมให้ชมรม กลุ่ม แกนนำจิตอาสา ด้านสุขภาพของชุมชน	4.45	.58	มาก	4.31	.77	มาก
28	การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและกิจกรรมให้ชมรม กลุ่ม แกนนำจิตอาสา ด้านสุขภาพของชุมชน	4.21	.67	มาก	3.99	.87	มาก

ข้อ	รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบสระบุรี (n = 416)	ประโยชน์ต่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ			ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
	กระบวนการของรูปแบบฯ (ต่อ)	4.03	.86	มาก	3.88	.65	มาก
29	มีการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานทั้งการประเมินตนเองและการประเมินจากผู้ประเมินภายนอกชุมชน	4.40	.66	มาก	4.56	.62	มากที่สุด
30	การส่งเสริมการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่ครอบคลุมในทุกมิติทั้งด้านกายภาพด้านจิตใจ	3.43	.44	ปานกลาง	3.21	.86	ปานกลาง
31	การสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านวิชาการด้านทรัพยากร ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม	4.31	.61	มาก	3.11	.77	ปานกลาง
32	การเสริมสร้างโอกาสการพัฒนาด้านสุขภาพชุมชนโดยเชื่อมโยงกิจกรรมสุขภาพชุมชนกับด้านเศรษฐกิจ เช่น กลุ่มอาชีพ เพื่อสร้างรายได้ให้กับประชาชนจากธุรกิจหรือกิจการด้านสุขภาพชุมชน	3.12	.65	ปานกลาง	3.01	.53	ปานกลาง
	องค์ประกอบสนับสนุนของรูปแบบฯ	3.86	.65	มาก	3.74	.75	มาก
33	การมีผู้นำชุมชนที่ให้ความสำคัญด้านสุขภาพและเป็นแบบอย่างการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี	4.48	.43	มากที่สุด	4.52	.69	มากที่สุด
34	การมีทุนทางสังคมที่ดีทั้งบุคคลต้นแบบองค์กรต้นแบบ ปรากฏด้านสุขภาพ	3.67	.99	มาก	3.81	.78	มาก
35	การมีบุคคลหรือกลุ่มคนหรือแกนนำด้านสุขภาพที่เข้มแข็ง เสียสละ อุทิศตนเพื่อสังคม	4.05	.67	มาก	4.11	.98	มาก
36	การมีแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลายในชุมชน	3.65	.88	มาก	2.78	.53	ปานกลาง
	องค์ประกอบสนับสนุนของรูปแบบฯ ต่อ	3.86	.65	มาก	3.74	.75	มาก

ข้อ	รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบสระบุรี (n = 416)	ประโยชน์ต่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ			ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
37	ชุมชนมีสื่อสาธารณะที่ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพและนำเสนอข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	3.42	.57	มาก	3.65	.85	มาก
38	ชุมชนมีองค์ความรู้และทักษะด้านการบริหารจัดการสุขภาพของชุมชน	3.12	.46	ปานกลาง	3.37	.26	ปานกลาง
39	ชุมชนได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการ ทรัพยากร และบุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลระบบสุขภาพ	4.65	.65	มากที่สุด	3.55	.97	มาก
40	ชุมชนมีสมาชิกร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและระดับอำเภอ	3.43	.62	มาก	2.98	.66	ปานกลาง
	ภาพรวมรูปแบบฯ	4.15	.75	มาก	3.77	.46	มาก

อภิปรายผล

ความเชื่อของหมู่บ้านต้นแบบ ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญของแนวทางการปฏิบัติของรูปแบบฯ พบว่า หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบที่ประสบความสำเร็จให้ความสำคัญกับการสร้างค่านิยมด้านสุขภาพของหมู่บ้าน โดยเน้นการปลูกฝังให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ของตนเอง และสังคมซึ่งสอดคล้องกับจุฬามณี แก้วโพหนอง ทรงพล โชติกเวชกุล ปัญญา คล้ายเดช และพระสุนทร ขำกรม⁽²⁰⁾ กล่าวคือ การที่ชุมชนเป็นชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืน ได้ต้องเริ่มต้นรักตัวเองให้เป็นและประชาชนทุกคนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา

ชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของของณรงค์ ศักดิ์ หนูสอน ธนัช กนกเทศ สุทธิชัย ศิริินวล⁽²¹⁾ ที่กล่าวว่าการสร้างค่านิยมร่วมกันด้วยการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันอย่างเป็นระบบจะทำให้ประชาชนมีวิสัยทัศน์ในการพัฒนา

ผู้นำชุมชน เป็นองค์ประกอบด้านศักยภาพ โดยผู้นำที่มีความรู้ และวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพจะช่วยขับเคลื่อนในองค์กรประกอบอื่นๆ มีความเข้มแข็งไปด้วยกันทั้งในเชิงนโยบาย และการสร้างมาตรการสิ่งแวดล้อมชุมชนด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับวิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ พิณญาติดา อำภัยฤทธิ์⁽²²⁾ ที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือ ผู้นำชุมชนหรือแกนนำ

ชาวบ้าน และ นิพนธ์ บุญหลวง⁽²³⁾ กล่าวไว้ว่าผู้นำมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะสร้างสรรค์ชุมชนให้มีความเปลี่ยนแปลง ในขณะที่ขัดแย้งกับการศึกษาของ วิสิทธิ์ ยิ้มยิ้มและอุษณากร ทาวะรัมย์⁽²⁴⁾ ปัจจัยผู้นำชุมชน ไม่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ ซึ่งอาจเนื่องจากชุมชน มีกระบวนการดำเนินกิจกรรมที่เข้มแข็งจากการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์ภาครัฐและภาคเอกชนที่เข้มแข็งอยู่แล้ว

เครือข่าย เป็นองค์ประกอบด้านศักยภาพของการวิจัยครั้งนี้ โดยพบว่าหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จ มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย ร่วมกันในรูปแบบ บ.ว.ร.ท.ร. (บ้าน, วัด, โรงเรียน, ท้องถิ่น, ราชการ) และมีตัวแทนของแต่ละครอบครัวร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัตติ จ่ากลาง ภักดี โพธิ์สิงห์ และวิทยา เจริญศิริ⁽²⁵⁾ โดยให้ข้อเสนอแนะว่าการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จต้องสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในหมู่บ้าน และชุมชน และการศึกษาของจุฬามณี แก้วโพหนอง, ทรงพล โชติกเวชกุล, ปัญญา คล้ายเดช และพระสุนทร ชำกรม⁽²⁰⁾ ที่แสดงว่าสถาบันทางสังคม ล้วนแล้วแต่มีความจำเป็นในการพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืน

บุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบ

เป็นเครื่องมือของกระบวนการบริหารจัดการชุมชนในการค้นหาและ ยกย่องเพื่อกระตุ้นชุมชนให้เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่

เหมาะสม ที่ช่วยให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณวรรดา สุวันสิริภาพ ปัญญาไสตรุณที่ปสวาง และสุภาวดี เวินชุม⁽²⁶⁾ ที่กล่าวถึง ความสำคัญของต้นแบบโดยสรุปว่าการมีต้นแบบที่ดีพร้อมที่จะนำพาให้ชุมชนได้เรียนรู้องค์ความรู้ด้วยความเชื่อมั่นในศักยภาพของต้นแบบและความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าบุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในกระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ และเมื่อพิจารณาจากมุมมองของผู้ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินจะเห็นได้ว่ามีความคิดเห็นต่อประโยชน์และความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติในระดับมาก และมีความคิดเห็นระดับมากที่สุดหากผู้นำชุมชนและมีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ ซึ่งในมิติด้านการพัฒนาสามารถสะท้อนได้ว่าความต้องการมีผลมาจากความขาดแคลน ซึ่งหากพิจารณาในมุมนี้อาจเป็นไปได้ว่าหมู่บ้านที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินอาจจะมีลักษณะที่แตกต่างกันในด้านบุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบ เช่น อาจไม่มีบุคคลต้นแบบ หรือมีแต่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนให้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนว่าหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบมีบุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบเป็นผู้ที่มีบทบาทในการกระตุ้นและสร้างกระแสด้านสุขภาพในชุมชน และบุคคลต้นแบบมักเป็นกลุ่มคนที่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน

จึงเป็นผู้ที่มีอิทธิพลด้านบวกที่สามารถส่งผลต่อด้านพฤติกรรมและความเป็นอยู่ของคนในหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี สามารถใช้เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับเป็นกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในจังหวัดสระบุรี ที่ยังไม่ผ่านการประเมินมาตรฐานเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการเสริมสร้างจุดแข็งด้านศักยภาพด้านผู้นำ และเครือข่ายซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพไปสู่ความสำเร็จ

2. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมการค้นหาบุคคลต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน และประกาศเกียรติคุณยกย่อง และส่งเสริมให้บุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบมีบทบาทในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในรูปคณะทำงานอย่างเป็นรูปธรรมเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า บุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบ เป็นปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของหมู่บ้านต้นแบบโดยมีบทบาทในการกระตุ้นและสร้างกระแสด้านสุขภาพในชุมชน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรนำเสนอรูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อหรือโรคจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อนำเข้าสู่ข้อเสนอ

แนะแนวทางการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่ต่อไป

สรุป

รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี เกิดจากแนวคิดที่ทุกคนต้องความรับผิดชอบต่อสุขภาพและเรียนรู้ด้านสุขภาพตลอดชีวิต โดยมีหลักการพัฒนา 4 ด้าน คือ 1) การสร้างค่านิยมด้านสุขภาพ 2) สร้างมาตรการชุมชน 3) ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และ 4) สนับสนุนบุคคลและครอบครัวต้นแบบ ซึ่งมีเป้าหมาย 3 ด้าน 1) คนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) ครอบครัวพึงดูแลพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ และ 3) ลดอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน มี 8 ขั้นตอน 1) การจัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้าน 2) การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพ 3) การจัดทำแผนหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การกำหนดมาตรการสุขภาพชุมชน 5) การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่างๆ 6) รณรงค์จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 7) จัดตั้งศูนย์บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 8) มีกระบวนการติดตามประเมินผล และมีปัจจัยสนับสนุน คือ ผู้นำชุมชน มีวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพ มีภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง มีบุคคลต้นแบบ มีสื่อชุมชน และมีศูนย์การเรียนรู้ชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะผู้บริหาร และคณะเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีทุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุนโอกาสให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาได้อย่างสะดวก และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และอาสาสมัครการวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอนุเคราะห์ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ และครอบครัวอัยาศัย ที่เป็นกำลังใจสำคัญให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ศศิธร อัยาศัย และยอดชาย สุวรรณวงศ์ รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(1): หน้า 87-110.

Suggested Citation for this Article

Athayasai S., Suwannawong Y. The Management Model Base on a Community-Based for Enhance Health Literacy of The Role Model of Health Behavior modification Village in Saraburi Province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2021; 6 (1): page 87-110.

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์, 2563.
2. ณัฐพันธุ์ ศุภกา. 6 ขาดอาเซียนเตรียมพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันโรค NCDs ระดับภูมิภาค ยกไทยเป็นแบบอย่าง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: www.hfocus.org/content/2020/02/18438+&cd=4&hl=th&ct=clnk&gl=th
3. นันทกร ทองแดง. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรค NCDs) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1371>
4. วิศัลย์ มูลศาสตร์. 6 ขาดอาเซียนเตรียมพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันโรค NCDs ระดับภูมิภาค ยกไทยเป็นแบบอย่าง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: www.hfocus.org/content/2020/02/18438+&cd=4&hl=th&ct=clnk&gl=th
5. เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

6. Nutbeam, D. **Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research.** Health Education Research. 23(5). Published by Oxford University Press, 2008.
7. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. **หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เส้นทางสู่ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย.** กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด, 2561.
8. พิพัฒน์พงศ์ มาศิริ. **กิจการเพื่อสังคมกับการแก้ปัญหาในสังคมไทย.** พิษณุเวชสาร 2563, 16(1), 2-15.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. **รายงานการประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจและหลอดเลือด.** ; การประชุมประจำเดือนสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; 27 พฤษภาคม 2563; ห้องประชุม 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; 2563.
10. Cresswell J.W., Fetters M.D., Ivankova N.V. **Designing a mixed methods study in primary care.** Ann Fam Med. 2004; 2:7-12.
11. ชาย โพธิ์สิตา. **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3).** กรุงเทพฯ: อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2550.
12. Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. **On Becoming a Pragmatic Researcher: The Importance of Combining Quantitative and Qualitative Research Methodologies.** International Journal of Social Research Methodology 2007, 8(5), 375-387.
13. Dunham, A. **Community welfare organization: Principles and practice.** New York: Thomas Y, Crowell Company, 1985.
14. สนธยา พลศรี. **ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน.** กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2545.
15. เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์. **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูลการตีความและการหาความหมาย.** นครปฐม : สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.
16. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: สำนักทดสอบทางการศึกษา จิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2540.
17. Keeves, J. B. **Models and model building.** In J. P. Keeves, (Ed.), Educational Research Methodology, Approach. New York: McGraw-Hill, 1988.
18. เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. **พิมพ์ครั้งที่ 11. การวัดผลและการสร้างแบบสอบผลสัมฤทธิ์.** กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556.

19. ชานินทร์ ศิลป์จารุ. **การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 3).** กรุงเทพฯ : วี.อินเตอร์พรีนท์, 2548.
20. จุฬามณี แก้วโพหนอง ทรงพล โชติกเวชกุล ปัญญา คล้ายเดช และพระสุนทร ชำกรม. **การบริหารจัดการชุมชนเพื่อความยั่งยืน.** วารสารวิชาการธรรมทรรศน์ 2561, 18 (1), 263-273.
21. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ธนัช กนกเทศ สุทธิชัย ศิริินวล. **การพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยทีมสุขภาพภาคประชาชน.** วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2554, 5 (1), 28-37.
22. วิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ พิณญาติดา อภัยฤทธิ์. **ประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ.** วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2562, 15 (1), 37-48.
23. นิพันธ์ บุญหลวง. **แนวทางการจัดการชุมชนต้นแบบบ้านทุ่งศรี จังหวัดแพร่.** (หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60). วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2561.
24. วิสิทธิ์ ยิ้มแย้ม และอุษณากร ทาวะรมย์. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี.** วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์ 2561, 11 (1), 39-50.
25. ถนัด จำกลาง, ภัคดี โพธิ์สิงห์ และวิทยา เจริญศิริ. **นโยบายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับการป้องกัน และ ควบคุมโรคเบาหวาน กรณีศึกษาอำเภอยะหมื่น จังหวัดขอนแก่น.** วารสารวิชาการธรรมทรรศน์ 2560, 17 (3), 155-164.
26. พรรณนรดา สุวัน สิริภพ ปัญญาใส ดรฤณ ทิปสว้าง และสุภาวดี เวินชุม. **การเรียนรู้การดำเนินโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพผ่านกระบวนการเรียนการสอน ตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้จากตัวแบบ: กรณีศึกษาบ้านวัวช่อง ตำบลบานเลื่อม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.** วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร 2556; Special Issue, 30-38.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาของนักเรียน ระดับชั้น ม.4-6 ในเขตกรุงเทพมหานคร

Influencing factors of Drug Resistance Preventive Behavior of Grade 10-12 students in Bangkok

จิตาภา รัตนถาวร
โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร

Jidapha Ratanathaworn
Triamudom Suksa School Bangkok

Received 2021 May 27, Revised 2021 Jul 15, Accepted 2021 Jul 16

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ศึกษา นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 366 คน ระหว่างเดือน มีนาคม-เมษายน 2564 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ เชื้อดื้อยา ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อ ดื้อยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา อยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.2 (n=191) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนทัศนคติ ต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.97 (n=322) และคะแนนระดับพฤติกรรมป้องกันการ เกิดเชื้อดื้อยา อยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.9 (n=208) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า เพศ ระดับชั้น แผนการเรียน รายได้ อาศัยอยู่กับ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา และทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อ ดื้อยา โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 17.1 (R Square = .171) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Beta) จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 8 ตัวพบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และรายได้ต่อเดือน เป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .332, t=6.338, p<.001) และ (Beta = .204, t=3.884, p<.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ : เชื้อดื้อยา ทัศนคติต่อการป้องกันเชื้อดื้อยา พฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา

Abstract

The objective of this research is to study influencing factors of drug resistance preventive behavior. This is a descriptive research that studied a group of grade 10-12 students of Triamudom Suksa School in Bangkok. All students of Triamudom Suksa School were invited to participate in completing an online questionnaire. A total of 366 students participated during Mar - April 2021. Drug Resistance related knowledge, attitude toward preventive behavior and drug resistance preventive behavior were assessed. For findings, the students revealed Good knowledge about drug resistance 87% (n = 322) favorable attitudes toward preventive behaviors 87.97 % (n= 322). The students reported always engaging in drug resistance preventive behavior 57.9 n = 208) 12 behavior analyzed. Having a positive attitude toward preventive behavior of drug resistance (Beta =.332, t=6.338, p<.001) and monthly income (Beta =.204, t=3.884, p<.001) predicted the adoption of those preventive behaviors.

Keyword: drug resistance, preventive behavior, anti-drug resistance behavior

บทนำ

ทุกวันนี้ โลกมีการเปลี่ยนแปลงไปมากมาย ไม่ว่าจะเป็น การมีองค์ความรู้ใหม่ๆ การค้นพบสารเคมี หรือ ยาปฏิชีวนะ รวมถึง การสังเคราะห์สารใหม่ๆ เพื่อใช้ในการรักษาโรคต่างๆ รวมทั้งอุบัติใหม่ ที่เกิดขึ้นเรื่อยๆ หนึ่งในปัญหาทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่สำคัญอีกทั้งมีคนจำนวนมากที่ประสบปัญหานี้ คือ ปัญหาเชื้อดื้อยา เชื้อดื้อยา คือ เชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะเกิดขึ้นเมื่อแบคทีเรียเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองด้านฤทธิ์ยาปฏิชีวนะ ปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วทุกมุมโลก เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพประชากรโลก เชื้อดื้อยาต่อต้านฤทธิ์ยา ทำให้ความสามารถในการรักษาโรคติดเชื้อทั่วไป เช่น ปอดบวม วัณโรค เลือดเป็นพิษ โรคหนองใน และโรคที่เกิดจากอาหาร กลายเป็นเรื่องหนักขึ้น และบางครั้งก็เป็นไปไม่ได้

ที่จะรักษาเนื่องจากยาปฏิชีวนะมีประสิทธิภาพน้อยลง ซึ่งส่งผลให้ ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁾

เชื้อดื้อยาเกิดจาก 1) ปัจจัยด้านแบคทีเรีย ซึ่งเกิดขึ้นเองธรรมชาติ แบคทีเรียเป็นสิ่งมีชีวิตที่วิวัฒนาการไปตามกาลเวลา หน้าที่หลักของพวกมันคือการสืบพันธุ์ เจริญเติบโต และแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นแบคทีเรียจึงปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ช่วยให้อยู่รอดได้ 2) พฤติกรรมการใช้ยาในคน และในสัตว์ที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นตัวเร่งให้เกิดเชื้อดื้อยามากขึ้น⁽¹⁾ เชื้อดื้อยาสามารถแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในสถานที่ต่างๆ รวมถึง ชุมชน แหล่งอาหาร สถานพยาบาล สิ่งแวดล้อม

(เช่น ดิน น้ำ)⁽²⁾ เชื้อดื้อแพร่กระจายได้โดยการสัมผัส มนุษย์อาจได้รับยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลแล้วนำแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ เหล่านี้สามารถแพร่กระจายไปยังผู้ป่วยรายอื่นด้วยมือที่ไม่สะอาดหรือวัตถุที่ปนเปื้อน ผู้ป่วยที่อาจมีการดื้อยาปฏิชีวนะแบคทีเรียจะถูกส่งกลับบ้านในที่สุดและสามารถแพร่เชื้อดื้อยาเหล่านี้ไปถึงบุคคลอื่น⁽³⁾

คนไทยจำนวนไม่น้อยมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ เช่น เข้าใจว่ายาปฏิชีวนะ คือ ยาแก้อักเสบ ทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าการใช้ยานี้จะทำให้โรคที่เป็นอยู่หายเร็วขึ้น เพราะยาจะไปรักษาหรือแก้การอักเสบ ยาปฏิชีวนะเป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ตัวอย่าง เช่น เพนนิซิลิน อะม็อกซิซิลลิน เตตราไซคลิน ซึ่ง ไม่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ⁽⁴⁾ ไม่ทราบว่าแบคทีเรียเกิดการดื้อยาได้ เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะว่า สามารถแก้ปวดลดไข้ได้ และมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ได้ใช้ยาตามคำสั่งของแพทย์ รับประทานยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่งหยุดรับประทานยาเองเมื่อมีอาการดีขึ้นรับประทานยาปฏิชีวนะที่เหลือจากการเจ็บป่วยครั้งก่อนเพราะเข้าใจว่าอาการเดียวกันใช้ยาตัวเดียวกันได้ ซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง⁽⁵⁾ ความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยา ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ 38,000 ราย ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็น 0.6 % ของค่าจีดีพี หรือผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ⁽⁶⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจัดทำแผนงานในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยา สำหรับปี 2563-2564 หนึ่งในยุทธศาสตร์ คือ การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและสร้างความตระหนักด้านการใช้ยา

ด้านจุลชีพอ่างยังยืนแก่ประชาชน ซึ่งการส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยา และการสร้างความตระหนักด้านการใช้ยาอย่างถูกต้องควรส่งเสริมให้ทั่วถึงประชาชนทุกระดับอย่างทั่วถึง

นักเรียนโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 มาจากหลากหลายที่ ทั้งจากกรุงเทพมหานคร และจากต่างจังหวัด สอบแข่งขันเพื่อเข้ามาเรียนที่โรงเรียนแห่งนี้⁽⁷⁾ เนื่องจากเรียนมีการแข่งขันสูงนักเรียนเรียนหนักทั้งในโรงเรียนและเรียนพิเศษเพิ่มเติม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยนักเรียนหลายคนเลือกที่จะไม่หยุดเรียนเพื่อไปพบแพทย์ หากอาการไม่หนัก นักเรียนอาจเลือกวิธีการหายามารับประทานเอง^(8,9) ซึ่งพฤติกรรมลักษณะนี้อาจส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยา งานวิจัยนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ของนักเรียนโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ทศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาของนักเรียนโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร

2) เพื่อหาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือน มกราคม - มีนาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร ในปีการศึกษา 2563 มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จำนวน 366 คน จากนักเรียนทั้งหมดจำนวน 3,400 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดย Taro Yamane(10)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ ระดับความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ส่วนที่ 3 เป็นแบบทดสอบทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ลักษณะให้เลือกคำตอบเดียวจากตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่มีความคิดเห็น และไม่เห็นด้วย จำนวน 8 ข้อ ระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) และส่วนที่ 4 เป็นแบบทดสอบพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ลักษณะให้เลือกคำตอบเดียวจากตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคย จำนวน 12 ข้อ ระดับความพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา ทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ได้แก่วิธีการอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษา

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 366 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 243 คน (ร้อยละ 66.4) เพศชาย จำนวน 123 คน (ร้อยละ 33.6) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 205 คน (ร้อยละ 56) ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 115 คน (ร้อยละ 31.4) และ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 46 คน (ร้อยละ 12.6) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เรียนแผนวิทย์-คณิต เป็นจำนวน 279 คน (ร้อยละ 76.2) รองลงมาเรียนแผนการเรียนศิลป์-ภาษาเป็นจำนวน 57 คน (ร้อยละ 15.6) และเรียนแผนการเรียนศิลป์-คำนวณเป็นจำนวน 30 คน (ร้อยละ 8.2) ทางด้านรายได้ต่อเดือนที่ได้รับจากผู้ปกครอง พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้จากผู้ปกครองต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน เป็นจำนวน 118 คน (ร้อยละ 32.2) กลุ่มถัดมามีรายได้จากผู้ปกครองเดือนละ 3,000-5,000 บาท และมีรายได้จากผู้ปกครองมากกว่าเดือนละ 5,000 บาท เป็นจำนวน 117 คน (ร้อยละ 32.0) ทางด้านการอยู่อาศัย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง เป็นจำนวน 273 (ร้อยละ 74.6) และพักอาศัยตามลำพัง (อยู่หอ หรือ คอนโดมิเนียม) เป็นจำนวน 93 คน (ร้อยละ 25.4) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=366)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	123	33.6
หญิง	243	66.4
ระดับการศึกษา		
ม.4	205	56
ม.5	115	31.4
ม.6	46	12.6
31 - 40 ปี	35	21.21
แผนการเรียนระดับมัธยมศึกษา		
วิทย์-คณิต	279	76.2
ศิลป์-คำนวณ	30	8.2
ศิลป์-ภาษา	57	15.6
รายได้จากผู้ปกครองต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 3,000	118	32.2
3,001-5,000	131	35.8
มากกว่า 5,000	117	32
อาศัยอยู่กับ		
ผู้ปกครอง	274	74.9
อยู่หอ / คอนโด	92	25.1

จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดี เป็นจำนวน 191 คน (ร้อยละ 52.2) ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้เกี่ยวกับ

กับเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับกลางเป็นจำนวน 156 คน (ร้อยละ 42.7) และมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาในระดับต่ำเป็นจำนวน 19 คน (ร้อยละ 5.1) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา (n=366)

จำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา (n=366)			
จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้	
		คะแนน	ระดับ
19	5.1	ต่ำกว่า 60%	ต่ำ
156	42.7	60-79%	กลาง
191	52.2	80% ขึ้นไป	ดี

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาเป็นรายข้อพบว่า คำถามที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุดสามอันดับแรกคือ “ถ้าต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ควรได้มาอย่างไร” มีผู้ตอบถูก 362 คน (ร้อยละ 98.6) คำถาม “เชื้อดื้อยาคืออะไร” มีผู้ตอบถูก 349 คน (ร้อยละ 95.1) และ “ข้อใดไม่ใช่การรับประทานยาพร่ำเพรื่อ” มีผู้ตอบถูก 345 คน (ร้อยละ 91.6) สำหรับข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อย

สุดสามอันดับแรกคือ คำถาม “เมื่อเป็นโรคใดไม่จำเป็นต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ” มีคนตอบถูก 183 คน (ร้อยละ 49.9) “การเกิดเชื้อดื้อยา ส่งผลต่อมนุษย์ยกเว้นข้อใด” มีผู้ตอบถูก 224 คน (ร้อยละ 61) และคำถาม “ยาปฏิชีวนะจะใช้ในการรักษาอาการอะไร” มีผู้ตอบถูก 230 คน (ร้อยละ 62.7) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา (n=366)

จำนวนและร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาจำแนกเป็นรายข้อ (n=366)		
ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา	จำนวน	ร้อยละ
1. เชื้อดื้อยา คืออะไร	349	95.1
2. ถ้าต้องใช้ยาปฏิชีวนะควรได้ยามาอย่างไร	362	98.6
3. ยาปฏิชีวนะจะใช้ในการรักษาอาการอะไร	230	62.7
4. การใช้ยาปฏิชีวนะในข้อใดแสดงถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมที่สุด	334	91.0
5. การเกิดเชื้อดื้อยาส่งผลต่อมนุษย์ยกเว้นข้อใด	224	61
6. ท่านมีวิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดเชื้อดื้อยาอย่างไร	336	91.6
7. ข้อใดไม่ใช่การรับประทานยาพร่ำเพรื่อ	345	94
8. เมื่อเป็นโรคใดไม่จำเป็นต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ	183	49.9

ระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาของนักเรียนโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี 322 คน (ร้อยละ 87.98) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 42 คน (ร้อยละ 11.48) และระดับต่ำจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.55) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละ ระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา (n=366)

จำนวนและร้อยละระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา			
จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้	
		คะแนน	ระดับ
2	0.55	ต่ำกว่า 60%	ต่ำ
42	11.48	60-79%	กลาง
322	87.98	80% ขึ้นไป	ดี

ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาพบว่าข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมากที่สุดคือ “ท่านมีความเห็นต่อการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดที่ระดับใด” ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยเป็นจำนวน 328 ราย (ร้อยละ 89.40) และคำถาม “การทานยาให้ครบตามที่แพทย์สั่งมีความ

สำคัญมาก” ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยเป็นจำนวน 328 ราย (ร้อยละ 89.40) ส่วนคำถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยน้อยที่สุดคือ “ไม่ควรซื้อยามารับประทานเองจากร้านขายยา” ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วย 39 ราย (ร้อยละ 10.6) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ทัศนคติในการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาเป็นรายข้อ (n=366)

จำนวนและร้อยละระดับทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาจำแนกเป็นรายข้อ (n=366)						
ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา	เห็นด้วย	ร้อยละ	เฉยๆ	ร้อยละ	ไม่เห็นด้วย	ร้อยละ
1. ไม่ควรซื้อยามารับประทานเองจากร้านขายยา	39	10.60	187	51	141	38.40
2. ควรใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด	328	89.40	35	9.50	4	1.10
3. ปัญหาเชื้อดื้อยาสามารถแก้ได้โดยเริ่มต้นได้ทันทีที่เรา	181	49.30	149	40.60	37	10.1
4. การทานยาให้ครบตามที่แพทย์สั่งมีความสำคัญมาก	328	89.40	37	10.10	2	0.50
5. หากแพทย์สั่งยาในปริมาณที่ท่านคิดว่ามากเกินไป ความจำเป็น ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร	314	85.60	46	12.50	7	1.90

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดี 208 ราย (ร้อยละ 57.9) รองลงมาอยู่ในระดับกลาง จำนวน 155 ราย (ร้อยละ 41.2) และ ระดับต่ำจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 0.9) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา (n=366)

จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา			
จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้	
		คะแนน	ระดับ
3	0.9	ต่ำกว่า 60%	ต่ำ
155	41.2	60-79%	กลาง
208	57.9	80% ขึ้นไป	ดี

จากการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาจำแนกเป็น รายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่ผู้ตอบแบบสอบถาม ปฏิบัติตามเสมอ มากสุดสามอันดับแรก คือ การ อาบน้ำเป็นประจำทุกวัน จำนวน 312 ราย (ร้อยละ 85.25) รองลงมาคือ การใส่หน้ากากอนามัยเมื่อ รู้สึกว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค จำนวน 282 ราย (ร้อยละ 77.05) และ ทานยาก่อน-หลังอาหาร ตามที่แพทย์สั่ง จำนวน 222 ราย (ร้อยละ 60.66)

พฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาที่ผู้ตอบแบบ สอบถามปฏิบัติตามน้อยสุดสามอันดับแรกคือ ไม่ ซื้อมาปฏิชีวนะมารับประทานเอง จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 3.28) เมื่อเป็นหวัด มีอาการเจ็บคอ และ ท้องเสีย ทานไปพบแพทย์เสมอ จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 12.84) และ ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อน รับประทานอาหาร และหลังการใช้ห้องน้ำ จำนวน 120 ราย (ร้อยละ 32.79) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาจำแนกเป็นรายข้อ (n=366)

จำนวนและร้อยละพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาจำแนกเป็นรายข้อ (n=366)					
พฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย	เสมอ
1. เมื่อเป็นหวัด มีอาการเจ็บคอ และท้องเสีย ทานไปพบแพทย์เสมอ	35	137	95	53	47
2. ทานยาก่อน-หลังอาหารตามที่แพทย์สั่ง	4	1	18	122	222
3. ทานยาครบจนหมดทุกครั้งตามที่แพทย์สั่ง	4	7	49	114	193
4. ไม่ซื้อมาปฏิชีวนะมารับประทานเอง	204	56	56	30	21
5. ไม่เคยทานยาปฏิชีวนะที่เหลือจากผู้อื่น หรือจากการเจ็บป่วยครั้งก่อน	32	23	45	47	220
6. อ่านฉลากยา หรือวิธีการรับประทานยาให้เข้าใจก่อนทุกครั้ง	6	10	52	112	187
7. ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและ หลังการใช้ห้องน้ำ	6	24	98	119	120
8. ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังปัสสาวะและอุจจาระเสร็จ	2	19	60	97	189
9. อาบน้ำเป็นประจำทุกวัน	1	2	12	40	312
10. รับประทานอาหารที่ปรุงสุก	1	0	24	145	197
11. ใส่หน้ากากอนามัยเมื่อรู้สึกว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค	1	0	16	68	282
12. รักษาสิ่งแวดล้อมในบ้านเรือนให้มีความสะอาดอยู่เสมอ	2	9	52	149	155

7 ตัว ได้แก่ เพศ ระดับชั้น แผนการเรียน รายได้ การอาศัยอยู่กับ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา และ ทักษะคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา พบว่าทักษะคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา (Beta=.332, t=6.338, p-value=0.000) และ รายได้ต่อเดือน (Beta=.204, t=3.884, p-value=0.000) เป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมมาก ที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ ระดับชั้น แผนการเรียน อาศัยอยู่กับ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 8)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา							
ตัวแปรอิสระ	ระดับความรู้					ระดับความรู้	
	B	S.E.	Beta	t	p-value	Lower Bound	Upper Bound
เพศ	0.462	0.499	0.046	0.924	0.356	-0.52	1.444
ระดับชั้น	0.548	0.329	0.082	1.668	0.096	-0.098	1.195
แผนการเรียน	0.593	0.323	0.094	1.838	0.067	-0.042	1.228
รายได้	1.198	0.309	0.204	3.884	0.000	0.592	1.805
อาศัยอยู่กับ	-.567	0.573	-0.052	-0.989	0.323	-1.694	0.56
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา	0.307	0.203	0.075	1.513	0.131	-0.092	0.707
ทัศนคติต่อการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา	1.086	0.17	0.332	6.388	0.000	0.752	1.421
R=.413, R Square =.171							

อภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา และยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับสูง เนื่องจากนักเรียน ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา ในการเรียนวิชาสุขศึกษา ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 เรื่อง ยากับชีวิตประจำวัน กลุ่มนักเรียนเรียนเตรียม อุดมศึกษาเป็นกลุ่มหัวกะทิของประเทศใส่ใจกับการ เรียนและการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม จึงเป็นส่วน สำคัญที่ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับ ที่ดี นักเรียนทราบว่าเชื้อดื้อยาคืออะไร และการใช้ ยาปฏิชีวนะควรต้องใช้อย่างถูกต้อง สำหรับนักเรียน ที่อยู่ในแผนการเรียน คณิตศาสตร์-วิทยาศาสตร์ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อดื้อยามากกว่า นักเรียนในแผนการเรียน คณิตศาสตร์-ภาษา และ แผนการเรียน ภาษา-ภาษาเนื่องจาก นักเรียนแผน วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ จะเรียนวิชาวิทยาศาสตร์ ลึกมากกว่าและ จำนวนมากกว่านักเรียน อีกทั้ง สองแผนการเรียน ถึงแม้ว่าในรายวิชาสุขศึกษา และพลศึกษา จะมีการเรียนเกี่ยวกับเรื่องยาและ การใช้ยากก็ตาม แต่สำหรับนักเรียนอีกทั้งสองแผน การเรียนจะไม่ค่อยให้ความสนใจเท่ากับนักเรียน แผนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ เนื่องจากในอนาคต ก็ไม่ได้ใช้วิชาเหล่านี้ในการประกอบอาชีพเหมือนกับนักเรียนสายวิทยาศาสตร์ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลายส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการ ใช้ยาปฏิชีวนะมากนัก เนื่องจากอาจยังไม่ได้มี ประสบการณ์ตรงในการใช้ยาปฏิชีวนะมากเปรียบ เทียบกับผู้ใหญ่⁽¹¹⁾ ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ ใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาล ชลบุรี จังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาต่ำ

กว่าปริญญาตรี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 26-60 ปี ร้อยละ 50 เคยได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ จากแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ในรอบ 1 ปีที่ใช้ บริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความ รู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง โดย การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมี ผลต่อระดับความรู้ของผู้มารับบริการ การได้รับ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะโดยตรงจาก ผู้เชี่ยวชาญส่งผลต่อระดับความรู้ในการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง และป้องกันการเกิดเชื้อ ดื้อยา⁽¹²⁾ ศึกษา ระดับความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการ ใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับ บริการในร้านยาชุมชน จังหวัดปทุมธานี พบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ใน ระดับปานกลาง พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ ในระดับดีมาก การได้รับคำแนะนำในการใช้ยา ปฏิชีวนะจากเภสัชกร ส่งผลต่อความรู้ในการใช้ ยาปฏิชีวนะ ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยา และการใช้ ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องเป็นความรู้เฉพาะด้าน หาก ได้รับข้อมูล หรือคำแนะนำ ส่งผลโดยตรงต่อระดับ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ

นักเรียนโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา มีระดับ ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ ในระดับดี อาจเป็นเพราะยังอยู่ในช่วงวัยที่เป็น นักเรียน เมื่อได้เรียนรู้อะไร หรือได้รับการสั่งสอน มากก็เชื่อและปฏิบัติตามมากกว่าในช่วงวัยอื่น ๆ จาก คำถามวัดระดับทัศนคติกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการใช้ยาตามคำแนะนำ ของแพทย์อย่างเคร่งครัด และมีความเห็นว่าการรับ ประทานยาให้ครบตามที่แพทย์สั่งนั้นสำคัญมาก นักเรียนส่วนมากตระหนักถึงการทานยาให้ตรงตาม เวลา และตรงตามที่แพทย์ กำหนด อาจเป็นผลมา จากการที่นักเรียนมีความรู้ถึงผลกระทบจากการไม่ รับประทานยาให้ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็น อาการดื้อยา

การแพทย์ ทักษะที่มีพื้นฐานมาจากความรู้ ความเชื่อ ทักษะเป็นตัวดัชนีชี้ว่าบุคคลนั้น คิดและรู้สึกอย่างไร กับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมได้^(13, 14) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า ทักษะต่อการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยที่ความรู้ที่เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ สอดคล้องกับกลุ่มนักเรียนโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาศึกษา ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดี และสัมพันธ์กับระดับทัศนคติการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาระดับดี⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างระดับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดี ซึ่งระดับทัศนคติเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีได้ ผู้ตอบแบบสอบถามใหญ่มีระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดี ทั้งพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ และพฤติกรรมสุขอนามัย เนื่องจากนักเรียนเตรียมอุดมศึกษาให้ความสำคัญกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ นักเรียนโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาส่วนใหญ่รับประทานยาาก่อนและหลังอาหารตามที่แพทย์สั่ง ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เคยซื้อยามารับประทานเองเมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ และท้องเสีย จาก Pander's Health Promotion Model⁽¹⁶⁾ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วน

ใหญ่มีความรู้และตระหนักเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย แต่เนื่องจากการดำเนินชีวิต ซึ่งต้องตั้งใจเรียนอย่างมาก ไม่ต้องการขาดเรียน เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ถูกต้องโดยการไปพบแพทย์ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ส่งผลให้นักเรียนกลุ่มนี้แสวงหาวิธีในการรักษาอาการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องขาดเรียน เช่น หาข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับอาการที่เป็น ไม่ว่าจะเป็นการโทรปรึกษาผู้ปกครอง หาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต สอบถามจากเภสัชกร คือ การรู้ว่าตนเองทำอะไรได้บ้าง (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) ในการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเองโดยไม่ต้องขาดเรียน รวมไปถึงการปรึกษาผู้ปกครอง และรับคำแนะนำไปปฏิบัติ โดยเป้าหมายหลักคือหายจากอาการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องขาดเรียน

ข้อเสนอแนะ

เมื่อประชาชนเจ็บป่วยการเข้าถึงการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ควรสามารถทำได้นอกเหนือจากการเดินทางไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาล การประยุกต์ และส่งเสริมเทคโนโลยีในการรักษาสุขภาพ ที่ประชาชนเข้าถึงได้อย่างสะดวกสบาย เช่น Telemedicine, Online Medical Service, Medical Application ต่างๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อรองรับวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงของประชาชนแต่ละกลุ่ม ตามสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี เพื่อลดประเด็นการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ (Pender's Health Promotion Model) เช่น ไม่มีเงิน ไม่มีเวลา ไม่สะดวกในขณะเดียวกันเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

จิตาภา รัตนถาวร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ของนักเรียนระดับชั้น ม.4-6 ในเขตกรุงเทพมหานคร, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(1): หน้า 111-124.

Suggested Citation for this Article

Ratanathaworn J. Influencing factors of Drug Resistance Preventive Behavior of Grade 10-12 students in Bangkok. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2021; 6(1): page 111-124.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Antibiotic Resistance** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>.
2. Center of Disease Control, Antibiotic / **Antimicrobial Resistance (AR / AMR)** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล <https://www.cdc.gov/drugresistance/about/where-resistance-spreads.html>
3. European Center for Disease Prevention and Control, **How does antibiotic resistance spread?** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/how-does-antibiotic-resistance-spread.pdf>
4. สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. **การใชยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมสำหรับประชาชน** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล <https://www.pidst.or.th/A743.html>
5. ยุทธภูมิ มีประดิษฐ์, ภัคดี สุขพรสวรรค์ และ จิตินันท์ เอื้ออำนวย. **สำรวจสถานการณ์ปัญหาการบริโภคยาปฏิชีวนะเพื่อพัฒนารูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อความปลอดภัย** [อินเทอร์เน็ต]. โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล ปี พ.ศ.2561. มหาวิทยาลัยบูรพา 2561. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล https://dspace.lib.buu.ac.th/bitstream/1234567890/3953/1/2564_097.pdf
6. Hfocus. **เชื้อดื้อยาทำเสียชีวิต** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล <https://www.hfocus.org/content/2020/07/19750> 1
7. กรุงเทพธุรกิจ. **สถิติสอบเข้าโรงเรียนเตรียมอุดมย้อนหลัง 12 ปี** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/926058>
8. Hfocus. **การใชยารักษาตนเองของคนไทย** [อินเทอร์เน็ต] [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล <https://www.hfocus.org/content/2016/11/13010>

9. พิณทิรา ต้นเถียรไทย (2552). **อุปนิสัยการใช้จ่ายของคน** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล http://www.tsh.or.th/file_upload/files/vol19--4%2009_อุปนิสัยการใช้จ่าย_%5Bบทความพิเศษ%5D.pdf
10. กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2551). **การวิเคราะห์สถิติ : สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 11)**. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
11. สุวัฒน์ ปรีสุทธีวิมลพร. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดจันทบุรี**. 2557. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2557;31:2.
12. จิรัชัย มงคลชัยภักดิ์, จิรวัดน์ รวมสุข, และ เอมอร ชัยประทีป. **การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี**. EAU Heritage Journal วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. 2012;6:2.
13. พลากร สืบสำราญ และคณะ. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอช1 เอ็น1 ในนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2554**. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. 2554.
14. ดวงพร สุขสมัย, สุขุมภรณ์ ศรีวิศิษฐ์, กมลรัตน์ นุ่นคง. **ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง**. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล http://research.scphtrang.ac.th/sites/research.scphtrang.ac.th/files/8%20Kamonrat_KAP%20antibiotic_0.pdf
15. พัชรสนธิ์ อ่วมเกิด. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี**. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2560. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;20(1).
16. **Pender's Health Promotion Model** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ค.64] แหล่งข้อมูล <https://www.nursing-theory.org/theories-and-models/pender-health-promotion-model.php>

การศึกษาโอกาสในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี

The Study of Opportunities for Development in Health Information Technology System to Support the Public Health and Medical Operation of Saraburi Province

สราวุธ ภูวสันติ, ยอดชาย สุวรรณวงศ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

Sarawut Phuvasunti, Yodchai Suwannawong
Saraburi Provincial Public Health Office

Received 2021 Jun 4, Revised 2021 Jun 22, Accepted 2021 Jun 22

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโอกาสในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน 2564 กลุ่มตัวอย่างการวิจัยประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 192 คน ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผลการประเมินระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพต่อการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.49$, S.D. = 0.71) และโอกาสในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย 1) กำหนดนโยบายและจัดทำแผนการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศระดับจังหวัดและองค์กร 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง 3) พัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพทันสมัยเป็นปัจจุบัน 4) สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข และ 5) เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการนำเสนอความต้องการในการใช้ประโยชน์จากสื่อข้อมูลสุขภาพ

คำสำคัญ : โอกาสในการพัฒนา, ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ, จังหวัดสระบุรี

Abstract

The aim of this descriptive research was to study of opportunities for development in health information technology system to support the public health and medical operation of saraburi province. The research was study during March - April 2021. The 192 samples consisted of the Executive, information technology workers, and medical and public health personals which were selected by purposive sampling technique. The semi-structured interview, the questionnaire and focus group discussion were constructed and used as tool for data collection, and the data were analyzed by using descriptive statistics and content analysis.

The research findings showed that the evaluation of health information technology system to support the public health and medical operation of saraburi province were moderate level ($\bar{x} = 3.49$, S.D. = 0.71) and The opportunities for development in Health Information Technology System were consisted; 1) Establish policies and create development plans for the information technology system of the province and the organization. 2) Develop the competency of information technology for personnel. 3) Develop the quality of public health information technology systems to be efficient, up-to-date. 4) Support the utilization of information in the development of public health. And 5) Encourage people to participate in presenting their needs in the utilization of health information media.

Key words: Opportunities for Development, Health Information Technology System, Saraburi Province

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลก ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม ตลอดจนวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของนานาประเทศ ล้วนมีผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี และการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วของข้อมูลข่าวสารแบบไร้พรมแดน และมีปริมาณข้อมูลมีมากมายมหาศาล ยุคปัจจุบันจึงเป็นยุคแห่งข้อมูลข่าวสาร (Information Age) ซึ่งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) มีบทบาทและความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากสารสนเทศเป็นสื่อที่ช่วยในการถ่ายทอดเทคโนโลยี และวิทยาการต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนา ซึ่งทุกประเทศทั่วโลกต่างตระหนักถึงความสำคัญของสารสนเทศและส่งเสริมให้มีการนำสารสนเทศไปใช้เพื่อการพัฒนาประเทศอย่างกว้างขวาง⁽¹⁾ ในระบบการบริหารจัดการ (Management System) สารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ เป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จของเป้าหมายองค์การ โดยมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับด้านการจัดการ ในทุกระดับขององค์การ ทั้งการปฏิบัติงาน และการบริการ ซึ่งสารสนเทศจะช่วยให้เห็นถึงทิศทางและข้อเท็จจริงที่ผู้บริหารใช้สำหรับการตัดสินใจ วางแผน และการประเมินผลเปรียบเทียบ ให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริงได้อย่างเหมาะสม เพียงตรง ถูกต้องสอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ปัจจุบัน

ในมิติด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ ทั้งจากแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ คือ องค์ประกอบสำคัญด้านสุขภาพที่เป็นกลไกในการกำหนดทิศทางการ

พัฒนาทั้งนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการต่างๆ เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานสาธารณสุขให้บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งสารสนเทศสุขภาพ (Health Information) ที่ดีต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วนพอเพียง ทันสมัย สามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ (Health Needs) และสอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จะช่วยในการตัดสินใจเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นสารสนเทศสาธารณสุขต่างๆ จะต้องได้รับการจัดระบบสารสนเทศ (Management Information System : MIS) ให้เป็นหมวดหมู่ที่ง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ในการบริหารงาน การควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงาน เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขเกิดประสิทธิภาพสูงสุด⁽²⁾ ซึ่งกองยุทธศาสตร์และแผนงานร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบสารสนเทศสาธารณสุขในรูปแบบระบบข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นคลังข้อมูลสุขภาพที่เป็นทางการของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกไว้มารวบรวมไว้ที่ระดับที่สูงขึ้น เช่น ตำบล อำเภอ จังหวัด กระทรวง จัดทำเป็นสารสนเทศในการปฏิบัติตามภารกิจของแต่ละระดับที่เกี่ยวข้องและพื้นที่สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานสาธารณสุขที่สอดคล้องกับบริบท ตลอดจนสามารถนำเป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบเพื่อยกระดับและเป็นโอกาสในการพัฒนา⁽³⁾ อย่างไร

ก็ตามแม้กระทรวงสาธารณสุขจะพัฒนาและมีการปรับปรุงระบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง แต่ปัจจุบันก็ยังพบว่า สารสนเทศด้านสาธารณสุขยังมีจุดอ่อนยังเป็นปัญหาและส่งผลต่อประสิทธิภาพของการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ซึ่งจากรายงานปัญหาของหน่วยงานระดับภูมิภาคชี้ให้เห็นว่าข้อมูลในระบบ Health Data Center บางส่วนยังขาดความถูกต้องของข้อมูล ซึ่งสะท้อนได้จากรายงานข้อมูลต่างๆ ที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และข้อมูลจำนวนหนึ่งไม่สามารถเรียกดูจาก HDC ได้ อีกทั้งเป็นข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายหรือตัวชี้วัดความสำเร็จของงานบางงาน ตลอดจนความไม่เป็นปัจจุบันของข้อมูล ซึ่งอาจเกิดจากความไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วนของข้อมูล ที่เกิดจากขั้นตอนของการบันทึกข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของชุดข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ ตลอดจนความทันเวลาของการบันทึกข้อมูล⁽⁴⁾ ซึ่งล้วนส่งผลในเชิงลบต่อคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพทั้งสิ้น ดังนั้นจึงเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องการพัฒนาาระบบ HDC ให้มีข้อมูลที่มีความถูกต้อง มีความทันสมัยเป็นปัจจุบัน ง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน ตอบสนองต่อการใช้ประโยชน์ทั้งหน่วยงาน หน่วยบริการ และประชาชน เพื่อรองรับสังคมดิจิทัลในอนาคต (Digital Sociology)⁽⁵⁾ ยิ่งไปกว่านั้นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ก็คือ การที่หน่วยงานสาธารณสุขระดับต่างๆ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ หรือนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์ (Data Analytics) แต่ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขระดับต่างๆ มีการใช้ประโยชน์จาก

ข้อมูลสุขภาพค่อนข้างน้อย ทั้งที่ปัจจุบันข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขมีในระบบอยู่แล้วเพียงแต่เป็นข้อมูลที่ออกแบบมาสำหรับใช้เพื่อรายงานสู่ส่วนกลาง แต่ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา ซึ่งในมิติด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพมีข้อมูลจำนวนมากควรนำมาใช้ประโยชน์ในกระบวนการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นทั้งปัญหาและโอกาสของการพัฒนาที่ถือว่าเป็นความท้าทายให้กับหน่วยงานด้านสุขภาพและสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระดับต่างๆ ควรต้องตระหนักและส่งเสริมพัฒนา เพื่อให้มีกลไกส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมหรือชุดความรู้ที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆ ได้เห็นถึงความสำคัญของข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ในระบบ และนำข้อมูลที่มีมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น⁽⁶⁾

จังหวัดสระบุรี มีหน่วยบริการสาธารณสุขในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตลอดจนหน่วยงานสนับสนุนด้านวิชาการระดับต่างๆ ซึ่งทุกหน่วยงานมีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพในระบบเพื่อใช้ในหน่วยงาน อีกทั้งมีการนำโปรแกรมและฐานข้อมูลที่ใช้สำหรับจัดเก็บข้อมูลที่หลากหลาย ซึ่งส่งผลให้ชุดข้อมูลไม่สามารถเชื่อมต่อกันได้อย่างสมบูรณ์ และไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลบางส่วนร่วมกันได้ ทำให้ข้อมูลเกิดความซ้ำซ้อนและมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วน

และสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านคุณภาพและความครอบคลุมของข้อมูล ได้แก่ ความไม่ครบถ้วนและความไม่ถูกต้องของข้อมูล ความไม่ทันเวลาและความไม่ครอบคลุมของการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ปัญหาด้านการออกแบบและความไม่ครอบคลุมของระบบข้อมูลโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ ความไม่ครอบคลุมของข้อมูลบริการสุขภาพโดยเฉพาะจากภาคเอกชน ความไม่ครอบคลุมและความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ความซ้ำซ้อนและความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลสุขภาพ ล้วนเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของสารสนเทศที่ส่งผลการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี⁽⁷⁾ สถานการณ์ปัญหาข้างต้น จำเป็นต้องได้รับแก้ไขอย่างเหมาะสม ภายใต้การมีส่วนร่วมของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ในการนำเสนอความต้องการและความจำเป็นในการใช้ข้อมูลเพื่อให้สามารถพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขที่ตอบสนองกับความต้องการและสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นที่จะศึกษาโอกาสในการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรีผ่านมุมมองของผู้เกี่ยวข้องทั้งในมิติด้านการบริหารและการใช้ประโยชน์ของข้อมูล สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสารสนเทศสาธารณสุขที่ครอบคลุม สอดคล้องกับปัญหาความต้องการจำเป็น และเป็นปัจจุบัน ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศสาธารณสุข และการใช้ประโยชน์สำหรับสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรีต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ใช้เวลาการวิจัย 2 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน 2564 โดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่โครงการวิจัย EC 007/2564

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างศึกษาของการวิจัย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐจังหวัดสระบุรี ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 192 ตัวอย่าง โดยเจาะจงเลือก (Purposive Sampling)⁽⁸⁾ ตัวแทนของแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 40 ตัวอย่าง 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง จำนวน 26 ตัวอย่าง และ 3) กลุ่มผู้ใช้ประโยชน์จากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ผู้อำนวยการหรือผู้รับผิดชอบงานด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข จำนวน 126 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ชนิด คือ แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถาม และประเด็นการสนทนากลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเรื่องสถานการณ์ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยสร้างขึ้นจากแนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยหลัก SWOT Analysis⁽⁹⁾ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี โดยเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ คำถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 4 ข้อคำถาม และส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อสถานการณ์ด้านสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี จำนวน 6 ข้อคำถาม เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) จำนวน 7 คน โดยเจาะจงเลือกจากตัวแทนผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและผู้ใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสาธารณสุข

2. แบบสอบถามเรื่องการประเมินโอกาสในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแนวคิดของ Likert⁽¹⁰⁾ โดยแบบสอบถามมีข้อคำถาม จำนวน 89 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการและความเหมาะสมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน จำนวน 73 ข้อ และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่เป็น

ประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี โดยเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ที่เรียกว่าค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence)⁽⁸⁾ และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient⁽¹¹⁾ ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.882 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยประสานงานกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์และจัดส่งแบบสอบถามผ่านระบบไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ถึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 192 ตัวอย่าง

3. ประเด็นการสนทนากลุ่มและกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)⁽¹²⁾ เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม โดยเป็น (ร่าง) ประเด็นคำถาม จำนวน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และส่วนที่ 2 ประเด็นการสนทนากลุ่มประกอบด้วยประเด็นคำถามหลัก จำนวน 3 ข้อคำถามและประเด็นคำถามย่อย จำนวน 3 ข้อคำถาม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) จำนวน 9 คน โดยเจาะจงเลือกจากตัวแทนผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและผู้ใช้ประโยชน์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามใช้วิธีการสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายผลการศึกษา

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)⁽¹³⁾

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 สถานการณ์ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี

ผลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี พบว่า ประเด็นที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด คือ สถานการณ์ด้านจุดอ่อนและข้อดีของระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขซึ่งเป็นศักยภาพภายในองค์กรของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรีจำเป็นต้องพิจารณาแก้ไขหรือปรับปรุงพัฒนาโดยเฉพาะด้านบุคลากร ด้านการบริหารจัดการ และด้านทรัพยากร รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี

จุดเด่น/จุดแข็ง	จุดด้อย/จุดอ่อน
ด้านบุคลากร - ผู้บริหารทุกระดับสนับสนุนการพัฒนาด้านสารสนเทศสาธารณสุข - Admin ในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีความรู้ความชำนาญด้านเทคโนโลยี - User ในหน่วยบริการให้ความสำคัญการจัดเก็บข้อมูล - บุคลากรรุ่นใหม่มีทักษะการใช้เครื่องมือสื่อสารที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศได้ดี ทำให้สะดวกกับการจัดเก็บและประมวลผลข้อมูล	ด้านบุคลากร - บุคลากรผู้รับผิดชอบงานด้านสารสนเทศสาธารณสุขไม่ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง - บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศบางส่วนขาดทักษะและความชำนาญด้านการบริหารข้อมูล - บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีการโยกย้าย ลาออกหรือปรับเปลี่ยนงานบ่อย - ขาดบุคลากรในการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศ - ผู้บริหารในบางหน่วยบริการไม่เห็นความสำคัญของการพัฒนางานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือมักแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเป็นครั้งๆ และขาดความต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี (ต่อ)

จุดเด่น/จุดแข็ง	จุดด้อย/จุดอ่อน
	ด้านบุคลากร (ต่อ) - ผู้ปฏิบัติงานด้านสารสนเทศมีภาระงานมาก และขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยค่าตอบแทนไม่สัมพันธ์กับภาระงาน - Admin ระดับอำเภอ และโซนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางแห่งยังขาดทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและขาดบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ - บุคลากรขาดทักษะในการวิเคราะห์และประเมินผลข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนางาน
ด้านการบริหารจัดการ - จังหวัดมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนางานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ - มีเครือข่ายทีม Admin ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับโซนของ รพ.สต. ในการให้คำปรึกษาและถ่ายทอดความรู้ด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ - หน่วยบริการสามารถบริหารจัดการงบประมาณในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานได้ - มีกลุ่มงานที่รับผิดชอบการบริหารจัดการข้อมูลที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ - มีช่องทางการแจ้งปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขที่รวดเร็ว - มีกระบวนการติดตามผลการดำเนินงานด้านสารสนเทศสาธารณสุขในพื้นที่ประชุมประจำเดือนในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ	ด้านการบริหารจัดการ - นโยบายในการส่งเสริมพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศขาดความชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม - ขาดการวางแผนและเป้าหมายการพัฒนา และการจัดการความเสี่ยงของระบบสารสนเทศ - หน่วยบริการไม่มีการจัดประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง - หน่วยงาน/ผู้ปฏิบัติงานไม่นำข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพในระบบมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มประสิทธิภาพ - ข้อมูลในระบบสารสนเทศไม่ครบถ้วน สมบูรณ์และไม่เป็นปัจจุบัน - มีโปรแกรมและปริมาณการบันทึกข้อมูลเป็นจำนวนมากและบางส่วนมีความซ้ำซ้อน - ผู้ใช้ข้อมูลและผู้บันทึกข้อมูลขาดการตรวจสอบข้อมูลร่วมกันอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี (ต่อ)

จุดเด่น/จุดแข็ง	จุดด้อย/จุดอ่อน
	ด้านการบริหารจัดการ (ต่อ) • การเร่งรัดตัวชี้วัดและการใช้ข้อมูลเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรเม็ดเงินของผู้บริหารมีส่วนทำให้ข้อมูลไม่มีความเป็นกลาง (Bias) • โรงพยาบาลมีบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจำนวนน้อย และมีภาระงานมาก จึงไปช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ รพ.สต. ได้น้อย
ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ • ทุกหน่วยบริการมีความพร้อมด้าน Hardware • มีข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจำนวนมาก และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสาธารณสุขได้ • มีโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลที่ทันสมัย สามารถพัฒนาต่อยอดได้ • มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการนำมาใช้ในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน • มีระบบฐานข้อมูลกลาง (Data Center) ทั้งในระดับอำเภอและจังหวัด ที่เชื่อมโยงเครือข่ายครอบคลุมหน่วยบริการของภาครัฐในระดับ โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. • มีระบบข้อมูล HDC เชื่อมโยงเครือข่ายครอบคลุมหน่วยบริการ ของภาครัฐทุกระดับ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม)	ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ • เทคโนโลยีในการรวบรวมข้อมูล Data Center ไม่ทันสมัยและมีขั้นตอนที่ซับซ้อน • ระบบ Software ไม่ได้ได้รับการพัฒนาให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง • ข้อมูลส่วนบุคคลด้านการรักษายังไม่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ • ระบบข้อมูลสุขภาพไม่มีความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานในระดับต่างๆ ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกันได้ • ความทันสมัยของอุปกรณ์ Hardware ของแต่ละหน่วยบริการแตกต่างกัน ทำให้การประมวลผลข้อมูลล่าช้า • อุปกรณ์ประเภท Hardware ไม่เพียงพอต่อการใช้งานหรือภาระงานในปัจจุบัน • Software ระบบปฏิบัติการ (OS) ที่ไม่มีลิขสิทธิ์ โดยเฉพาะ Window ใช้กันหลากหลาย Version และไม่ถูกต้องตามกฎหมาย รวมทั้งยังไม่มี Software ป้องกันการโจมตีจาก Virus และ Malware ที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังขาดการ Back Up ข้อมูล ในระบบ Cloud

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี (ต่อ)

จุดเด่น/จุดแข็ง	จุดด้อย/จุดอ่อน
ด้านงบประมาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีมีงบประมาณในการสนับสนุนด้าน Hardware ให้กับหน่วยบริการทุกแห่ง	ด้านงบประมาณ - หน่วยงานระดับจังหวัดมีการสนับสนุนทรัพยากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้แก่แต่ละหน่วยงานไม่เท่าเทียมกัน - หน่วยบริการขาดงบประมาณในการพัฒนาและจัดซื้อครุภัณฑ์ด้านสารสนเทศทำให้การพัฒนางานล่าช้า
โอกาส/ปัจจัยสนับสนุน	อุปสรรค
ด้านนโยบาย - กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบสารสนเทศสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง - กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านสารสนเทศให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานระดับภูมิภาค ด้านเทคโนโลยี - กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง - มีการจัดทำสื่อออนไลน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรม - มีหน่วยงานและสถาบันการศึกษา มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบสารสนเทศสาธารณสุข	ด้านเทคโนโลยี - ระบบเทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการ Update Software และการไม่รองรับระบบ Software เก่าของหน่วยงานระดับภูมิภาค ด้านสังคม วัฒนธรรม - หน่วยงาน กรม กอง ต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนางานและมีการนำระบบ Software มาใช้ในงานจำนวนมาก และเกิดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติระดับพื้นที่ - หน่วยงาน กรม กอง ต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดตัวชี้วัดผลงานจำนวนมากและตัวชี้วัดบางส่วนไม่สอดคล้องกับข้อมูลในระบบสารสนเทศ

ตอนที่ 2 การประเมินโอกาสในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพต่อการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.73) มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 58.85) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 59.38) โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 65.63) และมีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 44.27 และ 19.27 ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่ทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 86.46) ซึ่งปฏิบัติงานระหว่าง 10-15 ปี และ 6-10 ปี (ร้อยละ 41.67 และ 30.21 ตามลำดับ) และมักใช้เวลาในการทำงานที่ต้องใช้เทคโนโลยีมากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน และรองลงมา 3-5 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 59.38 และ 35.94 ตามลำดับ) และงานที่ปฏิบัติ

มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขเป็นประจำ และบ่อยๆ ครั้ง (ร้อยละ 59.38 และ 35.94 ตามลำดับ) โดยทำหน้าที่เกี่ยวกับการบันทึกข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล (ร้อยละ 70.83 และ 12.50 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขโดยนำข้อมูลมาใช้รายงานผลงาน (ร้อยละ 69.27) และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศมาใช้ปฏิบัติงาน ในขณะเดียวกันผู้ที่มีปัญหาพบว่า มากกว่า ร้อยละ 90 มักเป็นปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.65 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับด้านเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสาธารณสุข และพบว่ากลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงานในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.49$, S.D. = 0.71) โดยรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของการดำเนินงานและความเหมาะสมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

ข้อ	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน	การดำเนินงานและความเหมาะสม		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
ด้านบริบท (n=192)				
1.	หน่วยงานท่านมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาระบบ สารสนเทศสาธารณสุข	3.19	0.58	ปานกลาง
2.	ผู้บริหารสนับสนุนและให้ความสำคัญกับการพัฒนา ระบบสารสนเทศสาธารณสุข	3.37	0.77	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของการดำเนินงานและความเหมาะสมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (ต่อ)

ข้อ	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรีต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน	การดำเนินงานและความเหมาะสม		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
3.	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในหน่วยงานท่านให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลสุขภาพและสารสนเทศสาธารณสุข	4.17	0.54	มาก
4.	หน่วยงานของท่านดำเนินงานทางการแพทย์สาธารณสุขโดยให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขร่วมกับการปฏิบัติงาน	3.41	0.74	มาก
5.	ระบบสารสนเทศสาธารณสุขช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในหน่วยงานท่าน	3.53	0.11	มาก
6.	ข้อมูลในระบบสารสนเทศสาธารณสุข เช่น ข้อมูลในระบบ HDC มีความสำคัญกับการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานท่าน	4.19	0.37	มาก
7.	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขช่วยลดค่าใช้จ่ายและต้นทุนในการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข	3.61	0.55	มาก
8.	หน่วยงานของท่านมีการส่งเสริม และสนับสนุนให้มีเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในองค์กร	3.17	0.57	ปานกลาง
9.	ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขเป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย	3.51	0.32	ปานกลาง
10.	ระบบสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรีในปัจจุบันมีประโยชน์สำหรับประชาชนในการสืบค้นความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ	3.72	0.15	มาก
11.	ระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรีช่วยลดช่องว่างและปัญหาความขัดแย้งจากการเข้าใจไม่ถูกต้องระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน	3.21	0.85	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของการดำเนินงานและความเหมาะสมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (ต่อ)

ข้อ	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน	การดำเนินงานและความเหมาะสม		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
ด้านปัจจัยนำเข้า				
อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ (Hardware)				
12.	หน่วยงานของท่านมีเครื่องคอมพิวเตอร์ที่รองรับการใช้งานได้อย่างสมบูรณ์เต็มประสิทธิภาพ	3.09	0.17	ปานกลาง
13.	หน่วยงานของท่านมีจำนวนเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการใช้งาน	2.69	0.37	ปานกลาง
14.	มีอุปกรณ์เชื่อมต่อคอมพิวเตอร์สำหรับการปฏิบัติงานด้านข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ เช่น เครื่องปริ้นเตอร์, ลำโพง เป็นต้น	3.27	0.44	ปานกลาง
15.	ความพร้อมและความสมบูรณ์ของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ให้บริการ	3.13	0.48	ปานกลาง
โปรแกรมซอฟต์แวร์ (Software)				
16.	โปรแกรมระบบปฏิบัติการ (Windows) ภายในเครื่องคอมพิวเตอร์มีความทันสมัย	3.22	0.74	ปานกลาง
17.	สัญญาณอินเทอร์เน็ตมีเสถียรภาพขณะสืบค้นข้อมูลบนเว็บไซต์	3.74	0.45	มาก
18.	สามารถเข้าถึงและใช้งานข้อมูลจากระบบ HDC ได้ตามความต้องการ สะดวก รวดเร็ว	3.83	0.74	มาก
19.	ความเร็วของระบบเครือข่ายเหมาะสมกับการใช้งานระบบข้อมูลสุขภาพหรือสารสนเทศด้านสุขภาพ	3.40	0.54	ปานกลาง
20.	โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่นำมาใช้กับการดำเนินงานทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความเหมาะสม	3.87	0.82	มาก
21.	โปรแกรมการบันทึกข้อมูลสุขภาพมีความไม่ซับซ้อนและสะดวกต่อการบันทึกข้อมูลสุขภาพ	3.51	0.47	มาก
22.	โปรแกรมมีรูปแบบการแสดงผลข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่าย	3.74	0.45	มาก

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของการดำเนินงานและความเหมาะสมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (ต่อ)

ข้อ	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรีต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน	การดำเนินงานและความเหมาะสม		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
23.	โปรแกรมมีระบบการแจ้งเตือนเมื่อมีการบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องตามเงื่อนไขข้อกำหนด	1.87	0.74	น้อย
24.	ซอฟต์แวร์ระบบข้อมูลสุขภาพมีการ Update Version สม่าเสมอเพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อการใช้งาน	2.54	0.11	น้อย
ข้อมูลและสารสนเทศ (Data/Information)				
25.	ข้อมูลด้านสุขภาพประเภทข้อมูลส่วนบุคคลในระบบฐานข้อมูล HDC มีความน่าเชื่อถือ	3.22	0.74	ปานกลาง
26.	มีข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขครบถ้วน ทั้งข้อมูลสถานะสุขภาพ ข้อมูลบริการสุขภาพ ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ ข้อมูลตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และข้อมูลภาวะเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม	3.25	0.85	ปานกลาง
27.	ข้อมูลสุขภาพที่มีในระบบสารสนเทศสาธารณสุขเพียงพอและตอบสนองต่อความต้องการในการใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนบริหารทรัพยากรสุขภาพ	3.89	0.75	มาก
28.	ข้อมูลสถานะสุขภาพในระบบสารสนเทศสาธารณสุขมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์	3.28	0.58	ปานกลาง
29.	ข้อมูลด้านสถานะสุขภาพของประชาชนในระบบสารสนเทศสาธารณสุขเป็นปัจจุบัน	3.33	0.54	ปานกลาง
30.	ข้อมูลด้านสุขภาพในระบบสารสนเทศสาธารณสุขสามารถแสดงข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ	3.39	0.17	ปานกลาง
31.	ข้อมูลด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้รับการแก้ไขให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน	3.27	0.41	ปานกลาง
32.	ข้อมูลบริการสุขภาพของหน่วยงานช่วยให้ท่านสามารถให้บริการผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว	3.79	0.74	มาก
33.	ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขสามารถสื่อสารและสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้	3.77	0.81	มาก

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของการดำเนินงานและความเหมาะสมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (ต่อ)

ข้อ	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน	การดำเนินงานและความเหมาะสม		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
บุคลากร (People)				
34.	ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข	3.74	0.77	มาก
35.	มีจำนวน Admin หรือผู้ดูแลระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขให้บริการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว กระตือรือร้น และเต็มใจให้บริการ	3.45	0.84	มาก
36.	บุคลากรในหน่วยงานท่านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลอุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ต่างๆ	2.51	0.74	น้อย
37.	ผู้ปฏิบัติงานสามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเกี่ยวกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศได้	2.44	0.45	น้อย
38.	บุคลากรในหน่วยงานท่านมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข	2.11	0.47	น้อย
39.	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีทักษะการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุข	3.39	0.47	ปานกลาง
40.	ผู้ปฏิบัติงานด้านการบันทึกข้อมูลหรือจัดเก็บข้อมูลสุขภาพได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุข	3.27	0.14	ปานกลาง
41.	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใช้ประโยชน์จากสารสนเทศด้านสาธารณสุขในการประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน	3.87	0.74	มาก
42.	บุคลากรในหน่วยงานท่านมีความรู้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศสาธารณสุข	3.64	0.14	มาก
43.	ผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	3.31	0.78	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของการดำเนินงานและความเหมาะสมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (ต่อ)

ข้อ	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน	การดำเนินงานและความเหมาะสม		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
44.	บุคลากรในหน่วยงานท่านใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือในการค้นคว้าข้อมูลและเข้าถึงแหล่งสารสนเทศต่างๆ เพื่อมาประกอบการปฏิบัติงาน	3.74	0.91	มาก
45.	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลในระบบสารสนเทศสาธารณสุขมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนการแก้ไขหรือพัฒนางาน	3.74	0.74	มาก
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน				
46.	หน่วยงานมีการจัดหาอุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ให้เหมาะสมและเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน	2.58	0.45	น้อย
47.	มีการบำรุงรักษาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงสม่ำเสมอ	3.27	0.74	ปานกลาง
48.	หน่วยงานของท่านจัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินงานด้านข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข	2.55	0.58	น้อย
49.	หน่วยงานมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการนำเข้าข้อมูลในระบบสารสนเทศสาธารณสุข	3.41	0.52	มาก
50.	หน่วยงานมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหลังจากการบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศสาธารณสุขข้อมูล	3.51	0.82	มาก
51.	หน่วยงานมีการนำข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขมานำเสนอต่อผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้รับทราบสถานการณ์ด้านสาธารณสุขของพื้นที่	3.74	0.75	มาก
52.	หน่วยงานมีมาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของศูนย์คอมพิวเตอร์ (Data Center) สถานที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสารสนเทศ และพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ	4.11	0.45	มาก
53.	มีคู่มือการใช้งานสำหรับบุคลากรมีความสมบูรณ์ อ่านแล้วเข้าใจง่าย	4.02	0.71	มาก

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของการดำเนินงานและความเหมาะสมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (ต่อ)

ข้อ	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน	การดำเนินงานและความเหมาะสม		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
ประเด็นด้านกระบวนการ/ขั้นตอนวิธีการดำเนินการฯ				
54.	สามารถเข้าถึงระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขได้ง่าย ขั้นตอนในการใช้ระบบมีความคล่องตัว ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	3.99	0.47	มาก
55.	หน่วยงานท่านมีการกำหนดความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานและผู้ใช้งานในการใช้ User Account and Password	4.01	0.85	มาก
56.	มีการบริหารจัดการสิทธิ์การใช้งาน และตรวจสอบยืนยันตัวตนตามสิทธิ์ที่กำหนด	3.87	0.81	มาก
57.	มีกระบวนการในการติดตามและทบทวนความเสี่ยงด้านข้อมูลสารสนเทศ	3.24	0.74	ปานกลาง
58.	มีการรายงานผลการบริหารความเสี่ยงด้านข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขและแนวโน้มของความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น	3.39	0.81	ปานกลาง
59.	หน่วยงานมีมาตรการด้านความมั่นคงปลอดภัยสำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์พกพาในการนำมาใช้ในองค์กร	3.25	0.75	ปานกลาง
60.	มีการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล ทั้งในการรับส่งข้อมูลผ่านเครือข่ายสื่อสาร การจัดเก็บข้อมูลในระบบงานและสื่อบันทึกข้อมูลต่างๆ	3.33	0.25	ปานกลาง
61.	ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรีเป็นระบบที่สามารถประมวลผลได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง	3.85	0.81	มาก

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของการดำเนินงานและความเหมาะสมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (ต่อ)

ข้อ	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน	การดำเนินงานและความเหมาะสม		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
ด้านผลผลิต				
62.	ผู้บริหารเชื่อมั่นในข้อมูลสารสนเทศของระบบสารสนเทศสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี	3.77	0.84	มาก
63.	ระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุข เช่น HDC ที่ท่านใช้งานอยู่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานได้	3.81	0.44	มาก
64.	ระบบสารสนเทศสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นในปัจจุบันออกแบบระบบได้ทันสมัย เหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน	3.95	0.25	มาก
65.	ระบบสารสนเทศสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นสามารถจัดเก็บข้อมูลและเชื่อมโยงสัมพันธ์กับฐานข้อมูลอื่นได้อย่างสมบูรณ์	3.37	0.77	ปานกลาง
66.	หน่วยงานสามารถเรียกใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศสาธารณสุขได้ตามความต้องการ	3.87	0.36	มาก
67.	หน่วยงานของท่านมีการนำข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขมาใช้ในการวางแผนงาน หรือโครงการ	3.22	0.88	ปานกลาง
68.	ข้อมูลในระบบสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรีสามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมินความสำเร็จของงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.31	0.55	ปานกลาง
69.	ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่นำเสนอต่อประชาชนมีการตรวจสอบให้เป็นข้อมูลปัจจุบัน	4.07	0.65	มาก
70.	มีการรายงานผลการบริหารความเสี่ยงด้านข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขและแนวโน้มของความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น	3.39	0.81	ปานกลาง
69.	ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่นำเสนอต่อประชาชนมีการตรวจสอบให้เป็นข้อมูลปัจจุบัน	4.07	0.65	มาก
70.	หน่วยงานหรือองค์กรนำข้อมูลจากสารสนเทศสาธารณสุขไปใช้ในการอ้างอิงทางวิชาการได้ เช่น การทำวิจัย หรือผลงานวิชาการ	4.32	0.85	มากที่สุด

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของการดำเนินงานและความเหมาะสมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรี ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (ต่อ)

ข้อ	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดสระบุรีต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน	การดำเนินงานและความเหมาะสม		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
71.	การนำเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขมาใช้ในจังหวัดสระบุรีสามารถแก้ไข ปัญหาด้านการขาดแคลนทรัพยากรบุคคลได้	2.31	0.44	น้อย
72	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จตามตัวชี้วัดและเป้าหมายขององค์กร	2.81	0.27	ปานกลาง
73	ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจากการนำเสนอข้อมูลสุขภาพในระบบสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี	3.15	0.37	ปานกลาง
ภาพรวม		3.49	0.71	ปานกลาง

ตอนที่ 3 แนวทางการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี

การจัดเวทีสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นตัวแทนของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุข และผู้ใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสาธารณสุข มีความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี สรุปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาเชิงนโยบาย

ผู้บริหารในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลทุกแห่ง ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนางานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุข โดยพิจารณาดำเนินการดังนี้

1.1 กำหนดนโยบายและแผนการพัฒนาระยะสั้นและระยะยาวด้านการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดสระบุรี เป็นผู้เสนอแนวทางการดำเนินงานที่มีความชัดเจนต่อผู้บริหารในระดับสูงเพื่อกำหนดเป็นนโยบาย

1.2 มุ่งพัฒนาและส่งเสริมให้จังหวัดสระบุรีเป็นศูนย์กลางความเลิศด้านระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 4 โดยสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านระบบเทคโนโลยี ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสารสนเทศสาธารณสุข และเครือข่ายผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ต

1.3 สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณสำหรับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุข และพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุข

1.4 สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพสารสนเทศสาธารณสุขให้มีข้อมูลตามความจำเป็นและครอบคลุมสำหรับการใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานสาธารณสุขเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลที่มีจำนวนมากและลดภาระการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

1.5 สนับสนุนให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับมีการทบทวนคุณภาพระบบเทคโนโลยีของหน่วยงาน และคุณภาพของข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขในความรับผิดชอบของหน่วยงาน เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีสารสนเทศ และการพัฒนาด้านการบริหารจัดการสารสนเทศสาธารณสุขของหน่วยงานให้มีคุณภาพ

1.6 สนับสนุนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความชำนาญด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุข

1.7 กำหนดโอกาสของความก้าวหน้าและการเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรมอย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาเชิงวิชาการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุข และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการพัฒนา ดูแล และใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสาธารณสุขในการเสริมประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยพิจารณาดำเนินการดังนี้

2.1 ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรและหน่วยงานต่างๆ จัดทำโครงการวิจัยเพื่อการพัฒนาาระบบสารสนเทศสาธารณสุข ให้มีการสร้างเครื่องมือและนวัตกรรมสำหรับสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้กับองค์กรและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศด้านสาธารณสุข

2.2 พัฒนาหลักสูตรการอบรมในรูปแบบออนไลน์สำหรับเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในด้านการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสาธารณสุข

2.3 พัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสาธารณสุขให้ทันสมัยเป็นปัจจุบันเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

2.4 สนับสนุนให้เกิดศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุข ทั้งศูนย์การเรียนรู้ระบบออนไลน์ และศูนย์การเรียนรู้ในลักษณะหน่วยงานบริการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุข และพัฒนาคู่มือปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุข

3. ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาเชิงปฏิบัติการ

หน่วยงานด้านสาธารณสุข ผู้บริหาร และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขในหน่วยงานและองค์กร ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ควรพิจารณาดำเนินกิจกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ดังนี้

3.1 จัดทำแผนการบำรุงรักษาและปรับปรุงด้านวัสดุครุภัณฑ์และอุปกรณ์ของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุข และจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ด้านเทคโนโลยี เช่น คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์พ่วงปฏิบัติการให้เพียงพอต่อความต้องการใช้งาน และมีการพัฒนา Software ให้ทันสมัย และมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

3.2 จัดตั้งเครือข่ายคณะกรรมการเพื่อกำหนดแนวทางและรูปแบบการประเมินคุณภาพของระบบเทคโนโลยี และคุณภาพสารสนเทศสาธารณสุข ของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ

3.3 จัดทำวิจัยเชิงพัฒนาในรูปแบบการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย(Routine to Research) เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขขององค์กรและหน่วยงาน และพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น Smart Operation สำหรับสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เป็นต้น

3.4 ติดตามตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในสารสนเทศสาธารณสุขของหน่วยงาน เพื่อแก้ไขและปรับปรุงและการนำเสนอการพัฒนาระบบสารสนเทศข้อมูล

สุขภาพต่อผู้บริหารองค์กร และนำเสนอข้อมูลสารสนเทศในรูปแบบต่างๆ ที่ง่ายต่อการเข้าใจและการนำไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงานและการสื่อสารความเข้าใจต่อประชาชน

3.5 สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขให้ได้รับการอบรมในหลักสูตรหรือองค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

3.6 หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ จัดทำแผนและคู่มือการบริหารความเสี่ยง เพื่อการป้องกันภัยคุกคามด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การถูกบุกรุกในระบบเครือข่ายจากไวรัสหรือบุคคลอื่น ระบบอินเทอร์เน็ตใช้งานไม่ได้ การสูญเสียบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ สถานการณ์การเกิดไฟไหม้ ไฟฟ้าดับ น้ำท่วม ไฟผ่า การสำรองข้อมูล (Backup) Hardware และอุปกรณ์สำรอง เป็นต้น

3.7 จัดเวทีเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการนำเสนอความคิดเห็นและความต้องการในการใช้ประโยชน์จากสื่อข้อมูลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสารสนเทศสาธารณสุขได้สอดคล้องกับความต้องการด้านการสื่อสารสุขภาพของประชาชน และสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และง่ายต่อความเข้าใจการนำเสนอข้อมูลสุขภาพไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนในการดำเนินงานด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี ซึ่งในมิติของการพัฒนาถือได้ว่าเป็นโอกาสในการพัฒนาที่เป็นแนวทางในการบรรลุความสำเร็จของเป้าหมายองค์กร โดยมีประเด็นสำคัญในการอภิปรายดังนี้

ด้านบุคลากร พบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศบางส่วนขาดทักษะและความชำนาญด้านการจัดการระบบเครือข่ายการป้องกันการถูกบุกรุกผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ไม่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการะงานมาก ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีการโยกย้าย ลาออกหรือปรับเปลี่ยนงานบ่อยและพบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสารสนเทศสาธารณสุขไม่ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากนโยบายที่ไม่ชัดเจนขององค์กรในการพัฒนางานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงทำให้ขาดการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขจึงต้องให้ความสำคัญกับกำหนดนโยบายและแผนการพัฒนาระยะสั้นและระยะยาวด้านการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพ มีการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอต่อการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี ตลอดจนกำหนดโอกาสของความก้าวหน้าและการเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรผู้

ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรมอย่างเหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุกฤษฏ์ สุขเกษม และศศิธร พิชัยพงศ์⁽¹⁴⁾ ซึ่งให้ข้อเสนอแนะว่าการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ให้มีความทันสมัยต้องทำควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการอบรมให้ใช้งานได้อย่างคล่องแคล่ว อีกทั้งสามารถนำรูปแบบการพัฒนาไปเป็นแบบอย่างในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆได้ด้วย เพราะปัจจุบันองค์กรจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีในการช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องมีการพัฒนาความรู้ด้านเทคโนโลยีให้ทันสมัยเช่นกัน และอร่าม สกุลแก้ว⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า บุคคลคือปัจจัยหลักของความสำเร็จที่สำคัญในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน รวมทั้งปรีชา แหวนหล่อ บุญช่วย ศิริธรรมศักดิ์ และสุรีย์พันธุ์ วรพงศธร⁽¹⁶⁾ ที่สรุปว่าการพัฒนาระบบสารสนเทศจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการจัดอบรมผู้ใช้งานและผู้เกี่ยวข้องให้มีความรู้และเข้าใจระบบสารสนเทศ อีกทั้งคมกริช นันทโรจพงศ์ เฉลิมชัย กิตติศักดิ์นาวิน และนลินณัฐ ดิสวัสดิ์⁽¹⁷⁾ ยังกล่าวไว้ว่า การพัฒนาองค์การในยุคเศรษฐกิจดิจิทัลสำหรับการเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง การสร้างและพัฒนาทีมงานเทคโนโลยีให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (Team learning) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผนที่จะนำองค์กรไปสู่การมีสมรรถนะสูง

ด้านการบริหารจัดการ พบว่า นโยบายในการส่งเสริมพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศขาดความชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรมซึ่งส่งผลให้องค์กรไม่ได้วางแผนและกำหนดเป้าหมายการพัฒนา และการจัดการความเสี่ยงของระบบสารสนเทศ รวมถึงไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอในการพัฒนาและจัดซื้อวัสดุและครุภัณฑ์ด้านสารสนเทศ ทำให้เกิดความล่าช้าในการพัฒนางาน การจัดหา Software ไม่ได้ได้รับการพัฒนาให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่องและอุปกรณ์ประเภท Hardware ไม่ทันสมัยเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งในมิติของการพัฒนาการจัดการที่ดีคือเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างความสำเร็จขององค์กรซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ เยพิทักษ์ และธีระวัฒน์ จันทิก⁽¹⁸⁾ สรุปว่าในยุคแห่งสังคมที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลข่าวสารทุกองค์การให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการระบบสารสนเทศ และบุริศร์ จันทรเจริญ อารยา ประเสริฐชัย และพาณี สีดกะลิน⁽¹⁹⁾ ซึ่งสรุปเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการจัดระบบสารสนเทศกับการใช้ระบบสารสนเทศของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน โดยกล่าวว่าผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนควรสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ พร้อมทั้งให้ความสำคัญกับการบริหารทรัพยากรบุคคลที่ปฏิบัติงานในด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศและการบริหารงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ นอกจากนี้ณัฐเพชร จิระจรกุล ญัฐพล จันทรแก้ว สุนันต์ อ่วมกระทุ่ม และพีระวัฒน์ แก้ววชิการณ⁽²⁰⁾ ยังกล่าวว่าการนำระบบภูมิ

สารสนเทศไปประกอบการวางแผน การพัฒนาโดยบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อการติดตามงานด้านสาธารณสุขจะช่วยให้ติดตามการกระจายทรัพยากรด้านสาธารณสุข และการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้สะดวกมากขึ้น และเอกรัตน์ เชื้อวงศ์คำ⁽²¹⁾ ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผน และการสร้างวิสัยทัศน์ที่ส่งเสริมการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมคือองค์ประกอบสำคัญของภาวะผู้นำดิจิทัล

ด้านการใช้ประโยชน์สารสนเทศ พบว่าสารสนเทศด้านสาธารณสุขยังไม่ถูกนำมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยเฉพาะข้อมูลส่วนบุคคลในด้านการรักษาและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง อีกทั้งระบบข้อมูลสุขภาพไม่มีความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานในทุกระดับโดยเฉพาะจากโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกต่างๆ ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกันได้ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานขาดทักษะในการวิเคราะห์และประเมินผลข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนางาน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ระบุว่าควรสนับสนุนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความชำนาญด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สาธารณสุข และสอดคล้องกับการศึกษาของบุริศร์ จันทรเจริญ อารยา ประเสริฐชัย และพาณี สีดกะลิน⁽¹⁹⁾ ที่ระบุว่าปัญหาที่พบมากที่สุดในการจัดระบบสารสนเทศ คือ บุคลากรยังขาดทักษะความรู้ และความชำนาญในการบันทึก ข้อมูลและวิธีในการนำสารสนเทศไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่มีบทบาทในด้านการบริหารและกำหนดนโยบาย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรพิจารณาทบทวนสถานการณ์ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขทั้งระบบ เพื่อจัดทำนโยบายสนับสนุนการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและความต้องการพัฒนาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. หน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรจัดทำแผนพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ครอบคลุมทั้งการพัฒนาด้าน Hardware Software และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาประจำปี

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการสารสนเทศสาธารณสุข เช่น การตรวจสอบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลข้อมูล และการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสาธารณสุขในการวางแผน และพัฒนางานด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น

4. หน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงทางเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเป็นการป้องกันภัยคุกคาม และเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นและสำรองระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ร่วมกันทุกปี

สรุป

โอกาสในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี คือ การพัฒนาด้านนโยบายและแผนพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การทบทวนและตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและสารสนเทศสาธารณสุข และการนำสารสนเทศสาธารณสุขมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน และหัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระบุรีทุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุนโอกาสให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาได้อย่างสะดวก และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และอาสาสมัครการวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอนุเคราะห์ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และสุดท้ายขอขอบคุณครอบครัวภูวนันติที่เป็นกำลังใจสำคัญให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สราวุธ ภูวนันติ และยอดชาย สุวรรณวงศ์. การศึกษาโอกาสในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อ สนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(1): หน้า 125-151.

Suggested Citation for this Article

Phuvasunti S. and Suwannawong Y. The Study of Opportunities for Development in Health Information Technology System to Support the Public Health and Medical Operation of Saraburi Province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2021; 6(1): page 125-151.

เอกสารอ้างอิง

1. มาลี ลำสกุล. *สารสนเทศ การจัดการสารสนเทศและสารสนเทศศาสตร์*. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2553.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2553.
3. คณะทำงานพัฒนาโปรแกรมคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. *ความเป็นมาของระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center: HDC*. การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบ Health Data Center (HDC on Cloud) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (สำหรับผู้ดูแลระบบ); 27-29 กรกฎาคม 2559; Data Center อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์; 2559.
4. ทอง บุญยศ. *คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center – HDC)*. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://data2kthai.blogspot.com/>
5. ธัญชัช วิภัติภูมิประเทศ. *สังคมวิทยาดิจิทัล : แนวคิดและการนำไปใช้*. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2562, 6 (1), 43-56.
6. ปิยะ หาญรวงศ์ชัย. *ทิศทางระบบสารสนเทศสุขภาพไทย ต้อง "ยกเครื่อง" อย่างไรในอนาคต*. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:egVHswouKwYJ:https://www.hfocus.org/content/2019/01/16797+&cd=1&hl=th&ct=clnk&gl=th>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. *สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปี 2561; การประชุมเตรียมความพร้อมรายงานผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปี 2561; 25 มิถุนายน 2561; โรงพยาบาลสระบุรี. สระบุรี; 2561.*
8. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักทดสอบทางการศึกษาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2540.
9. เอกชัย บุญยาพิศฐาน. *คู่มือวิเคราะห์ SWOT อย่างมืออาชีพ*. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน, 2553.
10. Likert, Rensis. "The Method of Constructing and Attitude Scale". In *Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement* (pp. 90-95). New York: Wiley & Son, 1967.
11. ศิริชัย กาญจนวาสี. *การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์, 2544.

12. อาภา ยังประดิษฐ์. การรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยการใช้การสนทนากลุ่ม. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=678
13. เบญจยา ยอดคำเนิน-แอ็ดติกัจ. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูลการตีความและการหาความหมาย. นครปฐม : สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.
14. อุกฤษฏ์ สุขเกษม และศศิธร พิชัยพงศ์. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลลำพูน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2563, 16 (1), 14-23.
15. อร่าม สกุลแก้ว. แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณของกองทัพอากาศ [หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60], กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2561.
16. ปรีชา แหวนหล่อ บุญช่วย ศรีธรรมศักดิ์ และสุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางอินเทอร์เน็ต จังหวัดศรีสะเกษ. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2560, 61 (3), 215-244.
17. คมกริช นันทโรจพงศ์ เฉลิมชัย กิตติศักดิ์นาวิน และนลินณัฐ ดีสวัสดิ์. เครื่องมือการพัฒนางานโครงการในยุคเศรษฐกิจดิจิทัลสำหรับการเป็นองค์กรที่มีทักษะสูง. วารสารบริหารธุรกิจเศรษฐศาสตร์และการสื่อสาร 2560, 12 (2), 23-34.
18. ปาริชาติ เยพิทักษ์ และธีระวัฒน์ จันทิก. การบริหารจัดการข้อมูลขององค์กรในภาครัฐ. วารสารวิชาการ Veridian E – Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ 2559, 9 (1), 16-26.
19. บุริศร์ จันทรเจริญ อารยา ประเสริฐชัย และพาณี สิตกะลิน. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการจัดการระบบสารสนเทศกับการใช้ระบบสารสนเทศ ของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 9. วารสารความปลอดภัย และสุขภาพ 2558, 8 (27), 24-30.
20. สุเพชร จิระจรกุล ญัฐพล จันทรแก้ว สุนันต์ อ่วมกระทุ่ม และพีระวัฒน์ แก้ววิการณ. ระบบภูมิสารสนเทศเพื่อส่งเสริมโครงการเมืองน่าอยู่ในด้านสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2554, 19 (2), 64-74.
21. เอกรัตน์ เชื้อวังคำ. องค์ประกอบของภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาอุดรธานี เขต 4. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 22; วันที่ 25 มีนาคม 2564; มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.

การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยโมเดลการกักกันชุมชน กรณีศึกษา ชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง ในทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

Coronavirus Disease Control 2019 with Community Quarantine Model Clean Community Anti Covid 2019; CCA Case Study of a Slum Community in Thaweewatthana, Bangkok

สุธี สฤณีศิริ¹ โสภณ เขี่ยมศิริถาวร² พิไลพันธ์ พุฒวัฒน์³
สุรัคเมธ มหาศิริมงคล⁴ ปรีดา แท้เอารักษ์⁵
ณัฐริญา โสพิศพรมงคล¹ ศิริพร งามขำ¹ ธิติพร คมแท้¹ สุธีรัตน์ อูสารัมย์¹
¹ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
²กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
³ศูนย์วิจัยพัฒนานวัตกรรม คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
⁴กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

Suthee Saritsiri¹ Sapon Iamsirithaworn² Pilaipan Puthavathana³
Surakameth Mahasirimongkol⁴ Preeda Taearak⁵ Nattiya Sopisornmongkol¹
Siriporn Ngamkham¹ Thitiporn Khomtae¹ Sureerat Usaram¹

¹The 67th Public Health Center Thaweewatthana, Department of Health,
Bangkok Metropolitan Administration

²Department of Disease Control, Ministry of Public Health

³Center for Research and Innovation, Faculty of Medical Technology, Mahidol University

⁴Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health

⁵National Health Commission Office (NHCO)

Received 2021 Jun 21, Revised 2021 Jul 5, Accepted 2021 Jul 5

บทคัดย่อ

เดือนเมษายน 2564 ประเทศไทยเผชิญวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ระลอก 3 โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ที่มีประชากรหนาแน่น พบสายพันธุ์อังกฤษ หรือ B.1.1.7 ที่แพร่ระบาดได้รวดเร็วกว่าสายพันธุ์ปกติถึง 1.7 เท่า ผู้ป่วยไม่ได้แสดงอาการหลังจากได้รับเชื้อระยะแรก จนอาการรุนแรง ปัญหามากมายต่อการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ จากการสอบสวนโรคพบว่ามี การละเลยมาตรการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเดินทางไปพื้นที่เสี่ยง การปกปิดข้อมูล และการกักตัว จนวันที่ 8 พฤษภาคม 2564 ทีมสอบสวนโรคได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชนแออัด 1 ราย เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างและออกนอกชุมชน เนื่องจากเป็นร้านค้า พักอาศัยหนาแน่น ผู้

วิจัยจึงสนใจ ที่จะพัฒนาโมเดลการกักกันชุมชนเพื่อการควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Clean Community Anti Covid 2019; CCA model โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ และประชาชน วัดอุประสงค์ เพื่อศึกษามาตรการควบคุมการระบาดในชุมชนโดยการกักกันชุมชน (Community Quarantine) และพัฒนาแนวทางระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรค วิธีการศึกษา การวิจัย ครั้งนี้เป็นารวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วงที่มีการระบาดระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม 2564 ถึง 4 มิถุนายน 2564 ตั้งแต่วันที่เริ่มพบผู้ป่วย,ติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด, ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ตรวจหาเชื้อซ้ำในผู้สัมผัสเสี่ยงสูง หลังจากกักกันชุมชนครบ 14 วัน และ 21 วัน (หลังเปิดชุมชน 7 วัน) โดย Real time RT-PCR และตรวจหาแอนติบอดี

ผลการศึกษา พบว่าในชุมชนแห่งนี้มีพื้นที่ 4 ไร่ ประชากรทั้งหมด 196 ราย บ้าน 31 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.6 อายุเฉลี่ย 35.56 ± 21.10 ตั้งแต่ 7 เดือน ถึง 86 ปี มีผู้ป่วยติดเชื้อ 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.39 พบผู้ป่วยรายแรก ในวันที่ 8 พฤษภาคม 2564 (CCA day 0) รายสุดท้าย 21 พฤษภาคม 2564 จากการตรวจซ้ำผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร่วมบ้านผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 38 ราย อาศัยอยู่ตามบ้าน 7 หลัง มีความสัมพันธ์เครือญาติและทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้านของผู้ป่วยรายแรก ในบ้านแต่ละหลัง มีจำนวนผู้ติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 50 – 100 ของจำนวนสมาชิกในแต่ละบ้าน พบสมาชิกทุกคนในบ้านมีการติดเชื้อ (100%) 3 หลัง จาก 7 หลัง (42.86%) พบการติดเชื้อตั้งแต่ครั้งแรกที่ตรวจ 35 ราย (64.81%) พบการติดเชื้อหลังจากตรวจซ้ำ 3 ราย (5.56%) เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในบ้านที่มีผู้ป่วย หลังจาก CCA วันที่ 14 ไม่พบผู้ติดเชื้อและได้ตรวจหาภูมิคุ้มกันในชุมชน 160 ราย ไม่พบภูมิคุ้มกันขึ้น 149 ราย (93.13%) จำแนกเป็นร่วมบ้านผู้ป่วย 14 ราย และในชุมชน 135 ราย สำหรับ CCA วันที่ 21 หลังเปิดชุมชน 7 วัน ไม่พบผู้ติดเชื้อและไม่พบภูมิคุ้มกันขึ้น ดังนั้นหากเกิดการติดเชื้อโควิด 19 ในชุมชนแออัด ควรปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าว

คำสำคัญ : โควิด-19, ไวรัสโคโรนา 2019, การกักกันชุมชน

Abstract

In April 2021, Thailand faced the 3rd Wave of Coronavirus 2019 outbreak (COVID-19) especially in Bangkok with crowded population. The British strain (B.1.1.7) was found to spread 1.7 times faster than normal strains. The patients had asymptomatic at the beginning of infection, then started to severe symptoms. Many problems had arisen with the allocation of medical resources. The disease investigation found neglect of personal hygiene measures, travel to high risk areas, timeline concealment and quarantine resistance. Until May 8, 2021, the Surveillance and Rapid Response Team notified one case of COVID-19 at a slum community which is prone to quick widespread of the virus in the crowded community. Researchers was interested in developing a community

quarantine model for controlling the coronavirus 2019 outbreak named “Clean Community Anti Covid 2019”. This research has objectives to study community quarantine measures and develop guidelines for a disease surveillance and control systems. This research had done during 8 May 2021 to 4 June 2021 starting at the day the 1st patient was reported, tracing close contact, finding active cases, re-examining high-risk contact after 14 days and 21 days of community quarantine (7 days after reopening the community) by Real time RT-PCR and antibody testing. The results showed that this community has 4 rai of land, with 196 people and 31 households. 54.6% of the population is female. An average age is 35.56 ± 21.10 from 7 months to 86 years old. 38 infected people accounting for 19.39% were found in the community. The first case found on May 8, 2021 (CCA day 0) and the last case on May 21, 2021. All 38 patients, living in seven houses, are relatives and interacted with members of the first patient's house. In each house, the number of infected people are 50-100% of the total number of members of each house. 3 houses out of 7 (42.86% of the total number of the infected houses) found 100% of their members infected. 35 patients (64.81%) found positive at the first test. 3 patients (5.56%) found positive at the second test. They were high risk contact living with patients. After CCA of 14 days, no new cases were found. Antibody testing of 160 people discovered that 149 people (93.13%) had no immunity. From 149 people, 14 people lived with patients and 135 people are in the community. On CCA of 21 days, after reopening the community 7 days, neither new cases nor immunity were found. Therefore, if Covid-19 transmitted in a slum community, the measures should be followed.

Keywords : COVID-19, Coronavirus 2019, Community Quarantine

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดเชื้ออันเกิดจากไวรัสโคโรนากลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง 2 (SARS-CoV-2) มีระบุนโรคครั้งแรกในเดือนธันวาคม 2562 ในนครอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน และได้กระจายไปทั่วโลก สำหรับประเทศไทยได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ตามรายละเอียดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 และแต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563 ลงวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยเผชิญวิกฤตโควิดระบาดระลอก 3 พบผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มาจากสถานบันเทิง ย่านทองหล่อ การแพร่ระบาดลุกลามไปทั่วประเทศ และรุนแรง โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลที่มีประชากรหนาแน่น ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 4 พบว่าการระบาดดังกล่าวเป็นเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์อังกฤษ หรือ B.1.1.7 ตรวจพบครั้งแรกที่สหราชอาณาจักร เดือนธันวาคม 2563 ผู้ป่วยที่พบเชื้อในร่างกายอาจไม่แสดงอาการป่วย อาการเริ่มแรกได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ สูญเสียการได้กลิ่น การรับรส เจ็บคอ มีน้ำมูก อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย อาเจียน หรือท้องเสีย ผู้ป่วยไม่ได้แสดงอาการหลังจากได้รับเชื้อระยะแรกทำให้ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า มีความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนเสียชีวิต พบว่าแพร่ระบาดได้รวดเร็วกว่าสายพันธุ์ปกติ ถึง 1.7 เท่ามีความสัมพันธ์กับ

การนอนโรงพยาบาล และการเสียชีวิตโดยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.6 เท่า การที่มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น และมีอาการรุนแรง ส่งผลต่อจำนวนเตียงของโรงพยาบาล สนามหอผู้ป่วยวิกฤตรวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อาจไม่เพียงพอทำให้อัตราผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น 5,6 อีกทั้งประชาชนบางกลุ่มยังละเลยการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และมีการเดินทางไปพื้นที่เสี่ยง เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า สถานประกอบการ ฯลฯ ทำให้มีการระบาดเป็นวงกว้าง

รายงานสถานการณ์ COVID-19 วันที่ 8 พฤษภาคม 2564 โดยกรมควบคุมโรค 7 พบว่า โลกมียอดผู้ป่วยสะสม 157,530,729 ราย มีผู้ป่วยรายใหม่ 836,485 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม 3,283,727 ราย และผู้เสียชีวิตรายใหม่ 13,726 ราย (2.1%) ในประเทศไทยมียอดผู้ป่วยสะสม 81,274 ราย มีผู้ป่วยรายใหม่ 2,419 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม 382 ราย และผู้เสียชีวิตรายใหม่ 19 ราย (0.47%) พบว่าสถานการณ์การระบาดระลอก 3 ในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 8 พฤษภาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อ 16,048 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ 739 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม 104 ราย พื้นที่เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบผู้ติดเชื้อ 201 ราย ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 342 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต ปัญหาการควบคุมโรคโควิด-19 ในพื้นที่เขตทวีวัฒนาที่ผ่านมา พบว่าเกิดจากการได้รับรายงานสอบสวนโรคล่าช้า ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ทันเวลา ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) เขตทวีวัฒนา จึงใช้วิธีการประชาสัมพันธ์ อาสาสมัครสาธารณสุขในการแจ้งข่าว สร้างแกนนำในพื้นที่ หากพบเห็นว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อ ให้รีบแจ้งทันที นอกจากนี้ยังพบว่าผู้มีความเสี่ยงหลายราย

ได้ตรวจหาการติดเชื้อที่จุดตรวจค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active Case Finding หรือ ACF) ที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย บางรายตรวจ 3 - 4 ครั้ง โดยหลังจากการตรวจแต่ละครั้งยังทำกิจวัตรตามปกติ ไม่มีการกักตัว สุดท้ายกลายเป็นผู้ติดเชื้อ ที่สำคัญพบว่าผู้ติดเชื้อบางรายปกปิดข้อมูล เช่น บอกว่าอยู่คนเดียว ไม่มีใครที่ร่วมทำกิจกรรม ทำให้ทีมสอบสวนโรคไม่สามารถเข้าถึงผู้สัมผัสเสี่ยงสูงได้ เกิดผลเสียทำให้ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเข้าถึงการตรวจหาเชื้อล่าช้า มีโอกาสเสี่ยงที่แพร่เชื้อต่อไปยังครอบครัวเนื่องจากมาตรการป้องกันและลดการแพร่เชื้อโควิด 19 อาจปฏิบัติได้ยากภายในบ้าน ด้วยวิถีชีวิตของสังคมไทยที่เป็นครอบครัวใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน รับประทานอาหารร่วมกัน แสดงความรักความผูกพันต่อกัน พบสถิติการระบาดในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น บางครอบครัวพบว่าผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นเด็ก และไม่มีอาการ พิจารณาจากค่าการเพิ่มของสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา 2019 (Cycle threshold) เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2564 ทีมสอบสวนโรคของศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา ได้รับแจ้งจากอาสาสมัครสาธารณสุข ว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนแห่งนี้ 1 ราย ซึ่งไม่ได้รับใบสอบสวนโรค (Novel) ดังนั้นทีมสอบสวนโรคดำเนินการสอบสวนโรคเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโดยชุมชนแออัดแห่งนี้เป็นชุมชนที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนทางราชการ สร้างบนพื้นที่บริเวณของวัด มีพื้นที่ประมาณ 4 ไร่ ประชากรทั้งหมด 196 คน จำนวนบ้าน 31 หลังคาเรือน ครอบครัวเป็นเครือญาติกัน ที่พักอาศัยเป็นห้องเช่า อาศัยอยู่กันอย่างหนาแน่น ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รอบบริเวณเป็นคลอง แผลงผักสวนครัว มีทางเข้าออก 2 ทาง รถยนต์เข้าไม่ได้ จากการสอบสวนโรค

พบว่าเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง และออกนอกชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโมเดลการกักกันชุมชนเพื่อการควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Clean Community Anti Covid 2019; CCA model โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐและภาคประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ตั้งแต่การค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล โดยที่มิใช่ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นผู้รับผลประโยชน์ของตนเอง 8 และปรับตามสภาพแวดล้อมบริบทของชุมชนเน้นมาตรการกักกันชุมชน (Community Quarantine) โดยภาครัฐรับฟังความคิดเห็นของประชาชนซึ่งเป็นผู้มีผลกระทบและหาทางออกร่วมกัน โดยมีวิธีการดังนี้ 1) สร้างความเข้าใจกับชุมชน 2) หาแกนนำจิตอาสาในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังการระบาดในชุมชนและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ 3) หน่วยงานภาครัฐและแกนนำชุมชนร่วมจัดทำแผนที่และทะเบียนสมาชิกแต่ละหลังคาเรือนในชุมชน 4) สร้างความร่วมมือและยินยอมให้แจ้งว่าใครเป็นผู้ติดเชื้อ บ้านไหนพบผู้ติดเชื้อเพื่อให้คนในชุมชนประเมินความเสี่ยงของตนเองและเข้าสู่การตรวจหาเชื้อ 5) ทุกคนในชุมชนรับรู้สถานการณ์การระบาดของชุมชนไปพร้อมกับหน่วยงานภาครัฐ 6) ให้ทุกคนตระหนักถึงมาตรการป้องกันตนเอง ปิดทางเข้าออกพื้นที่ขอความร่วมมือคนในไม่ออกนอกไม่ให้เข้า 7) ภาครัฐเยียวยา เช่น จัดหาถุงยังชีพ ออกหนังสือกักตัว และทำความเข้าใจแก่นายจ้าง 8) ในวันที่ตรวจหาเชื้อผู้กักตัวจะออกมาที่ละครอบครัวโดยแกนนำครอบครัวให้ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว ตำแหน่งที่พักอาศัย 9) ศูนย์บริการ

สาธารณสุขมอบชุดกักตัว 14 วัน ได้แก่ พรอพวดีใช้ หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์สเปรย์ แอลกอฮอล์ เจล ถุงขยะติดเชื้อ และใบสอบถามอาการ 14 วัน และฝ่ายสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล สำนักงานเขต มอบ หนังสือกักตัว และชุดเย็บยา 10) ผู้กักตัวสามารถ สื่อสารแจ้งอาการ หรือขอความช่วยเหลือ ผ่านแกน นำจิตอาสาในชุมชน หรือแจ้งผ่าน Line official Home Quarantine ที่มีข้อมูลเป็นความลับเฉพาะ ของตนเอง ให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา ในระหว่างที่ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจะกักตัว ครบ 14 วัน หากพบปัญหาอุปสรรค คือ ปัญหา นายจ้าง ลูกจ้าง บางรายมีความกังวลเรื่องการขาด งาน การกลัวโดนถูกไล่ออก ทางศบค.เขตทวีวัฒนา มีแนวทางดำเนินการดังนี้

กระบวนการจัดการสำหรับผู้กักตัวที่มีความกังวลและจะไม่กักตัวให้ครบ 14 วัน

1. ผู้กักตัวแต่ละรายแจ้งความกังวลมาที่ แกนนำชุมชน
2. แกนนำชุมชนแจ้งมาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา ผ่านทาง line official Home Quarantine
3. นักสังคมสงเคราะห์โทรซักถามทำความเข้าใจขอความร่วมมือ และเก็บข้อมูลความกังวลต่างๆได้แก่ อาชีพ สถานที่ทำงาน ชื่อหัวหน้างาน เบอร์ติดต่อ ประเมินความรุนแรง ต่อจากนั้นแบ่งระดับปัญหา
4. หากแนวโน้มมีปัญหารุนแรง ดำเนินการโดยพยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุข พุดคุยอธิบายถึงความสำคัญด้านสาธารณสุข เช่น อาจเกิดการแพร่เชื้อไปยังสถานที่ทำงาน อาจเกิดผลกระทบมากกว่า

5. หากไม่สามารถแก้ไขปัญหา เช่น นายจ้างไม่ยินยอม มอบหมายให้ หัวหน้าฝ่าย สิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลในฐานะเจ้าพนักงาน ควบคุมโรคติดต่อ พุดคุยทำความเข้าใจเกี่ยวกับ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

6. หากไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้รายงาน ผู้อำนวยการเขต และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้วิจัยหวังว่าผลการศึกษจะสามารถนำไปพัฒนามาตรการป้องกันควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษามาตรการควบคุมการระบาด ในชุมชนโดยการกักกันชุมชน (Community Quarantine)
2. เพื่อพัฒนาแนวทางระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคในพื้นที่เขตทวีวัฒนา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ช่วงที่มีการระบาดของชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในเขต ทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ดำเนินการวิจัยระหว่าง วันที่ 8 พฤษภาคม 2564 ถึง 4 มิถุนายน 2564 ตั้งแต่วันที่ทีมสอบสวนโรค ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา ได้รับแจ้งว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) รายแรก และเริ่มโมเดลการกักกัน ชุมชนเพื่อการควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 Clean Community Anti Covid 2019; CCA model จนถึงสิ้นสุดการระบาด (14 วันนับจากพบผู้ป่วยรายสุดท้าย)

CCA วันที่ 0 คือ วันที่ทีมสอบสวนโรค ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา ได้รับแจ้งว่า มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) รายแรก

เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข และสำนักงานเขตทวีวัฒนา สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และอธิบายโมเดลการกักกันชุมชน 14 วัน เพื่อการควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Clean Community Anti Covid 2019; CCA model ให้กับประชาชนในชุมชน ขอความร่วมมือคนในชุมชนเป็นแกนนำจิตอาสาของชุมชน และแต่ละครอบครัวสร้างแกนนำครอบครัว หากมี Smart phone เข้า Line official Home Quarantine เพื่อเฝ้าระวังอาการ ติดต่อประสานงาน กับเจ้าหน้าที่ ภาครัฐรัฐสร้างความตระหนักต่อมาตรการการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การเว้นระยะห่างจากคนอื่น การสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา หมั่นล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่น เลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ ควรทานอาหารแยกสำหรับออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ และหมั่นสังเกตอาการตนเอง หากมีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ให้แจ้งศูนย์บริการสาธารณสุขทันที

CCA วันที่ 1 คือ วันถัดจากที่ทราบว่าผู้ติดเชื้อเพื่อติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดที่บ้าน Close contact tracing ตรวจสอบเชื้อในผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร่วมบ้านผู้ป่วย

CCA วันที่ 2-4 ตรวจสอบเชื้อในผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร่วมกิจกรรมหากพบผู้ป่วยติดเชื้อ จะหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทันที (Close contact tracing) และทำ mapping บ้านที่พักอาศัย หากมีการเพิ่มจำนวนบ้านที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ ซึ่งแสดงถึงการที่ชุมชนมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการระบาดเป็นวงกว้างทางศูนย์บริการสาธารณสุขจะทำ Active Case Finding โดยเร็ว

CCA วันที่ 5-7 การปฏิบัติการค้นหาผู้ป่วยโควิด 19 เชิงรุก Active Case Finding ทำโดยเร็วที่สุดหากพบว่ามีกระบาดหลายบ้านมีโอกาสดึงการแพร่ระบาดในชุมชน

CCA วันที่ 14 ตรวจสอบเชื้อซ้ำในผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร่วมบ้านผู้ป่วย และผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร่วมชุมชน เพื่อประเมินการระบาดก่อนที่จะทำการเปิดชุมชน หากสามารถควบคุมการระบาดได้ สมาชิกในบ้านที่ไม่มีผู้ป่วยสามารถออกไปทำงานนอกพื้นที่แต่เน้นถึงความตระหนักถึงการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันตนเอง

CCA วันที่ 21 ตรวจสอบเชื้อซ้ำในผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร่วมบ้านผู้ป่วย และผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร่วมชุมชน เพื่อประเมินการระบาดหลังเปิดชุมชนที่มีคนในชุมชนออกนอกพื้นที่ไปทำงาน 7 วัน รายละเอียดการดำเนินงานตาม แผนผังที่ 1 ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจะส่งรายงานการเฝ้าระวัง ได้แก่ อุณหภูมิ อาการ ผ่านทาง line official Home quarantine หรือแจ้งทางโทรศัพท์/ แกนนำครอบครัว/ แกนนำชุมชน

ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในชุมชนจะได้รับการติดตามสอบถามอาการ การรักษาพยาบาล ขณะอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลารักษาตัวที่โรงพยาบาล และเมื่อกลับสู่ชุมชนจะได้รับการตรวจหาเชื้อซ้ำ

สำหรับการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้แก่

1) การเก็บตัวอย่างส่งตรวจหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal swab; NPS) เพื่อตรวจหาพันธุกรรมไวรัสโควิด-19 โดย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข Real time RT-PCR ปฏิกริยาลูกโซ่ Polymerase Chain Reaction โดยใช้ enzyme Reverse Transcriptase แสดงผลเป็นค่า Ct ย่อมาจาก Cycle Threshold คือ

จำนวนรอบในการเพิ่มปริมาณ DNA หากปริมาณ DNA น้อย ต้องใช้จำนวนรอบมาก จึงจะตรวจพบ ดังนั้น ถ้า Ct ที่ต่ำ จะมีปริมาณไวรัสสูง Ct ที่สูงจะมีปริมาณไวรัสต่ำ โดยทั่วไปการให้ผลเป็นบวกและลบ ตัดที่จำนวนรอบระหว่าง 38-40

2) การเก็บตัวอย่างเลือดตรวจหาแอนติบอดีต่อไวรัสโควิด-19 โดย คณะเทคนิคการแพทยมหาวิทยาลัยมหิดล ด้วยวิธี ELISA ใช้ Kit น้ำยาซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ของบริษัท Beijing Wantai Biological Pharmacy Enterprise¹⁰ เป็นวิธี ELISA เพื่อตรวจหา Total antibodies หรือ IgM โดยใช้ receptor binding domain (RBD)

เป็นแอนติเจนทดสอบ Total Ig เป็นการตรวจแอนติบอดีทุก class ซึ่งหมายรวมถึง IgG, IgM และ IgA แต่ส่วนใหญ่เป็น IgG

เครื่องมือในการวิจัย โดยรวบรวมข้อมูลจากใบรายงานสอบสวนโรค ทะเบียนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ทะเบียนผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ใบรายงานอาการ 14 วัน ใบแสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal swab; NPS) และใบแสดงผลการเก็บตัวอย่างเลือดตรวจหาแอนติบอดีต่อไวรัสโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

แผนผังที่ 1 กรอบการดำเนินงาน การตรวจหาการติดเชื้อในแต่ละวัน ตามมาตรการ Clean Community Anti Covid 2019; CCA model ในชุมชน เขตทวีวัฒนา

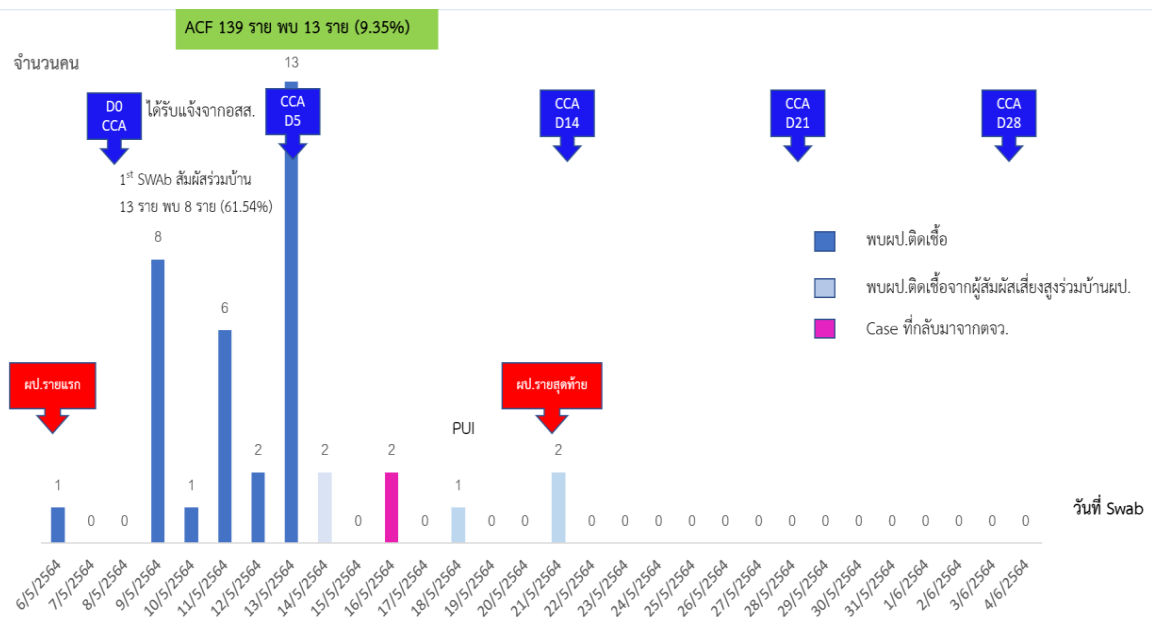
CCA วันที่ 0	CCA วันที่ 1	CCA วันที่ 2-4	CCA วันที่ 5-7	CCA วันที่ 14	CCA วันที่ 21
วันแรก ที่ทราบว่า พบผู้ป่วย ชุมชน ร่วมกับ ภาครัฐ เฝ้าระวัง ควบคุมโรค ไปพร้อมกัน	ติดตาม ผู้สัมผัส ใกล้ชิด ร่วมบ้าน Close contact tracing ตรวจหา เชื้อในผู้ สัมผัส เสี่ยงสูงร่วม บ้านผู้ป่วย	ตรวจหา เชื้อในผู้ สัมผัส เสี่ยงสูง ร่วม กิจกรรม	Active Case Finding หากพบว่า มีการระบาด หลายบ้าน มีโอกา สเกิดการแพร่ ระบาด ในชุมชน ทำโดย เร็วที่สุด	ผู้สัมผัส เสี่ยงสูง ร่วมบ้าน ผู้ป่วย และ ผู้สัมผัสเสี่ยง สูง ร่วม ชุมชน	ผู้สัมผัส เสี่ยงสูง ร่วมบ้าน ผู้ป่วย และ ผู้สัมผัส เสี่ยงสูง ร่วมชุมชน หลังเปิด ชุมชน (ออกไป ทำงานนอก พื้นที่) 7 วัน
	NPS - Real time RT-PCR	NPS - Real time RT-PCR	NPS - Real time RT-PCR	1) NPS - Real time RT-PCR 2) เลือด Antibody	1) NPS - Real time RT-PCR 2) เลือด Antibody

หมายเหตุ หากพบผู้ติดเชื้อให้แยกกัก และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนามโดยเร็ว และรีบติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเพื่อเข้าสู่การตรวจหาเชื้อ

[illegible]

วันที่ 18 พฤษภาคม 2564 (CCA Day 10) ตรวจหาเชื้อในผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่มีอาการไข้ 1 ราย ในบ้านที่ 2 พบว่าติดเชื้อเพิ่มอีก 1 ราย รวมเป็น 36 ราย (18.37%) และมีผู้สัมผัสเสี่ยงสูง จำนวน 160 ราย เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงรวมบ้านผู้ป่วย 18 ราย ในบ้าน 7 หลัง และผู้สัมผัสเสี่ยงสูงรวมชุมชน 142 ราย ในบ้าน 24 หลัง วันที่ 21 พฤษภาคม 2564 (CCA Day 14) หลังจากกักชุมชน (Community Quarantine) ครบ 14 วัน ได้ตรวจหาเชื้อและพบผู้ติดเชื้อเพิ่มอีก 2 ราย ไม่มีอาการ รวมเป็น 38 ราย (19.39%) ฝ้าระวัง 14 วัน นับจากพบผู้ป่วยรายสุดท้าย จนถึงวันที่ 4 มิถุนายน 2564 ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแต่ละวัน ของชุมชนสุพรรณ อุทิศ จำนวน 38 ราย



พบว่า จากการตรวจสอบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์ของชุมชนนี้เป็นสายพันธุ์อังกฤษ (B.1.1.7) ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อจำแนกตามบ้านและจำนวนสมาชิก ในชุมชนนี้มีทั้งหมด 31 หลังคาเรือน พบว่าผู้ติดเชื้อทั้ง 38 ราย กระจายอยู่ในบ้าน 7 หลัง ซึ่งมีความสัมพันธ์เครือญาติ และทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้านของผู้ป่วยรายแรกในบ้านแต่ละหลังมีจำนวนผู้ติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 50 - 100 ของจำนวนสมาชิกในแต่ละบ้าน พบสมาชิกทุก

คนในบ้านมีการติดเชื้อ (100%) 3 หลัง จาก 7 หลัง (42.86%) โดยในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดพบการติดเชื้อตั้งแต่ครั้งแรกที่ตรวจ 35 ราย (64.81%) หลังจากการเฝ้าระวัง พบการติดเชื้อหลังจากตรวจซ้ำ 3 ราย (5.56%) เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในบ้านผู้ป่วยเดิม มีอาการ PUI ใช้ครั้นเนื้อครั้นตัว ไอ 1 ราย และวันที่ 21 พฤษภาคม 2564 (CCA day 14) พบการติดเชื้อ 2 ราย ไม่มีอาการ

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ติดเชื้อจำแนกตามบ้านและจำนวนสมาชิก N=196

สถานที่	ทั้งหมด(ราย)	พบเชื้อครั้งที่ 1 (ราย)	พบเชื้อครั้งที่ 2 ใน ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (ราย)	รวมผู้ติดเชื้อ (ราย)
บ้านผู้ป่วย	54	35 (64.81%)	3 (5.56%)	38 (70.37%)
บ้านที่ 1	22	12 (54.6%)	0	12 (54.6%)
บ้านที่ 2	10	9 (90%)	1 (PUI) (10%)	10 (100%)
บ้านที่ 3	4	4 (100%)	0	4 (100%)
บ้านที่ 4	6	3 (50%)	0	3 (50%)
บ้านที่ 5	5	3 (60%)	1 (20%)	4 (80%)
บ้านที่ 6	3	3 (100%)	0	3 (100%)
บ้านที่ 7	4	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)
บ้านอื่นๆ 8 - 31	142	0	0	0
รวม	196	35 (17.86%)	3 (1.53%)	38 (19.39%)

สำหรับการประเมินประสิทธิภาพของชุมชนร่วมใจป้องกันภัยโควิด-19 (Clean Community Anti Covid-19; CCA model) โดยตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วย real-time reversetranscription-polymerase chain reaction (real-time RT-PCR) ร่วมกับการทดสอบหาแอนติบอดีพบว่าประชากรในชุมชนทั้งหมด 196 ราย หลังจากปฏิบัติตามมาตรการ CCA โมเดลตั้งแต่วันที่แรกที่พบผู้ป่วยพบการติดเชื้อใน 14 วันแรก จำนวน 36 ราย (18.37%) และในวันที่ 21 พฤษภาคม 2564 (CCA day 14) มีการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดย real-time RT-PCR ในผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 160 ราย และทดสอบหาแอนติบอดี 155 ราย พบผู้ติดเชื้อเพิ่ม (real-time RT-PCR) 2 ราย อายุ 53 ปี บ้านที่ 5 และอายุ 62 ปี บ้านที่ 7 ไม่มีอาการ ซึ่งเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในบ้านผู้ป่วยเดิม และพบว่ามีภูมิคุ้มกันทั้ง Total Ig และ IgM ต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ขึ้นแล้ว แสดงว่ากำลังติดเชื้อโดยมีภูมิคุ้มกันตอบสนองต่อเชื้อแล้ว และมีผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในบ้านผู้ป่วยเดิม 2 ราย ในบ้านที่ 1 อายุ 5 ปี และอายุ 40 ปี (จากการสอบสวนโรครายนี้มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หลังสงกรานต์ ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และออกนอกชุมชน

ไปต่างจังหวัดตั้งแต่ปลายเมษายน) ทั้ง 2 ราย ไม่พบการติดเชื้อจากการตรวจ real-time RT-PCR แต่พบว่ามีภูมิคุ้มกันทั้ง Total Ig และ IgM ขึ้นแล้ว แสดงถึงว่าเคยติดเชื้อมาก่อน สำหรับการประเมินมาตรการ CCA day 14 ในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงบ้านผู้ป่วย 18 ราย ไม่พบภูมิคุ้มกันขึ้น 14 ราย (77.78%) และกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในชุมชน 137 ราย ไม่พบภูมิคุ้มกันขึ้น 135 ราย (98.54%) มี 2 ราย ที่พบภูมิคุ้มกัน Total Ig ขึ้น โดย 1 ราย น่าจะหายจากโรคแล้ว หรือเคยได้สัมผัสเชื้อมาก่อนหน้านั้นแล้ว อีก 1 ราย เป็นพนักงานช่วยงานรายวันด้านสาธารณสุข ได้รับวัคซีน Sinovac ครบ 2 เข็ม เข็มที่ 1 วันที่ 16 เมษายน 2564 และเข็มที่ 2 วันที่ 21 มีนาคม 2564 หลังจากพ้นมาตรการ Community quarantine 14 วัน และให้ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในชุมชนยกเว้นบ้านที่พบผู้ป่วยสามารถออกนอกพื้นที่ได้ โดยมีคนที่ออกไปทำงานนอกพื้นที่จำนวน 43 ราย ในวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 (CCA day 21) พบว่าจากการตรวจ real-time RT-PCR 156 ราย ไม่พบผู้ติดเชื้อเพิ่ม และการทดสอบหาแอนติบอดี 152 ราย ไม่พบว่ามีภูมิคุ้มกัน 148 ราย (97.37%) ส่วนคนที่ภูมิคุ้มกันขึ้น 2 รายเป็นรายเดิม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดย real-time RT-PCR และทดสอบหาแอนติบอดี ในผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในบ้านผู้ป่วยและในชุมชน

สถานที่	ทั้งหมด N=196	High risk n=160	Day 14								Day 21							
			real-time RT-PCR				Antibody Total Ig, IgM				real-time RT-PCR				Antibody Total Ig, IgM			
			n=160	พบเชื้อ	n=155	+, -	+, +	-, +	-, -		n=158	พบเชื้อ	n=152	+, -	+, +	-, +	-, -	
บ้านผู้ป่วย	54	18 (33.3%)	18	2	18	0	4	0	14		16	0	16	0	2	0	14	
บ้าน 1	22	10 (45.5%)	10	0	10	0	2 (20%)	0	8 (80%)		10	0	10	0	2 (20%)	0	8 (80%)	
บ้าน 2	10	0 (0%)	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
บ้าน 3	4	0 (0%)	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
บ้าน 4	6	3 (50%)	3	0	3	0	0	0	3 (100%)		3	0	3	0	0	0	3 (100%)	
บ้าน 5	5	2 (40%)	2	1*(50%)	2	0	1*(50%)	0	1 (50%)		1	0	1	0	0	0	1 (100%)	
บ้าน 6	3	0 (0%)	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
บ้าน 7	4	3 (75%)	3	1*(33.3%)	3	0	1*(33.3%)	0	2 (66.6%)		2	0	2	0	0	0	2 (100%)	
บ้านอื่นๆ	142	142 (100%)	142	0	137	2	0	0	135		142	0	140	0	0	0	134	
บ้าน 8	6	6 (100%)	6	0	6	1	0	0	5		6	0	6	0	0	0	5	
บ้าน 9	7	7 (100%)	7	0	7	0	0	0	7		7	0	7	0	0	0	7	
บ้าน 10	6	6 (100%)	6	0	6	1	0	0	5		6	0	6	1	0	0	5	
บ้าน 11-31	123	123 (100%)	123	0	118	0	0	0	118		123	0	121	0	0	0	117	

ทางศูนย์บริการสาธารณสุขได้มีการติดตามผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน ทั้งหมด 38 ราย (19.39%) อายุน้อยที่สุด 7 เดือน และอายุที่มากที่สุด 83 ปี พบว่ามีอาการ Patient Under Investigations; PUI ได้แก่ ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ 5 ราย (13.16%) ในวันที่มีการตรวจพบเชื้อทุกรายไม่มีอาการรุนแรง สำหรับพื้นที่เขตทวีวัฒนา รจากฝ่ายเทศกิจ สำนักงานเขตทวีวัฒนา ได้นำส่งเข้าโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนาม ภายในวันเดียวกันที่ทราบผล โรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ เบาหวาน ตั้งครรภ์ เคยเป็นวัณโรค และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลมีอาการ 16 ราย (42.10%) มีอาการของระบบทางเดินหายใจอย่างเดียว 15 ราย และผู้ติดเชื้ออีก 1 รายมีอาการท้องเสียร่วมกับอาการของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส 17 ราย (44.74%) มีระยะ

เวลาอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 11.82 วัน ผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลได้รับการตรวจหาเชื้อซ้ำ 37 ราย และได้รับการทดสอบหาแอนติบอดี 36 ราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนมาตรการศูนย์พักพิงในชุมชนแออัด พบว่า 34 ราย (94.44%) มีภูมิคุ้มกันขึ้น โดย 1 ราย พบภูมิคุ้มกันเฉพาะ Total Ig, ผู้ติดเชื้อ 2 ราย อายุ 13 ปี และ 59 ปี ไม่พบภูมิคุ้มกันทั้ง Total Ig และ IgM มีผู้ติดเชื้อจำนวน 2 ราย หลังออกจากโรงพยาบาลยังมีค่า Ct RdRp/N= 22.82/20.84 และ 25.70/26.43 ดังตารางที่ 4 อาจต้องศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการระยะเวลา shedding ของไวรัส แต่ทั้ง 2 ราย อยู่บ้านหลังที่ 5 หลังกลับมาอยู่ในบ้านและแยกกักตัว ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร่วมบ้าน 1 รายไม่พบการติดเชื้อเพิ่ม

ตารางที่ 4 การตรวจรักษา และระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย N=38 หลังกลับจากโรงพยาบาล real-time RT-PCR n=37 Antibody n=36

No	อายุ (ปี)	เพศ	โรคประจำ ตัว	บ้านที่	ขณะวินิจฉัย			รักษาตัวในโรงพยาบาล			ออกจากโรงพยาบาลกลับมาชุมชน				ระยะ เวลา
					PUI	NPS real-time RT-PCR n=38		Respiratory	ARV	Duration	NPS real-time RT-PCR n=37		Antibody n=36		
						Y	ORF/ RdRp				Y	N	Y	N	Y
1	53	ญ		1	Y	31.75	29.73	N	N		35.76	34.65	Positive	Positive	16
2	18	ญ		1	Y	35.34	34.3	N	N		34.81	34.22	Positive	Positive	14
3	22	ช		1	N	31.49	28.38	N	N		Not detected		Positive	Positive	14
4	2	ช		1	N	37.63	36.06	N	N		39.11	36.21	Positive	Positive	14
5	58	ญ		1	Y	37.02	35.04	N	N		22.82	20.84	Positive	Positive	13
6	14	ช		1	N	33.31	35.17	N	N		37.26	34.2	Positive	Positive	13
7	83	ญ		1	N	35.17	34.81	Y	Y		Undetermined	35.31	Positive	Positive	20
8	62	ช	Old TB	1	N	29.42	26.84	Y	Y		34.49	31.77	Positive	Positive	20
9	21	ญ		1	N	21.37	20.6	N	N		Not detected		Positive	Positive	20
10	33	ญ		1	N	18.19	17.16	Y	Y		35.31	34.13	Positive	Positive	25
11	31	ญ		1	N	33.25	32.73	N	N		35.78	35.56	Positive	Positive	20
12	12	ช		1	N	30.77	28.57	N	N		39.0.	Undeter- mined	Positive	Positive	20
13	35	ช		2	N	23.25	22.23	Y	Y		31.49	30.38	Positive	Positive	16

ตารางที่ 4 การตรวจรักษา และระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย N=38 หลังกลับจากโรงพยาบาล real-time RT-PCR n=37 Antibody n=36 (ต่อ)

No	อายุ (ปี)	เพศ	โรคประจำตัว	บ้านที่	ขณะวินิจฉัย			รักษาตัวในโรงพยาบาล			ออกจากโรงพยาบาลกลับมาชุมชน				ระยะเวลา
					PUI	NPS real-time RT-PCR n=38		Respiratory	ARV	Duration	NPS real-time RT-PCR n=37		Antibody n=36		
						ORF/ RdRp	อื่น N				อื่น ORF/ RdRp	อื่น N	Total Ig	IgM	
14	27	ญ	Pregnancy	2	N	27.18	24.44	N	N	9	35.98	35.55	Positive	Positive	16
15	22	ช		2	N	27.87	25.84	N	N	10	40.12	37.22	Positive	Positive	16
16	30	ญ		2	N	22.34	21.37	N	N	11	39.42	36.64	Positive	Positive	16
17	24	ช		2	N	15.83	14.53	Y	Y	14	33.02	30.93	Positive	Positive	16
18	69	ญ	Diabetes	2	N	34.65	34.05	N	Y	11	32.13	30.1	Positive	Positive	15
19	47	ช		2	N	18.83	15.7	N	N	11	36.78	34.11	Positive	Positive	16
20	30	ญ		2	N	30.19	31.24	N	N	11	38.86	37.33	Positive	Positive	15
21	32	ญ		2	N	14.99	13.27	Y	Y	10	34.13	31.58	Positive	Positive	16
22	49	ญ		2	N	17.39	17.46	N	N	13	36.01	36.29	Positive	Negative	17
23	21	ญ		3	N	23.34	21.68	Y	Y	12	40.88	37.99	Positive	Positive	18
24	41	ญ		3	N	18.02	15.05	Y	Y	11	34.79	31.27	Positive	Positive	18
25	48	ญ		3	N	25.67	23.7	Y	Y	15	25.7	26.43	Positive	Positive	18
26	2 ปี 5 เดือน	ช		3	N	21.22	17.5	N	N	11	Not detected		Positive	Positive	18
27	39	ช		4	N	22.06	21.99	Y	Y	12	Undetermined	35.53	Positive	Positive	18

ตารางที่ 4 การตรวจรักษา และระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย N=38 หลังกลับจากโรงพยาบาล real-time RT-PCR n=37 Antibody n=36 (ต่อ)

No	อายุ (ปี)	เพศ	โรคประจำตัว	บ้านที่	ขณะวินิจฉัย			รักษาตัวในโรงพยาบาล			ออกจากโรงพยาบาลกลับมาชุมชน				ระยะเวลา
					PUI	NPS real-time RT-PCR n=38		Respiratory		Duration ARV	NPS real-time RT-PCR n=37		Antibody n=36		
						Yield ORF/ RdRp	Yield N	symptom	Yield ORF/ RdRp		Yield N	Total Ig	IgM		
28	7	ญ		4	N	33.07	28.93	N	N	9	36.73	33.95	Positive	Positive	16
29	3	ญ		4	N	22.4	20.27	N	N	9	33.89	32.13	Positive	Positive	16
30	59	ญ		5	N	40.09	39.55	Y	Y	9	Not detected		Negative	Negative	23
31	80	ช	COPD	5	N	19.57	17.17	Y	Y	22	Not done		Not done		-
32	13	ญ		5	N	36.44	34.36	N	N	8	Not detected		Negative	Negative	16
33	53	ญ		5	N	20.18	19.69	N	N	12	34.5	33.25	Positive	Positive	15
34	52	ญ		6	Y	20.63	20.24	Y	Y	19	Undetermined	37.47	Positive	Positive	15
35	43	ช		6	Y	20.16	21.22	Y	Y	11	37.45	34.69	Positive	Positive	17
36	15	ช		6	N	17.44	16.75	Y	Y	11	31.95	29.92	Positive	Positive	17
37	7 ด	ช		7	N	32	30.73	Y	Y	9	31.85	33.13	Not done		-
38	62	ญ		7	N	38.18	35.74	N	N	12	39.13	39.46	Positive	Positive	15

สรุปผล

ในชุมชนแออัดแห่งนี้ ประชากร 196 คน พบผู้ติดเชื้อทั้งหมด 38 คน คิดเป็นร้อยละ 19.39 ของประชากรทั้งหมด ผู้ติดเชื้อมีความสัมพันธ์เครือญาติ และทำกิจกรรมร่วมกัน การที่ชุมชนร่วมกับภาครัฐใช้โมเดลการกักกันชุมชน Clean Community Anti Covid 2019; CCA model สามารถเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ การที่ทั้งชุมชนรับทราบข้อมูลที่สำคัญ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมโรค เช่น ทราบว่าผู้ติดเชื้อคือใคร สถานที่เสี่ยงคือที่ไหน กิจกรรมเสี่ยงคืออะไร ทำให้ทุกคนสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเอง และเข้ารับการตรวจ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร่วมบ้านผู้ป่วย การออกหนังสือกักตัว 14 วันร่วมกับการทำความเข้าใจ เยียวยาแก้ปัญหา ทำให้ทุกคนร่วมมือและทราบแผนระยะเวลาที่ชัดเจนในการควบคุมโรค การสร้างแกนนำชุมชนและแกนนำครอบครัวสำคัญที่ช่วยสื่อสารประสานงานกับเจ้าหน้าที่ได้เป็นอย่างดี การที่ทุกคนตระหนักถึงการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของคนในครอบครัว สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ และการปิดชุมชนเพื่อไม่ให้มีผู้ติดเชื้อรายอื่นมาแพร่เชื้อ ทำให้สามารถควบคุมการระบาดได้อย่างรวดเร็ว และหากควบคุมการระบาดได้ดีจะพบว่าเมื่อสิ้นสุดระยะการเฝ้าระวังพบว่า ประชากร 196 ราย มีผู้ติดเชื้อ 19.39 % มีผู้ที่มีภูมิคุ้มกัน 3 ราย (1.53%) ที่น่าจะติดเชื้อมาก่อน (ไม่รวม 1 ราย ที่ได้จากการฉีดวัคซีน) อีก 149 ราย (76.02%) ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน ซึ่งหลังจากนี้ควรได้รับวัคซีนโดยเร็ว ระหว่างรอการฉีดวัคซีนควรเน้น

มาตรการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่องให้ดีที่สุด ในระหว่างที่กักตัว 14 วัน พบผู้กักตัวที่มีความกังวลปัญหานายจ้าง ลูกจ้าง 43 ราย สามารถแก้ปัญหาในระดับนักสังคมสงเคราะห์ 39 ราย (90.70%) เช่น พุดคุย ส่งหนังสือขอความร่วมมือ หนังสือคำสั่งกักตัว เป็นต้น สามารถแก้ปัญหาในระดับนักวิชาการสาธารณสุข 2 ราย (4.65%) และจำนวน 3 ราย (6.98%) สามารถแก้ปัญหาในระดับหัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล ที่มีการทำความเข้าใจกับนายจ้างเกี่ยวกับพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

อภิปรายผล

สิ่งสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือ มาตรการป้องกันตนเอง การดูแลสุขภาพอนามัย ปัจจัยความสำเร็จของการควบคุมการระบาดในชุมชนคือคนในชุมชนร่วมรับผิดชอบทั้งตนเองและส่วนรวมร่วมกับภาครัฐแก้ไขปัญหาในพื้นที่ จัดทำมาตรการชุมชน ดูแลคุณภาพชีวิตคนในชุมชน หัวใจสำคัญของการดำเนินงานสู้ภัยโควิด 1911 คือ ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการเชิงระบบในการดูแลกันเองด้านสุขภาพและด้านเยียวยา, ภาครัฐ เอกชน หน่วยงานภาคีต่างๆ ให้การสนับสนุนด้านนโยบาย ทรัพยากร ความรู้ และทักษะที่จำเป็น และการเร่งรัดปฏิบัติการในพื้นที่เปราะบางอย่างเร่งด่วน จะเป็นการตัดวงจรการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องโมเดลควบคุมโรคของจังหวัดอุดรธานี¹² การที่ชุมชนรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค¹³ และติดตามสถานการณ์ที่พบจำนวนผู้ติดเชื้อ มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ¹⁴ ร่วมกับ

อาสาสมัครสาธารณสุข หรือแกนนำชุมชน หรือแกนนำครอบครัว สามารถสร้างความตระหนักต่อมาตรการสุขอนามัยเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ได้ 15

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการระบาดของเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์อังกฤษ B.1.1.7 แพร่ระบาดได้รวดเร็วและรุนแรงต่อชีวิต

สำหรับประชาชน

1. แจ้งว่าผู้ติดเชื้อคือใคร ไม่ปกปิดข้อมูล และแยกตนเองออกจากสมาชิกในบ้าน ทุกคนในพื้นที่นั้นถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะรู้ว่าคุณนั้นเป็นใคร

2. ประเมินตนเองว่าเป็นผู้เสี่ยงสูงหรือไม่ หากเสี่ยงต้องเข้าสู่การตรวจหาเชื้อโควิด-19 โดยเร็วที่สุด จากการสอบสวนโรคพบว่าอุบัติการณ์ที่สมาชิกในบ้านมีโอกาสติดเชื้อครบทุกคนเพิ่มขึ้น

3. ทำความเข้าใจว่าการตรวจไม่พบเชื้อในวันนั้นหมายถึงว่าวันนั้นคุณอาจไม่พบเชื้อแต่ไม่ใช่ว่าจะไม่ติดเชื้อ ทำความเข้าใจกับโรค และการดูแลรักษาสุขอนามัยของตนเองและครอบครัว ทุกคนต้องปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัดแม้อยู่ในบ้าน กักตัวเฝ้าระวัง 14 วัน

4. ทุกคนสามารถดูแล ครอบครัว หรือคนที่เรารัก โดยเป็นแกนนำครอบครัว มีหน้าที่ประสานและแจ้งเจ้าหน้าที่ในการติดตามอาการ ผลการตรวจ และการปฏิบัติตามมาตรการของคนในพื้นที่

5. ตระหนักถึงสถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ของพื้นที่ตนเอง ทำให้มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และควบคุมการระบาดได้โดยผู้เสี่ยงสูงในบ้านผู้ป่วยกักกันตนเอง ผู้เสี่ยงสูงในชุมชนก็

ต้องหลีกเลี่ยงการพบปะ สังสรรค์ และอยู่บ้านของตนเองเช่นกัน

6. เป็นผู้เฝ้าระวังสังเกตความผิดปกติในการเข้า ออกพื้นที่ เพราะการแพร่ระบาดในชุมชนเกิดจากคนในชุมชนติดจากนอกชุมชน และแพร่เชื้อเข้าในชุมชน การระบาดเป็นวงกว้างเกิดจากการแพร่เชื้อในชุมชนนอกนอกชุมชนสาเหตุจากการที่ผู้มีความเสี่ยงไม่กักตัว แม้ว่าจะปิดทางเข้าออกแต่สภาพของพื้นที่ไม่สามารถทำกำแพงกัน เนื่องจากมีแปลงผัก หรือแม้ว่าจะมีกำแพงกันคนก็สามารถลักลอบเข้า ออกได้ ดังนั้นทุกคนในชุมชนต้องสามัคคีช่วยกันดูแล และช่วยกันเตือน และแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ

สำหรับหน่วยงานภาครัฐ

1. พัฒนาการเข้าถึงและเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นในการสอบสวนโรค ตั้งแต่จุดแรกที่ทราบว่ามีผู้ติดเชื้อโควิด-19 คือ ส่วนของห้องปฏิบัติการเนื่องจากปัญหาที่พบ คือการไม่ได้รับรายงานสอบสวนโรค ส่งผลทำให้ไม่สามารถระบุยืนยันผู้ป่วยได้ สถานพยาบาลบางแห่งปฏิเสธการตรวจผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

2. ประชาสัมพันธ์สรรหาอาสาสมัครสาธารณสุข หาแกนนำด้านต่างๆและพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นทีมควบคุมการระบาดโดยมีวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญร่วมถ่ายทอดประสบการณ์ ได้แก่ แกนนำจิตอาสา Call Center, ทีมสอบสวนโรค, ดูแลศูนย์พักคอย, โรงพยาบาลสนาม, ศูนย์พักฟื้น, จัดทำข้อมูลงานเอกสาร การพิมพ์รายงาน, สังคมสงเคราะห์ และล่ามสำหรับคนต่างด้าว

3. เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ออกคำสั่งกักตัว 14 วัน เพื่อไม่ให้ผู้มีความเสี่ยงแพร่กระจายเชื้อ

4. การจัดทำทะเบียนในการควบคุมการระบาดโดยเฉพาะชุมชนแออัด โรงงาน แคมป์ก่อสร้าง ตลาด

5. กิจกรรมที่ทำให้เกิดการระบาด ได้แก่ กิจกรรมที่เปิดเผยได้ การดื่มสุราจัดงานสังสรรค์ การเดินทางไปสถานที่ที่มีการระบาด เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า แหล่งท่องเที่ยวต่าง ๆ กิจกรรมที่ไม่สามารถเปิดเผยได้ เช่น การมั่วสุม บ่อนการพนัน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน ดูแลกำกับเพื่อควบคุมระบาด รวมถึง บุคคลที่ยากต่อการจัดทำทะเบียน ได้แก่ แรงงานผิดกฎหมาย, ผู้สวมสิทธิบัตรประชาชน, ผู้ที่ไม่เปิดเผยข้อมูล ผู้ที่อาจกระทำผิดกฎหมาย

6. การส่งสิ่งส่งตรวจของคนไทยและคนต่างด้าว ควรสะดวกรวดเร็ว และสถานที่เดียวกัน

7. ควรจัดหาสถานที่สำหรับแยกผู้ติดเชื้อออกจากครอบครัว โดยเฉพาะชุมชนแออัด หรือสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เป็นมาตรการที่จำเป็น และต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพราะเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อผู้สูงอายุและเด็ก

8. การช่วยเหลือเยียวยาผู้ถูกกักตัว และครอบครัว เพื่อเป็นการแก้ปัญหาความเดือดร้อนทางการเงินให้กับผู้ติดเชื้อที่เป็นลูกจ้างรายวัน แรงงานนอกระบบ และคนฐานราก รัฐควรจ่ายเงินทดแทนขั้นต่ำอย่างน้อยสัปดาห์ตามจำนวนวันที่กักตัวหรือแยกรักษาตัว รวมทั้งการมีมาตรการช่วยให้บุคคลและสมาชิกของครอบครัวเหล่านั้นมีงานทำ มาตรการเร่งด่วนนี้จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้คนฐานรากที่เสี่ยงติดเชื้อ เต็มใจเข้ามารับการตรวจและกักตัวทันที เราคาดว่าหากสามารถดำเนินการได้ เราจะสามารถลดการแพร่ระบาดให้ลงมาสู่ระดับที่ควบคุมได้ เช่นมีการติดเชื้อรายใหม่ไม่เกินสามร้อยรายต่อวันใน กทม. และปริมณฑล ในเวลาประมาณหนึ่งเดือนข้างหน้า

9. การจัดหาวัคซีนโควิด-19 ในชุมชนที่เรียนรู้และเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวังโรค เช่น ชุมชนแออัดแห่งนี้

10. ดูแลสถานที่ที่อาจจะเป็นแหล่งโรค เช่น ตลาดสด ห้างสรรพสินค้า โรงงาน แคมป์ก่อสร้าง จัดระบบสุขาภิบาลให้มีการระบายอากาศที่ ลดความแออัด และการสุ่มตรวจหาเชื้อเป็นระยะๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายพรเลิศ เพ็ญพาส ผู้อำนวยการเขตทวีวัฒนา ประธานศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 (ศบค.) เขตทวีวัฒนา, ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา, กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย, โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, นาย ประเมศวร์ มินศิริ ผู้บริหาร Kapook.com ที่พัฒนา application Thai Care, สำนักการวิจัยแห่งชาติที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการตรวจหาแอนติบอดีโดยผ่านทุนวิจัยของศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.พิไลพันธ์ พุฒวนะ ศูนย์วิจัยพัฒนานวัตกรรม คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสทุน NRCT 11/2563, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, นายดวง พุ่มมาลี อาสาสมัครสาธารณสุข, คุณวรรณศิริ แจ่มจำรัส, คุณพัฒน์ดิญา สังข์จิตร แกนนำชุมชน ที่ร่วมแรง ร่วมใจ ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการเฝ้าระวังควบคุมโรคต่อไป

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สุธี สฤทธิศิริ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, พิไลพันธ์ พุฒวนะ, สุรัคเมธ มหาศิริมงคล, ปรีดา แต่อารักษ์, ณัฐฐิญา โสพิศพรมงคล และคณะ. การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยโมเดลการกักกันชุมชน Clean Community Anti Covid 2019; CCA กรณีศึกษา ชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(1): หน้า 152-174.

Suggested citation for this article

Saritsiri S, Iamsirithaworn S, Puthavathana P, Mahasirimongkol S, Taearak P, Sopisornmongkol N, et al. Coronavirus Disease Control 2019 with Community Quarantine Model Clean Community Anti Covid 2019; CCA Case Study of a Slum Community in Thaweewatthana, Bangkok. Institute for Urban Disease Control and Journal 2021; 6(1): page 152-174.

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค. (2005). **พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 (พิมพ์ครั้งที่2).** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข **เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3)** พ.ศ. 2563 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข **เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ (ฉบับที่ 4)** พ.ศ. 2563 ลงวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563
4. สถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 10 เมษายน 2564. **ศูนย์ข้อมูล COVID-19 กรมประชาสัมพันธ์** https://web.facebook.com/informationcovid19/?_rdc=1&_rdr
5. Webb, L. M., Matzinger, S., Grano, C., Kawasaki, B., Stringer, G., Bankers, L., & Herlihy, R. (2021). **Identification of and surveillance for the SARS-CoV-2 variants B. 1.427 and B. 1.429—Colorado, January–March 2021.** Morbidity and Mortality Weekly Report, 70(19), 717.
6. Iacobucci, G. (2021). **Covid-19: New UK variant may be linked to increased death rate, early data indicate.** bmj, 372(230), n230.
7. สถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2564. **ศูนย์ข้อมูล COVID-19 กรมประชาสัมพันธ์** https://web.facebook.com/informationcovid19/?_rdc=1&_rdr
8. Chantawibul A., Roma W., & Chamnankong K. (2020). **การพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง และตอบโต้ความเสี่ยงฉุกเฉินเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019.** Journal of Health Science-วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5), 897-909.
9. Manmana S., Iamsirithaworn S., Uttayamakul S. **Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, 14(2), 125-133.**
10. Wang P. (2020). **Combination of serological total antibody and RT-PCR test for detection of SARS-COV-2 infections.** Journal of virological methods, 283, 113919.
11. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช), สำนักวิชาการและนวัตกรรม(สวณ.). (2021). **รวมพลัง พลเมืองตื่นรู้ช่วยชาติสู้ภัยโควิด19: แนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคโควิด19 ในชุมชน.**
12. Ketdao R., Thientrongdee A., Thoin P. (2021). **การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกัน และ ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี-Udon Model COVID-19.** Journal of Health Science-วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(1), 53-61.

13. Prasetyo Y. T., Castillo A. M., Salonga L. J., Sia J. A., Seneta J. A. (2020). **Factors affecting perceived effectiveness of COVID-19 prevention measures among Filipinos during enhanced community quarantine in Luzon, Philippines: Integrating Protection Motivation Theory and extended Theory of Planned Behavior.** International journal of infectious diseases, 99, 312-323.
14. Nawsuwan, K., Singweratham, N., Waichompu, N., & Chayakul, K. (2020). **ความสำเร็จในการดำเนิน งานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในประเทศไทย.** Princess of Naradhiwas University Journal, 12(3), 195-212.
15. เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์. (2021). **บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการ ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ.** วารสารรัฐประศาสนศาสตรมหาวิทยาลัราชภัฏสวนสุนันทา, 4(1), 44-58.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษาต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 9

Development of a health literacy building model for liver fluke prevention of secondary educational service area, Regional Health9th

เบญจมาศ อุณรัตน์, พรรณรัตน์ เป็นสุข
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Benjamas Unarat, Pannarat Pensuk
Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Province

Received 2021 Jul 23, Revised 2021 Aug 2, Accepted 2021 Aug 3

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษาต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 9 นำไปทดลองใช้และประเมินผลการนำไปใช้ในสถานศึกษาต้นแบบในพื้นที่ศึกษา คัดเลือกโรงเรียนแบบเจาะจง เป็นโรงเรียนที่มีความพร้อมในด้านบุคลากร และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยมีขั้นตอนการทำวิจัยซึ่งประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR คือ ขั้นตอนวางแผนการดำเนินการ (Planning) ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สังเกต สัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษา ควรมีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) การพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน (2) การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบคณะทำงาน (3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ (4) การคัดเลือกพื้นที่นำร่อง (5) การติดตามประเมินผล โดยทำการทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเวลา 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ จำนวน 40 คน ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

การขยายโครงการสร้างเสริมความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษา ควรขยายผลในกลุ่มของผู้ปกครอง ชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน เพราะการขับเคลื่อนงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในสังคม ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครู นักเรียน ชุมชน เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคพยาธิใบไม้ตับ สถานศึกษา

Abstract

This operational study aimed to develop a health literacy building model for liver fluke prevention of secondary educational service area, Regional Health 9th. PAOR model was applied in 4 phases of the study: Planning, Action, Observation and Reflection. Data was collected through focus group discussions, observations and interviews. Content analysis was used to analyse qualitative data whereas descriptive and Inferential statistics were used to analyse quantitative one. Paired sample t-test was used to compare means. It was found that a health literacy building model for liver fluke prevention in educational institution should consist of (1) human resource preparation through capacity building (2) integrated operation through working group (3) capacity building of process facilitators (4) selection of study area (5) Evaluation: After using a health literacy building programme in 40 participants for 2 months, it was shown that the mean score of health literacy and behaviour on liver fluke prevention increased significantly ($p\text{-value} < 0.05$)

A health literacy building programme was suggested to scale up among parent group and community for sustainable outcome as it is important to involve all social networks including school authorities, teachers, students and community in facilitating the operation of health literacy school.

Keyword: Model development, Health literacy, Liver fluke, Educational institution.

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสำคัญพบว่ามีปี พ.ศ. 2539, ปี พ.ศ.2552 และปี พ.ศ. 2557 พบอัตราการความชุกทั่วประเทศเฉลี่ยร้อยละ 11.8, ร้อยละ 8.7 และร้อยละ 5.1 ตามลำดับ จากประชาชนประมาณ 20 ล้านคนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบกลุ่มเสี่ยง 6 ล้านคน ส่วนใหญ่อายุ 40-50 ปี เสียชีวิตปีละมากกว่า 1 หมื่นคน⁽¹⁾ จากสถานการณ์การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ เขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) ปี พ.ศ. 2559 - 2564 พบอัตราการความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของเขต เฉลี่ยร้อยละ 16.3 7.71 4.41 3.0 3.6 และ 2.74 ตามลำดับ จากข้อมูลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระของประชากรกลุ่มเสี่ยง ในปีพ.ศ. 2561 พบอัตราการความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 3.97⁽²⁾ ประกอบกับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 มีลำน้ำมูล ลำน้ำชี ลำน้ำลำตะคลอง ลำน้ำลำปลายมาศ ซึ่งเป็นแหล่งที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูง

ปัจจัยและสาเหตุหลักของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำ คือ พฤติกรรมการบริโภคปลาสดดิบ ลาบหรือก้อย ปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ จากการศึกษาของอังษณา ยศปัญญา⁽³⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิใบไม้ตับซ้ำ คือ การบริโภคปลาสดดิบ และการกินปลาร้าดิบ และประชาชนยังมีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 52.60 และ 93.78 ตามลำดับ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เกิดโรค และถือเป็นปัญหาอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน เกื้อหนุนทำให้ประชาชนติดโรคพยาธิใบไม้ตับ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเริ่มต้น ปี พ.ศ. (2559-2561) ขับเคลื่อนผ่านโครงการรณรงค์การกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในปี พ.ศ. 2568 ตั้งเป้าหมายอัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2575 อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับลดลงน้อยกว่าร้อยละ 1 และในปี พ.ศ. 2568 ปลอดภัยน้อยกว่าร้อยละ 1 โดยแผนการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ. 2563 ประกอบด้วยมาตรการหลายด้าน ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อม การควบคุมพยาธิใบไม้ตับ การวินิจฉัยรักษามะเร็งท่อน้ำดี การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการบริหารจัดการสนับสนุน เช่น จัดทำแผนยุทธศาสตร์ / สื่อสารความเสี่ยง /Isan-cohort⁽¹⁾ ซึ่งมาตรการด้านการสื่อสารความเสี่ยง เน้นในเรื่องการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็ก เยาวชน และประชาชน และรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ผ่านทุกช่องทางการสื่อสารตามบริบทของพื้นที่

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะทางด้านสุขภาพที่สำคัญ เป็นความสามารถของบุคคลในการสืบค้น แสวงหาข้อมูล คัดเลือก และทำความเข้าใจกับข้อมูลทางด้านสุขภาพ นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ตลอดจนสามารถส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพให้กับผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง สำหรับการประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มเด็กวัยเรียนที่ผ่านมาของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁴⁾พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติส่วนใหญ่อยู่

ในระดับพอใช้ ร้อยละ 63.2 รองลงมาคือระดับดีมาก ร้อยละ 31.8 หากเด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เหมาะสมย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมได้ เพราะเด็กวัยเรียนเป็นวัยกำลังเจริญเติบโตและอยากเรียนรู้ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนี้ ต้องอาศัยปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ให้เด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเริ่มจากการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล เน้นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในสถานศึกษา ด้วยวิธีการและกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งการสอน การจัดปัจจัยแวดล้อม และการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ ซึ่งเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถทักษะด้านการคิดด้วยปัญญา และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมได้

การศึกษาที่ผ่านมาองค์ประกอบความรู้ทางสุขภาพถูกนำไปประยุกต์ในการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนในหลากหลายประเด็น เช่น สุขภาพทางเพศ และการดูแลสุขภาพทั่วไปของตนเอง มีการศึกษาของชลดา อาณี⁽⁵⁾ พบว่าการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการ สื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมป้องกันการใช้เพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น รวมถึงกรมอนามัยได้มีแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นให้โรงเรียนมีการจัดระบบการบริหารให้ทุกคนในโรงเรียนสื่อสารดูแลสุขภาพของตนเองและเด็กนักเรียน ทำให้นักเรียนรู้จักค้นหาข้อมูลเพื่อนำไปใช้ ประกอบการตัดสินใจ นำไปสู่การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสื่อสารบอกต่อผู้อื่นได้⁽⁶⁾ เมื่อเด็กและเยาวชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากพอ ย่อมทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง และเป็นแกนนำในการบอกต่อเรื่องสุขภาพได้

จากสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังเป็นปัญหาของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 สาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสามารถส่งเสริมการป้องกันด้วยการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาไม่มีรายงานการศึกษาถึงการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพ ในการพัฒนาเป็นรูปแบบโปรแกรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนานำร่องรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 9 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงาน การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในสถานศึกษา โดยประยุกต์ใช้กรอบการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) กับงานควบคุมโรค เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และยังเป็นการเสริมสร้างและขยายองค์ความรู้ ในการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคต่างๆของนักเรียนต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 9

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียน เขตสุขภาพที่ 9 (ระยะเวลาดำเนินการเดือน ตุลาคม 2562 - มกราคม พ.ศ. 2563)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 32,012 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970)⁽⁷⁾ จำนวน 788 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถาม สำหรับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.734 ถึง 0.854 รายละเอียด ดังนี้

ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ หากตอบ ประจำ ให้ 5 คะแนน บ่อย ให้ 4 คะแนน บางครั้ง ให้ 3 คะแนน นานๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคย ให้ 1 คะแนน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.768

ด้านที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ หากตอบ ดีมาก ให้

5 คะแนน ดี ให้ 4 คะแนน ปากกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย ให้ 2 คะแนน ไม่เข้าใจเลย ให้ 1 คะแนน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.821

ด้านที่ 3 การตอบคำถามแลกเปลี่ยนความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ หากตอบ ประจำ ให้ 5 คะแนน บ่อย ให้ 4 คะแนน บางครั้ง ให้ 3 คะแนน นานๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคย ให้ 1 คะแนน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.819

ด้านที่ 4 การตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ หากตอบ จริงที่สุด ให้ 5 คะแนน ค่อนข้างจริง ให้ 4 คะแนน จริงปานกลาง ให้ 3 คะแนน จริงเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ไม่จริงเลย ให้ 1 คะแนน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.748 พฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ หากตอบ กินประจำ ให้ 1 คะแนน กินบ่อย ให้ 2 คะแนน กินบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ไม่เคยกิน ให้ 4 คะแนน ไม่รู้จักอาหาร ให้ 1 คะแนน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.768

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ด้านที่ 1-4 และพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ ดังนี้

กลุ่มคะแนนค่าเฉลี่ยบวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หมายถึง ระดับดี

กลุ่มคะแนนระหว่างค่าเฉลี่ยบวกและลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หมายถึง ระดับพอใช้

กลุ่มคะแนนเฉลี่ยลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หมายถึง ระดับไม่ดีการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 9 (ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2562 - กรกฎาคม พ.ศ. 2564)

โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR มีขั้นตอนการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผนการดำเนินการ (Planning) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาสรุป วิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงาน เริ่มจาก (1) จัดตั้งคณะทำงาน (2) พัฒนาศักยภาพทีมวิจัย (3) ออกแบบและวางแผนการจัดกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับให้กับบุคลากรทางการศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการออกแบบและวางแผนการจัดกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับให้กับบุคลากรทางการศึกษา มาดำเนินการตามแผนกิจกรรม ประกอบด้วย

(1) ประชุมคืนข้อมูลผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

(2) ประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับ

(3) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษาพื้นที่เป้าหมาย 17 โรงเรียน รายละเอียดดังนี้

รูปแบบที่ใช้ในการทำกิจกรรมเป็นการบรรยาย และแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 กิจกรรมฝึกทักษะเข้าถึงข้อมูล โดยการค้นหาข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับจากการเข้าถึงช่องทางสื่อต่างๆ แล้วฝึกกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลที่ได้ตามรายการแบบ checklist ขั้นที่ 2 กิจกรรมฝึกทักษะเข้าใจ โดยการคัดเลือกประเด็น

สำคัญที่ได้จากการค้นหาในกิจกรรมที่ 1 และหาวิธีจดจำประเด็นสาร เพื่อให้สามารถเล่า หรืออธิบายได้ ขั้นที่ 3 กิจกรรมฝึกทักษะไต่ถาม เป็นการฝึกการตั้งคำถาม โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผนการตั้งคำถาม การตั้งคำถาม การใช้คำถาม และการประเมินคำถาม ตามใบงานที่ได้รับ ขั้นที่ 4 กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยการกำหนดสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจจากข้อมูลที่ค้นหา และฝึกการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน ดังนี้ ระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ กำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา ประเมินทางเลือกในการแก้ปัญหา และแสดงจุดยืนของวิธีการที่เลือกตัดสินใจ ขั้นที่ 5 กิจกรรมฝึกทักษะการนำไปใช้โดยเน้นวิธีการเตือนตนเอง และการจัดการตนเอง⁽⁸⁾

(4) ประชุมคัดเลือกพื้นที่นำร่องเพื่อทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษาต้นแบบ

(5) ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษาต้นแบบ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ ข้อค้นพบที่ได้จากการดำเนินงาน เพื่อนำไปสะท้อนผลในขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 มาจัดเวทีจัดเวทีสรุปผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษาต้นแบบ

กลุ่มเป้าหมาย คือ เครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ผู้แทน รพ.สต. เครือข่ายบุคลากรทางการศึกษา ได้แก่ ครูกลุ่มสาระสุขภาพ ครูอนามัย ศึกษาธิการจังหวัดศึกษานิเทศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึกการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษาต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 9 (ระยะเวลาดำเนินการ กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง และประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสะแกกษัตริย์วิทยา อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 45 คน⁽⁹⁾

กลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คน โดยใช้เกณฑ์นี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ นักเรียนไม่อยู่ร่วมการวิจัยตลอดช่วงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษาต้นแบบ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ K-Shape⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน จำนวน 8 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

เด็กนักเรียน	ก่อนการทดลอง	กิจกรรมการทดลอง 8 สัปดาห์	สิ้นสุดการทดลอง
	O1	X	O2

- สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสืบค้นข้อมูล เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและการป้องกันโรค
 - สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะเสริมสร้างความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และการป้องกันโรค
 - สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการโต้ตอบ ชักถาม ตั้งคำถาม เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและการป้องกันโรค
 - สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและการป้องกันโรค
 - สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการนำไปใช้ บอกต่อ
- หมายเหตุ สัปดาห์ที่ 2,4,6 เป็นการพัฒนากิจกรรมโดยครูทบทวนกิจกรรมที่ได้เรียนรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมควบคุมโรค⁽¹¹⁾ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก และแบบประเมินความพึงพอใจการเข้าร่วมกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับนักเรียนตอบ (Pre-test) และเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สังเกตสัมภาษณ์ ตามประเด็นดังนี้ 1) การรู้จักโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) เมื่อพูดถึงพยาธิใบไม้ตับในประเด็นของสิ่งแวดล้อม 3) ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล 4) การตรวจสอบข้อมูลที่ได้มา 5) สื่อประเภทไหนที่ง่ายต่อการเข้าถึง 6) อาหารที่นิยมรับประทาน

ขั้นทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษาต้นแบบ ที่สร้างขึ้นมา จัดกิจกรรมให้กับนักเรียน โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นหลังการทดลอง หลังจากดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน

สุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษาต้นแบบ ผู้วิจัยให้นักเรียนทำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Post test) และแบบประเมินความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียน เขตสุขภาพที่ 9

พบว่า นักเรียนร้อยละ 66.9 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 16 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.4 และมีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 74.1 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ($r = 0.100$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ

ประเด็น	Mean±SD	จำนวน (ร้อยละ)		
		ระดับดี	ระดับพอใช้	ระดับไม่ดี
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวม	101.94±20.36	119(15.1)	547(69.4)	122(15.5)
พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	32.13±7.25	81(10.3)	584(74.1)	123(15.6)

หมายเหตุ ทดสอบ correlation คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่า $r = 0.100$, $p < 0.05$

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 9 จากการศึกษาพบประเด็นที่สำคัญในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผนการดำเนินการ (Planning)

ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานในขั้นวางแผน ตามหลัก 4 M พบว่า ปัจจัยด้านคน มีคณะกรรมการที่มาจากกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ในองค์กร มีการพัฒนาศักยภาพทีมวิจัยเรื่องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ตลอดจนทักษะมาถ่ายทอดให้บุคลากรในองค์กร เพื่อสร้างวิทยากรกระบวนการครู ก ครู ข ในลำดับต่อไป ปัจจัยด้านเงิน คือ มีงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากกรมควบคุมโรค เพียงพอต่อการดำเนินงาน บรรลุผลสำเร็จตามแผนงานและแผนเงินขององค์กร ปัจจัยด้านวัสดุ / สิ่งของ คือ มีการสนับสนุนสื่อต้นแบบต่างๆ ให้กับโรงเรียนเป้าหมาย ทั้ง 17 โรงเรียน เพื่อใช้เป็นสื่อการสอนที่โรงเรียนประกอบด้วย โปสเตอร์การทำปลาอย่างไรให้ปลอดภัย / สื่อการสอนโรลอัพ (Roll UP) โรคพยาธิใบไม้ จำนวน 6 ชิ้น ต่อ 1 ชุด / แผ่นป้ายไว้นิเทศการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ คือ มีการประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานเพื่อให้ได้รับทราบทิศทางการดำเนินงานการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษา ในปี พ.ศ. 2563-2564 รวมถึงแนวทางการสร้างองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

ผลจากการประชุมคั่นข้อมูลผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ข้อมูลที่สำคัญที่ได้จากการประชุม

คือ นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ ในระดับน้อย อาหารที่นักเรียนรับประทานเป็นประจำ คือ ส้มตำปลาร้าดิบ แจ่วบองปลาร้าดิบ ส่วนใหญ่นักเรียนไม่ได้ประกอบอาหารเอง ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอ ควรเชิญภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ประกอบการร้านค้า ผู้ปกครอง เข้าร่วมในกระบวนการสร้างความรู้และการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน ปัจจุบันใช้เวลามากเกินไป ไม่ควรทำเป็นหลักสูตรการสอนแต่ควรสอดแทรกไปกับกิจกรรมของโรงเรียน เช่น ชั่วโมงว่าง กิจกรรมชมรม เป็นต้น

ผลจากการประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานพัฒนากลไกแนวทางการขับเคลื่อนและการดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ภาคีเครือข่ายรับทราบแผนการดำเนินงาน ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ (1) การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ (2) การประชุมวางแผนการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่นาร่อง (3) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่นาร่อง

ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในบุคลากรทางการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการศึกษา มีค่าคะแนนความรู้เรื่องหลักความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น 3.53 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนความรู้เรื่องหลักการความรู้ด้านสุขภาพ ของบุคลากรทางการศึกษา ระหว่างก่อนการอบรม และหลังการอบรม (n=45)

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

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมได้พัฒนาความรู้ความเข้าใจต่อกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีส่วนร่วมการเรียนรู้ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมลงมือทำ ซึ่งแต่ละเครือข่ายอำเภอได้แผนปฏิบัติการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค เพื่อนำไปต่อยอดการทำงานจริงในพื้นที่ต่อไป

ผลการประชุมคัดเลือกพื้นที่นำร่องในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่า การเลือกพื้นที่ที่ทำการศึกษามีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1. ความพร้อมของเครือข่ายทั้งในด้านสาธารณสุข หน่วยงานการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมไปถึงชุมชน ซึ่งพื้นที่คัดเลือกในการเป็นตัวแทน คือ โรงเรียนสะแกพิทยาคม มีการทำงานประสานกับหน่วยงานในระดับชุมชน คือ รพ.สต. บ้านมะพริก เทศบาลตำบลสะแก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation)

ผลการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 พบว่า การคืนข้อมูลผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบสถานการณ์เบื้องต้น เพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมต่อไป รวมไปถึงการชี้แจงแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2564 ซึ่งเป็นแผนงานโครงการที่ต่อเนื่อง ทำให้ทุกภาคส่วนมองภาพความสำเร็จของโครงการไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนเห็น

กิจกรรมที่จะขับเคลื่อน เพราะหนึ่งในมาตรการขับเคลื่อนงานการสร้างความรู้ในสถานศึกษาเริ่มจากการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของบุคลากรทางการศึกษา ให้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถไปขยายผลการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียน โดยการเลือกพื้นที่นำร่องในการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ควรเลือกจากพื้นที่ที่มีความพร้อมตั้งแต่ผู้บริหารของโรงเรียน บุคลากรทางการศึกษาที่รับผิดชอบงานได้แก่ ครูกลุ่มสาระสุขศึกษาและพลศึกษา หรือครูอนามัยของโรงเรียน ตลอดจนความเข้มแข็งและการทำงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อจะได้พัฒนาทักษะความรู้ตามกิจกรรมที่ได้วางไว้ และเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ประเมินผล โปรแกรมเพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยได้จัดเวทีสรุปผลการดำเนินงาน ได้ข้อสรุปดังนี้

1. การวางแผนการดำเนินงาน ควรทำความเข้าใจนโยบายของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกถ่ายทอดมาจากส่วนกลาง และบูรณาการทำงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข และกระทรวงศึกษา มองวิเคราะห์เป้าหมายของสาธารณสุขคืออะไร และเป้าหมายของกระทรวงศึกษาคืออะไร และดำเนินการภายใต้เป้าหมายที่ชัดเจน

2. การขับเคลื่อนงานต้องอาศัยการทำงานแบบบูรณาการ ซึ่งมีทั้งหน่วยงานระดับเขต หน่วยงานระดับจังหวัด หน่วยงานระดับอำเภอ อาจดำเนินการเป็นรูปแบบคณะกรรมการ (ชุดเล็ก เน้นผู้ปฏิบัติจริง)

3. การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ ควรพัฒนาเป็นวิทยากร ครู วิทยากร ครู ข เพื่อให้บุคลากรทางการศึกษามีส่วนร่วมในการเป็นวิทยากร

4. การขยายผลของโครงการการสร้างความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษา ในกลุ่มของผู้ปกครอง ชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

5. การติดตามประเมินผลเป็นปัจจัยสำคัญ ควรมีการติดตามเป็นระยะ เพื่อไม่ให้รู้สึกว่าเป็นภาระของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ซึ่งการติดตามมีวัตถุประสงค์เพื่อ ทราบความก้าวหน้าของการทำงาน และรับฟังปัญหาตลอดจนอุปสรรคในการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษาต้นแบบเขตสุขภาพที่ 9

ผลการประเมินการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ โดยวัดผลการเปลี่ยนแปลง

ในกลุ่มนักเรียน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.5 อายุเฉลี่ย 16 ปี ส่วนใหญ่มารดาทำอาหารให้รับประทาน ร้อยละ 47.5 พบประวัติญาติสายตรงในครอบครัวป่วยด้วยมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี ร้อยละ 7.5 และมีญาติสายตรงในครอบครัวเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี ร้อยละ 12.5 ผลการตรวจอุจจาระนักเรียนทุกคนไม่พบไข่พยาธิ ส่วนใหญ่ใช้อินเตอร์เน็ตทุกวัน ร้อยละ 100 สืบค้นข้อมูลข่าวสารโรคต่างๆ จากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 80 เมื่อมีปัญหาสุขภาพ นักเรียนจะบอกผู้ปกครองเป็นคนแรก ร้อยละ 92.5

จากการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 3.07 ค่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้น 2.83 คะแนน โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และค่าคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารประเภทปลา ที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เพิ่มขึ้น 1.39 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทปลา ที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ($n=40$)

ประเด็น	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ	72.25	20.66	82.35	6.60	-3.07	.004*
พฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ	22.27	3.97	24.50	3.63	-2.83	.007*
พฤติกรรมมารับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ	24.97	3.74	26.07	3.67	-1.39	.173

* $p\text{-value} < 0.05$; Paired Sample t-test

การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ พบว่านักเรียนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรม ในระดับพอใจมาก ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 0.63$) เมื่อพิจารณารายชื่อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ เรียนสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ ไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ($\bar{X} = 4.45$, $SD = 0.55$) และนักเรียนได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะและประสบการณ์ใหม่ๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 4.45$, $SD = 0.59$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ (N= 40)

ข้อคำถาม	ช่วงคะแนน		Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
	ต่ำสุด	สูงสุด			
1. นักเรียนสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน	3	5	4.45	0.55	มาก
2. นักเรียนได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะและประสบการณ์ใหม่ๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรม	3	5	4.45	0.59	มาก
3. กิจกรรมนี้อื้ออานวยต่อการเรียนรู้และ แก้ไขปัญหาการบริโภคอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกๆดิบๆ	3	5	4.38	0.54	มาก
4. นักเรียนได้ประโยชน์ที่จากกิจกรรมนี้	3	5	4.38	0.54	มาก
5. การจัดลำดับขั้นตอนของกิจกรรมมีความเหมาะสม	3	5	4.38	0.62	มาก
6. สิ่งที่นักเรียนได้รับจากกิจกรรมครั้งนี้ตรงตาม ความคาดหวัง	3	5	4.22	0.66	มาก
7. นักเรียนสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ / ถ่ายทอดแก่ ชุมชนได้	3	5	4.22	0.69	มาก
8. นักเรียนได้รับการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมกิจกรรม	3	5	4.10	0.67	มาก
9. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม	2	5	4.08	0.85	มาก
10. ความพึงพอใจต่อภาพรวมของโครงการ	3	5	4.42	0.63	มาก

สรุปภาพรวมผลการศึกษา รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษา ควรมีองค์ประกอบดังนี้ (1) การพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน (2) การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบคณะทำงาน (3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ (4) การคัดเลือกพื้นที่นำร่อง (5) การติดตามประเมินผล โดยทำการทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีจำนวน 40 คน ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และค่าคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารประเภทปลา ที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับใช้ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้เกิดความสมบูรณ์และได้รูปแบบที่มีประสิทธิผลและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง

อภิปรายผล

จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเด็นการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในสถานศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีงานวิจัยหลายฉบับมุ่งเน้นเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษา⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้ เพราะเป็นเด็กวัยเรียน และเยาวชนที่สามารถพัฒนาเป็นพฤติกรรมพื้นฐานให้มีสุขภาพที่ดีได้ อย่างไรก็ตาม ในสถานศึกษาส่วนใหญ่มีครู ซึ่งมี

บทบาทสำคัญในการช่วยผลักดันส่งเสริมการศึกษาของนักเรียน ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงเป็นการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในสถานศึกษาต้นแบบ โดยการประยุกต์ใช้กับโรคติดต่อที่อยู่ใกล้ตัวของเด็กและเยาวชนที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสู่โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งเน้น ให้นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และนักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตลอดจน โรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพมีระบบ วิธีการตลอดจนช่องทางการสื่อสาร ให้นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน เข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้ อย่างเหมาะสม⁽¹²⁾

จากการศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียน เขตสุขภาพ ที่ 9 พบว่า นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับพอใช้ และยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง (Nutbeam D, 2000)⁽¹³⁾ เด็กในวัยเรียนจึงเหมาะกับการเรียนรู้ อาจจะเน้นเป็นกิจกรรมกรรมส่งเสริมกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน

จากการศึกษาการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 9 ในขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดรูปแบบในการขับเคลื่อนงานที่เป็นรูปธรรม ปัจจัยด้านคนมี

ความสำคัญอย่างยิ่งเริ่มจากการคัดเลือกคนเข้ามาเป็นคณะทำงาน การพัฒนาศักยภาพทางวิชาการ ครู ก ในการเป็นวิทยากรกระบวนการ ต่อยอดการสร้าง ครู ข ในระดับองค์กร รวมไปถึงการจัดทำโครงการให้สอดคล้องกับภารกิจ ยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค การมีงบประมาณ สื่อ อุปกรณ์ในการสนับสนุน เพื่อให้โครงการขับเคลื่อนได้ และที่สำคัญการประชุมพูดคุยกันเป็นระยะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อใช้ในการกำกับติดตามประเมินผล และรับทราบปัญหาอุปสรรคระหว่างการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎี 4M,s หลักการบริหารจัดการทุกประเภทจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารจัดการที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการบริหาร เพราะการบริหารจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ต้องอาศัยบุคลากรที่มีคุณภาพมีปริมาณเพียงพอ ต้องได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการเพียงพอ ต้องมีวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความต้องการของแผนงานและโครงการและต้องมีระบบการจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁽¹⁴⁾

การศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ขั้นตอนการดำเนินงาน พบว่า การคืนข้อมูลผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบสถานการณ์เบื้องต้น เพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมต่อไป การชี้แจงแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2564 จะทำให้ทุกภาคส่วนมองภาพความสำเร็จของโครงการไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนเห็นกิจกรรมที่จะขับเคลื่อน หนึ่งในมาตรการ

ขับเคลื่อนงานการสร้างเสริมความรู้ในสถานศึกษา โดยเริ่มจากการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ของบุคลากรทางการศึกษาให้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถไปขยายผลการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียน โดยการเลือกพื้นที่นำร่องในการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และดำเนินการพัฒนาทักษะความรู้ตามกิจกรรมที่ได้วางไว้ และเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ประเมินผลของโปรแกรม เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาต่อไป สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกรมควบคุมโรค

นอกจากนี้ยังพบว่าผลการทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในสถานศึกษานำร่อง ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรม นักเรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลดา อาณี⁽¹⁵⁾ พบว่าการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น และค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรับประทานอาหารประเภทสุกๆ ดิบๆ เพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกๆดิบๆ นั้นต้องสร้างให้เกิดทัศนคติเชิงบวก ซึ่งเป็นขั้นถัดจากการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร สอดคล้องกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะอยู่ใน

ระยะนี้ภายใน 30 วัน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ส่วนใหญ่บุคคลที่ประกอบอาหารในครอบครัว คือ มารดา ปู่ย่า ตายาย ซึ่งเด็กนักเรียนไม่ได้ประกอบอาหารเอง อาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้เด็กนักเรียนไม่สามารถเลือกบริโภคอาหารเองได้ อันอาจการเข้าถึงจะเห็นได้ว่านักเรียนไม่ได้หาเงินซื้อกินได้เองตลอดเวลา ตลอดจนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่ไม่ได้เปลี่ยนไปจากเดิม การเลือกซื้อยังคงเป็นความเคยชินของนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นอาหารที่รับประทานเป็นประจำ นักเรียนเลือกรับประทานที่ความอร่อยกินแล้วไม่เบื่อ เช่น ส้มตำ บางคนกินตามพ่อแม่ เช่น ส้มวัว เป็นต้น สำหรับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนพบว่า ใช้อินเทอร์เน็ตทุกวัน เพื่อสืบค้นข้อมูลข่าวสารโรคต่างๆ เนื่องจากเป็นช่องทางที่สะดวก เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลมีความสะดวก หากนักเรียนเข้าถึงข้อมูลแล้วไม่ได้วิเคราะห์ข้อมูลนั้นให้ดี การนำข้อมูลที่ได้มา ซึ่งไม่ได้ตรวจสอบว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้องหรือผิดไป เมื่อนำข้อมูลไปเผยแพร่ หรือปฏิบัติต่อ ย่อมทำให้เกิดความเข้าใจและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มนักเรียน ควรคำนึงถึงรูปแบบวิธีการ สร้างการเรียนรู้ให้นักเรียนเข้าใจง่าย จากการสอบถามข้อมูลเชิงคุณภาพ นักเรียนให้ความเห็นว่า ข้อมูลหรือสื่อง่ายต่อการเข้าถึง ต้องมีความน่าสนใจ สนุก ประยุกต์สื่อในรูปแบบของเพลง ภาพประกอบ ทำให้มีสีสัน ดูแล้วไม่น่าเบื่อ จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

บทสรุปของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษาต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 9 เป็นไปตามแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁶⁾ และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี กล่าวคือ รูปแบบการพัฒนาเริ่มจากการพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน ความเข้าใจนโยบายของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ชัดเจน การทำงานแบบบูรณาการ ซึ่งมีทั้งหน่วยงานระดับเขต หน่วยงานระดับจังหวัด หน่วยงานระดับอำเภอ ตลอดจนหน่วยงานระดับอำเภอ ดำเนินการเป็นรูปแบบคณะทำงาน การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากร กระบวนการของบุคลากรของ สคร. เป็น (ครู ก) และถ่ายทอดต่อบุคลากรระดับจังหวัด (ครู ข) เพื่อนำไปขยายผลในระดับอำเภอ ตำบล ต่อไป การพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของบุคลากรทางการศึกษา ให้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถไปขยายผลการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียน จำเป็นต้องคัดเลือกบุคลากรที่มีความพร้อม และรูปแบบกิจกรรมที่จะนำไปใช้ต่อสามารถปรับให้เข้ากับการเรียนการสอน โดยไม่เพิ่มภาระให้บุคลากรทางการศึกษา และการเลือกพื้นที่นำร่องในการทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรคำนึงถึงความพร้อมของบุคลากร ความร่วมมือของคนในชุมชน ตลอดจนผู้บริหารของสถานศึกษาเห็นความสำคัญ และการติดตามประเมินผล ควรมีการติดตามเป็นระยะ เพื่อทราบถึงสถานการณ์ตลอดจนปัญหาอุปสรรค จะได้แก้ไขได้ทันท่วงที ควรขยายผลโครงการสร้างเสริมความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษา ในกลุ่มของผู้ปกครอง ชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน เพราะการขับเคลื่อนงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้อง

อาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในสังคม ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครู นักเรียน ชุมชน เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพควรเป็นคณะกรรมการกลุ่มเล็ก เน้นผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงาน
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพควรจัดทำเป็นหลักสูตรวิทยากรกระบวนการ ครู ก (ระดับสคร.) ครู ข (ระดับจังหวัด) และขยายผลต่อไป และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

3. การประยุกต์การจัดกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในโรงเรียน ควรสอดแทรกไปในวิชาสุขศึกษา หรือกิจกรรมชมรม โดยสอดแทรกเนื้อหา ไม่เพิ่มภาระให้กับบุคลากรทางการศึกษา

4. การขยายผลของโครงการสร้างเสริมความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษา ควรขยายผลในกลุ่มของผู้ปกครอง ชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน เพราะการขับเคลื่อนงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในสังคม ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครู นักเรียน ชุมชน เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จ

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เบญจมาศ อุณรัตน์ และ พรณรัตน์ เป็นสุข. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษาต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 9. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(1): หน้า 175-192.

Suggested Citation for this Article

Unarat B. and Pensuk P. Development of a health literacy building model for liver fluke prevention of secondary educational service area, Regional Health9th. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2021; 6(1): page 175-192.

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. เอกสารประกอบการประชุมแนวทางการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับปีพ.ศ 2563. การประชุมชี้แจงแผนดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับ; 10 พฤศจิกายน พ.ศ 2563; ณ ห้องประชุมโรงแรมเดอะริช จังหวัด นครราชสีมา นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา; 2561: 5-9.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 กรมควบคุมโรค. แผนงานโครงการโรคพยาธิใบไม้ตับ. การประชุมจัดทำแผนงานโครงการ ประจำปีงบประมาณ 2564; 21 มิถุนายน พ.ศ. 2564; ณ ห้องประชุมสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา; 2564:29-33.
3. อังษณา ศปัญญา. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย ปี 2556 .วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2558; 22 (1): 89-97.
4. กองสุขศึกษา. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ. กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ; 2561:14-17.
5. ชลดา อาณี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบใช้คำถามเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนนทบุรี.วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ 2560; 32 (2): 137-143.
6. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มิ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล <https://anyflip.com/kwrps/khql/basic>.
7. Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). “Determining Sample Size for Research Activities”. Educational and Psychological Measurement, 30(3): 607-610.
8. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (2563). เอกสารประกอบการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ, 23 พฤศจิกายน 2563; ณ ห้องประชุมโรงแรมอัครา จังหวัดระยอง: กรมควบคุมโรค; 2563:4-15.
9. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารการศึกษา โรงเรียนสะแกพิทยาคม, 2564 ข้อมูลจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม พ.ศ. 2564]. แหล่งข้อมูลhttps://data.boppobec.info/emis/index_area.php?Area_CODE=101730.
10. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2562:25-26.

11. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2563. กรมควบคุมโรค; 2563:6-10.
12. วาริณี เอี่ยมสวัสดิ. การสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษา. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2561; 11 (2): 1-11.
13. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3): 259-267.
14. เกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ, หลักการ 4 m. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2564]. แหล่งข้อมูล <http://ioklogistics.blogspot.com>.
15. ชลดา อาณี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบใช้คำถามเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนนทบุรี. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ 2560; 32 (2): 137-143.
16. กรมอนามัย. (2558). แนวทางการพัฒนาสู่โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มี.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล <http://203.157.19.59/upload-file/doc/files/22022020-113926-3992.pdf>.

Knowledge, Attitude and COVID-19 Preventive Behavior of People in Ratchaburi Province

Jenpicha Jenlarpwattanakul

San Diego Jewish Academy

Received 2021 Jun 29, Revised 2021 Jul 21, Accepted 2021 Jul 29

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการป้องกันโควิด19 ของประชากรจังหวัดราชบุรีจำนวน 400 คนที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต (ไลน์และเฟสบุ๊ก) โดยใช้แบบสอบถามแบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประเมินระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของไวรัสโควิด19 วิเคราะห์โดยสถิติเชิงปริมาณ Independent t-test, ANOVA และ Regression analysis พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโควิด19 อยู่ในระดับที่ดี คิดเป็น 4.14 จาก 5 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.72 และมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด19 ซึ่งคิดเป็น 12.42 จาก 15 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 5.51 ในขณะที่พฤติกรรมการป้องกันโควิด19 อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น 42.89 จาก 55 ซึ่งปัจจัยที่พบว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อของไวรัสโควิด19 ได้แก่ เพศ อายุ และ ระดับการศึกษา โดยเพศชายมีค่าทัศนคติต่อการป้องกันโควิด19 ที่ต่ำกว่าเพศหญิง แม้เพศชายจะมีความรู้ที่มากกว่า และประชาชนในกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโควิด19 ที่ดีที่สุด นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการศึกษาก็พบว่า ประชากรในจังหวัดราชบุรีซึ่งมีระดับการศึกษาปริญญาโทและสูงกว่ามีความรู้เกี่ยวกับโควิด19 มากที่สุด ในขณะที่ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเดียวกันนั้นมีความรู้เกี่ยวกับโควิด19 น้อยที่สุด งานวิจัยชิ้นนี้ได้จัดทำขึ้นหลังจากการระบาดของไวรัสโควิด 19 ระลอกที่ 2 ในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์จากแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งสามารถเก็บข้อมูล ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการป้องกันโควิด19 ได้เพียงกลุ่มประชากรที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และแอปพลิเคชันได้แก่ ไลน์ และเฟสบุ๊ก ผู้จัดทำหวังว่างานวิจัยชิ้นนี้จะประโยชน์ต่อการวางแผนวิธีให้ความรู้แก่ประชากรของจังหวัดราชบุรี และ เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจในลำดับต่อไป ของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดดังกล่าว เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันไวรัสโควิด19 อย่างมีประสิทธิภาพในชุมชน

คำสำคัญ : โควิด19, การป้องกันการติดเชื้อ, การแพร่เชื้อ, พฤติกรรมมนุษย์, ทักษะ, โรค, ประชากรจังหวัดราชบุรี

Abstract

Background - Covid19 is an infectious disease caused by the newly discovered coronavirus. It led to the declaration of the world pandemic by the World Health Organization.

Purpose - The purpose of this study is to assess the knowledge, attitudes, behaviors about COVID-19 among Ratchaburi residents who have access to Line and Facebook in Thailand.

Design/ Methods: Cross-sectional online survey between February-April 2021. Ratchaburi the people of who belong to local social media groups were invited to participate in completing an online questionnaire. A total of 400 people participated. Knowledge and attitudes towards COVID-19 and preventive behaviors were assessed. Differences between outcomes and sociodemographics were analyzed through an independent t-test, and the ANOVA. A generalized linear model was calculated to determine the predictive variables of preventive behaviors.

Participants: 400 Ratchaburi participants who have access to social media (Line and Facebook)

Results - Participants reveal a good level of knowledge, correctly answering 4.14 (SD 0.72) questions in a total of 5 and favorable attitude towards preventive behavior (M=12.42, SD=0.89). Preventive behavior presents at moderate levels (M=42.89, SD=5.51) people at age 50-59 have good COVID19 related knowledge and preventive behavior. Males present a higher level of knowledge than women but with a lower level of positive attitude and preventive behavior. People with Master degrees and above showed the highest level of knowledge while highschool educated people had the lowest level of knowledge.

Original value - This study provides useful data to plan health education programs and preventive action for COVID-19 in the Ratchaburi province. The continuous development by the provincial public health in preventive campaigning is necessary to promote good preventive behaviors in the community.

Limitation - This study used an online questionnaire so only urban people who have access to the Internet with Line and Facebook accounts can participate. This research was conducted after the second wave of covid-19 in Thailand.

Key words: COVID-19, infectious control, infectious transmission, human behavior, attitude, disease, Ratchaburi residents.

Introduction

Infectious diseases are more common worldwide. They are the leading cause of death around the world, especially in low-income and undeveloped countries. In 2019, two infectious diseases lower respiratory infections and diarrheal diseases were ranked in the top ten causes of death worldwide by World Health Organization (WHO).⁽¹⁾ Infections in the lower respiratory system are primarily the cause of the viruses, bacteria, fungal infections and mycoplasma.⁽²⁾ Diarrhoea, the second leading cause of death in children under five years old, is caused by a host of bacterial, viral and parasitic organisms. It kills approximately 525,000 kids under five each year.⁽³⁾ Infection occurs when microorganisms, including bacteria, fungi, archaea, protists and viruses, invade the body of another organism and cause diseases. The transmission of infectious diseases are caused by many routes but the easiest way to contract these diseases is to come in contact with an infected person or animal. Infection can be directly transferred by three ways, person to person, animal to person and mother to unborn child. Person to Person infection, happens when an infected individual coughs, sneezes, touches or kisses causing the droplet to land on someone who isn't infected.⁽⁴⁾ The droplet is a particle of moisture discharged

from the mouth during coughing, sneezing, or speaking, which can cause the spread of infection.⁽⁵⁾ Person to animal infection happens when a person was bitten or scratched by an infected animal. Mother to unborn Child, infection occurs when an infected pregnant woman transfers the germs through the placenta or breast milk to be the baby. Infectious diseases can also be transmitted to the baby during birth.⁽⁶⁾ The transmission route of the infection is an important factor of how quick the spread of the infection is to the population. There are also other factors such as the survival time of the germs in the environment.⁽¹⁾ The other significant factor is people's behavior and attitude. During the pandemic covid-19, people's behavior and societal action played a huge role in controlling the spread of the virus.⁽⁷⁾ Covid19 is an infectious disease caused by the newly discovered coronavirus. In December 2019, the virus emerged in Wuhan, China. Within three months, the virus had spread to more than 118,000 cases and caused 4,291 deaths in 114 countries. Thousands of patients were admitted to hospitals.⁽⁸⁾ It led to the declaration of the world pandemic by the World Health Organization. Without any vaccine and drug treatment, within a year, there are over 75 million total cases around the world and the deaths of over 3.8 million.⁽⁹⁾ Coronavirus or covid19 invades the organs, from the lungs to the liver, kidneys and gut.⁽¹⁰⁾

It does not only affect the patient's health but it also affects the economy and society. As a result of the covid policy, for instance, lockdown, work from home, closing some businesses and social distancing, the world's economy forecasted GDP in 2020 is -4.5%.

⁽¹¹⁾ It caused job losses and affects middle class and poor households dramatically, especially in undeveloped countries.⁽¹²⁾ In a social way, it also caused racism towards Asian people.⁽⁷⁾

The outbreak was reported in crowded areas such as restaurants, fitness, places of worship, offices, and nightclubs. The best ways to prevent covid-19, according to the World Health Organization, are social distancing, measures which is to maintain 1 meter distance away from others. Wearing masks and **hand-washing are also ways of prevention**. If a person feels unwell, he or she should get a covid test and quarantine for 14 days.⁽¹³⁾ All of these solutions are based on individual actions Paired with a responsible mindset. The pandemic requires a big scale of behavior changes in society to stop the spread of the outbreak. Attitude and behavior play a big role in preventing covid-19.⁽⁷⁾ Therefore, this research will be focusing on covid-19 infectious controls involved in human behaviors and attitudes, by using KAP surveys (Knowledge, attitude, and practice surveys) in Ratchaburi. The second wave of covid-19 in Thailand January 2021

was caused by migrant workers Ratchaburi has many migrant workers. Therefore, surveying the people of Ratchaburi was crucial to the survey.

Methods

Participant and procedure

This research is quantitative research, which studies a group of people who are able to access Line and Facebook in the Ratchaburi Province of Thailand. An online questionnaire was purposely developed and made available through Google, between February 1 - April 30 2021. to 30th April 2021. People who live in Ratchaburi were eligible and invited to participate in this study. The invitations were sent through Ratchaburi social media community groups (Facebook and Line). People who had access to the invitation were people who had access to the Internet and social media. Information about the objectives of the study, as well as the ethical guarantee of confidentiality and anonymity in the data collected as stated in the informed consent, was explained. Participation was completely free and voluntary, No personal data was collected from any participant.

Instrument

The questionnaire was developed based on a literature review including (1) information provided by and guidelines from World health organization (WHO) regarding

COVID-19 information. (2) Studies already performed on the same topic in other countries where several common items were used to assess each of the dimensions analyzed in this study. The proposed items were then grouped and redundant items were removed. A preliminary version of the instrument was reviewed by three infection control specialists of a public hospital in Thailand to validate its content. A pre-test was then performed with a small sample of nearby provinces to test for comprehension and difficulty. All the questions remained without modifications. The psychometric characteristics of the questionnaires were tested, as described in the statistical analysis subsection. The final version of the questionnaire contained 25 questions; the first four questions about socio-demographic data (age, sex, educational level and personal monthly income) and 21 items were divided into three sections.

COVID-19 control-related knowledge: This section consisted of five questions related to the basic knowledge of infection and prevention control. The participants were asked to choose only one correct answer for choices (A, B, and C). One point was assigned to each correct answer while providing an incorrect answer received zero points. The sum of all items were made; therefore higher scores corresponding to a higher level of knowledge. The score varies from zero to five, greater than or equal to

four as a good level, greater than three but less than four as a moderate level and less than three as a poor level.

Attitude towards COVID-19 infection and prevention behavior : This section consisted of five questions and the response categories consisted of a three-point Likert scale (From 1-Never to 3-always). The participants were asked to choose based on their opinion honest. The sum of all items were made; therefore, the highest score corresponding to more positive attitudes towards preventive behaviors. A high score on this scale indicated a good attitude towards preventive behavior, (the score varies from five to 15, with greater than or equal to 12 as a good level, greater than nine but less than 11 as a moderate level and less than nine as a poor level).

COVID-19 preventive behavior: This scale referred to the number of preventive behaviors adopted and included 11 questions. Each item was answered using a five-point scale (From 1–Never to 5– Always), with one point assigned to each behavior that was always practiced. The number of behaviors practiced was calculated. A high score on this scale indicated good preventive behaviors, ranging from 11 to 55, with greater than or equal to 44 as a good level, greater than 33 but less than 44 as a moderate level, and less than 33 as a poor level.

Statistical analysis

IBM Statistical Package for the Social Sciences Statistics for Windows, version 26.0, Armonk, NY, USA, was used to conduct the analysis. An exploratory factor analysis, employing principal component analysis with varimax rotation was used to examine the psychometric features of the measures. If the factor loading was less than 0.4, the item was ignored. After that, the scales of the questionnaire were calculated on reliability using item-total correlation coefficients and Cronbach's alpha (α). The research showed that the descriptive analysis were presented in absolute (n) and relative (%) frequencies, mean (M), and standard deviations (SD). Furthermore, the different assessment between the result variables (knowledge, attitudes and behaviors towards COVID-19) and the sociodemographic characteristics, considering the sample size, independent t-tests and the ANOVA were used, as appropriate. The correlations between the study's research was calculated by Person's correlations. To Summarize, the predictive variables of preventative behaviors were determined using a generalized linear model. Exp (β) and the respective 95% confidence intervals (95% CI) were reported. Statistical significance was defined as $p < 0.05$.

Ethical Consideration

This research uses an anonymous data collection method to collect data from Ratchaburi people who have access to Line and Facebook, by using Google form. The invitation was posted to the Ratchaburi community groups. In these invitations, information about the study's objectives and the ethical guarantee of confidentiality and anonymity in the data collected as stated in the informed consent was explained. Participation was completely free and voluntary. No personal data was collected from any participant.

Result

This study comprised a total of 400 Ratchaburi adults. The sociodemographic characteristics of the sample are presented in Table 1. Most Ratchaburi adults were females (n= 275, 68.75%) and 125 males (31.25%). 83 people are 20-29 years old (20.75%). 101 people are 30-39 years old (25.25%). 161 people are 40-49 years old (40.25%). 55 people are 50-59 years old (13.75%). The highest number of people had the educational level of a bachelor degree (n= 298, 74.50%), followed by a master degree and above (n=75, 18.8%) and highschool (n= 27, 6.75%) 122 adults have a monthly income of 15,001-30,000 baht (30.5%). 121 adults have a monthly income of more than 50,001 baht (30.25%). 98 adults have a monthly income of 30,001-

50,000 baht (24.50%) and 59 adults have a monthly income of less than 15,000 baht (14.75%).

Ratchaburi participants revealed a good level of knowledge about COVID-19, correctly answering a mean of 4.14 (SD 0.72) questions in a total of 5. There were differences in the level of knowledge according to the age: People, ages 50-59 showed a higher level of knowledge ($M = 4.35$, $S.D. = 0.58$), compared to people at the age between 20-29 ($M = 3.94$, $S.D. = 0.82$) There were differences in the level of knowledge according to gender : Male revealed a higher level of knowledge ($M = 4.2$, $S.D. = 0.77$) compared to females ($M = 4.1$, $S.D. = 0.7$) There were differences in the level of knowledge according to educational level : Master Degree and above showed the highest level of knowledge ($M = 4.16$, $S.D. = 0.82$) among Bachelor Degree ($M = 4.15$, $S.D. = 0.68$) and high school ($M = 3.93$, $S.D. = 0.83$) There were differences in the level of knowledge according monthly income: >50,001 showed the highest level of knowledge ($M = 4.18$, $S.D. = 0.65$)

Concerning attitudes toward COVID-19, Ratchaburi adults showed in general highly favorable attitudes toward preventive behavior ($M = 12.42$, $S.D. = 0.89$) This being higher among females ($M =$

12.45 , $SD = 0.92$) than males ($M = 12.35$, $SD = 0.83$). There are differences in attitude according to age : People between these ages of 30-39 revealed the highest favorable attitude ($M = 12.63$, $SD = 0.76$), compared to age 50-59 ($M = 12.47$, $SD = 0.66$), age 20-29 ($M = 12.37$, $SD = 1.07$) and age 40-49 ($M = 12.3$, $SD = 0.92$). There are differences in attitudes according to gender: Female revealed a higher favorable attitude ($M = 12.45$, $SD = 0.92$) than males ($M = 12.35$, $SD = 0.83$) There are differences in attitudes according to educational level : People with a high school education showed the highest favorable attitudes ($M = 12.56$, $SD = 0.75$) among Bachelor degree ($M = 12.46$, $SD = 0.9$) and Master Degree and above ($M = 12.42$, $SD = 0.89$) There are differences in attitude according to monthly income : Income 15,000-30,000฿ showed the highest favorable attitudes ($M = 12.54$, $SD = 0.92$) among <15,000 ฿ ($M = 12.49$, $SD = 0.86$), 30,000-50,000฿ ($M = 12.44$, $SD = 0.84$) and >50,001฿ ($M = 12.26$, $SD = 0.91$),

Considering the preventive behavior, Ratchaburi adults reported always engaging in, on average, 42.89 ($SD = 5.51$) out of 55. People who have the education level of high school ($M = 45.78$, $SD = 4.54$) was shown to have the highest preventive behavior compared to Bachelors Degree ($M = 42.62$, $SD = 5.61$) and Masters Degree and above

(M= 42.89, SD=5.51). There are differences in preventive behavior according to age : Age 50-59 revealed the highest preventive behavior (M=44.6, SD= 5.6) among age 40-49 (M= 42.7, SD= 5.53), age 30-39 (M= 42.67, SD=5.18) and age 20-29 (M=42.42, SD=5.72). There are differences in preventive behavior according to gender : Females showed higher preventive behaviors

(M= 43.16, SD= 5.42) compared to male (M= 42.31, SD= 5.7). There are differences in preventive behavior according to monthly income : Income 15,001-30,000฿ showed the highest preventive behavior (M= 43.42, SD= 5.33), compared to <15,000฿ (M=43.19, SD=5.66), 30,000-50,000฿ (M= 42.55, SD= 5.18) and >50,001฿ (M= 42.53, SD= 5.91)

Table1 Differences in outcomes according to the sociodemographics characteristics of participants (N=400)

Sociodemographic Characteristic			COVID Related Knowledge (Range 0-5)		Attitude toward Preventive Behavior (Range 0-15)		COVID-19 Preventive Behavior (Range 1-55)	
Sociodemographic Characteristic	N	%	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
Age								
20-29	83	20.75%	3.94	0.82	12.37	1.07	42.42	5.72
30-39	101	25.25%	4.12	0.65	12.63	0.76	42.67	5.18
40-49	161	40.25%	4.17	0.73	12.3	0.92	42.7	5.53
50-59	55	13.75%	4.35	0.58	12.47	0.66	44.6	5.6
Gender								
Male	125	31.25%	4.2	0.77	12.35	0.83	42.31	5.7
Female	275	68.75%	4.1	0.7	12.45	0.92	43.16	5.42

Sociodemographic Characteristic			COVID Related Knowledge (Range 0-5)		Attitude toward Preventive Behavior (Range 0-15)		COVID-19 Preventive Behavior (Range 1-55)	
Sociodemographic Characteristic	N	%	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
Educational Level								
High school	27	6.75%	3.93	0.83	12.56	0.75	45.78	4.54
Bachelor Degree	298	74.50%	4.15	0.68	12.46	0.9	42.62	5.61
Master Degree and above	75	18.8%	4.16	0.82	12.42	0.89	42.89	5.51
Monthly Income (₺)								
<15,000	59	14.75%	3.95	0.73	12.49	0.86	43.19	5.66
15,001-30,000	122	30.50%	4.15	0.76	12.54	0.92	43.42	5.33
30,000-50,000	98	24.50%	4.17	0.75	12.44	0.84	42.55	5.18
>50,001	121	30.25%	4.18	0.65	12.26	0.91	42.53	5.91
Total	400	100%	4.14	0.72	12.42	0.89	42.89	5.51

The analysis of the correlations between the outcomes of the study -knowledge, attitudes and behaviors - revealed the existence of positive and statistically significant correlations between the preventive behaviors and attitude toward COVID-19 prevention ($r=0.253$, $p<0.01$). (Table 2)

Pearson's correlation coefficient between the study outcomes			
Variable	Covid-19 Related Knowledge	Attitudes toward Preventive Behavior	Preventive Behavior
Covid-19 Related Knowledge	1	0.001	0.091
Attitudes toward Preventive Behavior	0.001	1	0.253**
Preventive Behavior	0.091	0.253**	1

** Correlation is significant at 0.01

Table 3 Generalized linear model predicting preventive behaviors of COVID-19

Generalized linear model prediction behaviors	B	SE	Beta	P	95%CI	
					Lower bound	Upper bound
Gender	0.704	0.585	0.059	0.229	-0.445	1.853
Age	0.555	0.286	0.098	0.053	-0.007	1.116
Education level	-0.598	0.591	-0.053	0.313	-1.760	0.565
Covid-19 Related Knowledge	0.645	0.376	0.084	0.087	-0.094	1.384
Attitude toward Preventive Behavior	1.509	0.301	0.244	0.000	0.917	2.100
R=.297, R Square =.088						

Discussion

The results regarding COVID-19 related knowledge revealed a good understanding of the COVID-19, while the preventive behavior was intermediate. Previous studies among Thai people in the Payoa Province, studied by Thanee Glomjai, Junya Kaewjiboon, Taksika Chachvarat (2020), revealed good knowledge about COVID-19. Most of the participants learned about COVID-19 from the previous bird flu H5N1 and influenza; 70% of the participants' age range was 51-60, who had prior experiences with those diseases.⁽¹⁴⁾ While the study regarding Factors associated with preventive behaviors towards Coronavirus Disease (COVID-19) among Adults in the Kalasin Province by Pornpat Poonaklom et.al., found that the participants had intermediate knowledge about COVID-19, 53% of the participants' educational level was lower than a bachelors degree and 77% of the participants' monthly income was lower than 25,001 Baht.⁽¹⁵⁾

Since The Spread of COVID-19, participants have some Prior knowledge regarding the Pandemic the second wave started in January 2021, these participants received new knowledge about the new strain of COVID-19 through social media Via smartphone.

Thus, this may be because the participants in the Ratchaburi Province

received electronic questionnaires through their smartphones. Meaning that they were likely from medium to high-level income families and had disposable income of 15,000 Baht per month. In addition, those who answered the questionnaires attained at least the education level of a Bachelor's Degree. Not to mention, the smartphone has become an important connecting tool for receiving news and information, which has given more opportunities to access COVID-19 knowledge from the government. In six countries more than 69% of online and social media sources were used as news.⁽¹⁶⁾ Therefore, smartphones have given more opportunity to access COVID-19 updates from the government.⁽¹⁷⁾ Even the Ratchaburi people who have no prior experience with infectious diseases, still have knowledge about the diseases through access to the Internet.

The study revealed good attitudes toward preventive behaviors. The previous studies among higher education students in Portugal also revealed that the respondents not only had a good level of knowledge about COVID-19 but also had good levels of attitudes toward preventive behaviors regarding this pathology.⁽¹⁸⁾ People's behaviors in society were regulated by the moral standard. Doing the "right" thing resulted in societal acceptance. Due to the quick spread of infectious diseases like COVID-19, there have been a lot

of new policies and social enforcement during the outbreak. For example, wearing a mask, social distancing and the constant washing of hands. All of these campaigns encouraged people to be responsible for their community in order to decrease the spread of infection. It also caused a large scale of behavior and routine to change.⁽⁷⁾ Natawan Khumsaen (2021) studied Knowledge, Attitudes, and preventive Behaviors of COVID-19 among people living in Amphoe-thong, Suphanburi Province, found that the respondents had good attitudes towards preventive behaviors.⁽¹⁹⁾ According to the Natawan Khumsaen (2021) study, the educational level and attitude toward preventive behaviors had a positive correlation with COVID-19 preventive behaviors.⁽¹⁹⁾ The mentioned studies showed the high attitude towards preventive behavior, which could result from the studies conducted during pandemics from different times and locations. People during the COVID-19 outbreak were aware and concerned about the diseases.^(19,20) The study revealed that the participants had a high moderate level of preventive behavior similar to the Regina Ferreira Alves et.al. (2020), that studied knowledge, attitudes and preventive behaviors towards COVID-19 among higher education students in Portugal⁽¹⁸⁾ and Tawan Petpaiboon's study (2021).⁽²¹⁾ It found that COVID-19 preventive behaviors

were aligned to be at the moderate level because the participants did not feel that they had a high risk of getting COVID-19 due to government measures for work and study from home.⁽²²⁾ These studies were also surveyed during the time when the COVID-19 situation in Thailand was relieved and in control, The number of those infected at the time was at a low rate, with no more than 931 new infected cases.⁽²³⁾ There were not many infectious cases at that time so people felt relaxed. Low perception of risk and a small number of infections contributed to low preventive behavior of people. According to the study of Novel Coronavirus 2019 among the Payao people⁽¹⁴⁾ and Association between Knowledge, Attitudes and Preventive Behaviors of Pandemic Influenza A (H1N1) among Ubon Ratchathani University students,⁽¹⁹⁾ these people were reported to have good preventive behaviors towards the risk of infection.

Conclusion

The participants had a good level of knowledge, attitude towards preventive behavior but still prevented COVID-19 at the moderate level due to the fact that they presumed the risk was low in regards to catching COVID-19 or passing the virus to others. (Environmental Behavior Theory). Accessibility through connectivity with technological devices has given more

opportunities to gain a great deal of knowledge, necessary^(16,17) for preventive behavior and adherence to government measures. Since COVID-19 has spread for almost a year and the research was conducted after the COVID-19 second wave in Thailand, caused participants to have a good attitude because they understand the disease and COVID-19 related knowledge. However, the study revealed a moderate level of preventive behavior because the study was conducted after the COVID-19 second wave, which the COVID-19 situation was in control. So the participants didn't feel the risk of getting infected. This study can provide policymakers with relevant cues to help plan health education programs in the province, promoting

preventive behaviors and reducing the spread of the virus.

Recommendation

Proactively support COVID-19 related knowledge in a deeper sense, especially in terms of its possibilities, consequences and effective preventive measures, in that the virus keeps developing new variants and is more easily infected by or more widely spread among humans or to other beings than its first-second waves. Consistently supporting an increasing level of COVID-19 related knowledge is associated with the level of COVID-19 preventive attitudes as the knowledge factor was the predictive factor for preventive behavior adoption.

Limitation

This study used an online questionnaire so only urban residents who had access to technology, which are Line and Facebook can participate. This research was conducted after the second wave of covid-19 in Thailand.

Suggested citation for this article

Jenlarpwattanakul J. Knowledge, Attitude and COVID-19 Preventive Behavior of People in Ratchaburi Province. Institute for Urban Disease Control and Journal 2021; 6(2): page 193-208.

Reference

1. Introduction to Infectious Diseases [Internet]. **Baylor College of Medicine**. 2021 [cited 21 June 2021]. Available from: <https://www.bcm.edu/departments/molecular-virology-and-microbiology/emerging-infections-and-biodefense/introduction-to-infectious-diseases>
2. Lower respiratory tract infection: Symptoms, **diagnosis, and treatment** [Internet]. **Medicalnewstoday.com**. 2021 [cited 21 June 2021]. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324413#symptoms>
3. Diarrhoeal disease [Internet]. **Who.int**. 2021 [cited 21 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
4. Infectious diseases - Symptoms and causes [Internet]. **Mayo Clinic**. 2021 [cited 21 June 2021]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/infectious-diseases/symptoms-causes/syc-20351173>
5. droplet [Internet]. **The FreeDictionary.com**. 2021 [cited 21 June 2021]. Available from: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/droplet>
6. Infectious diseases - Symptoms and causes [Internet]. **Mayo Clinic**. 2021 [cited 21 June 2021]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/infectious-diseases/symptoms-causes/syc-20351173>
7. Van Bavel J. (PDF) **Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response** [Internet]. **ResearchGate**. 2021 [cited 25 June 2021]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/340162894_Using_social_and_behavioural_science_to_support_COVID-19_pandemic_response
8. WHO Director-General's **opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020** [Internet]. **Who.int**. 2021 [cited 25 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
9. Covid map: Coronavirus cases, deaths, vaccinations by country [Internet]. **BBC News**. 2021 [cited 25 June 2021]. Available from: <https://www.bbc.com/news/world-51235105>
10. Mallapaty S. **Mini organs reveal how the coronavirus ravages the body** [Internet]. **Nature.com**. 2021 [cited 25 June 2021]. Available from: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01864-x>

11. M. S. Topic: Coronavirus: **impact on the global economy [Internet]. Statista. 2021 [cited 25 June 2021].** Available from: <https://www.statista.com/topics/6139/covid-19-impact-on-the-global-economy/>
12. Kongrugreatiyos K. **Major Impact from COVID-19 to Thailand's Economy, Vulnerable Households, Firms: Report [Internet]. World Bank. 2021 [cited 25 June 2021].** Available from: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/06/30/major-impact-from-covid-19-to-thailands-economy-vulnerable-households-firms-report>
13. Advice for the public on **COVID-19 – World Health Organization [Internet]. Who.int. 2021 [cited 25 June 2021].** Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
14. Glomjai T, Kaewjiboon J, Chachvarat T. **Knowledge and Behavior of People regarding Self-care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19).** Payoa: Nursing Public Health and Education Journal; 2020.
15. Poonaklom P, Rungram V, Abthaisong P, Piralam B. **Factors Associated with Preventive Behaviors towards Coronavirus Disease (COVID-19) among Adults in Kalasin Province, Thailand, 2020 [Internet].** Osirjournal.net. 2021 [cited 25 June 2021]. Available from: <http://www.osirjournal.net/index.php/osir/article/view/211>
16. Newman N. **Overview and Key Findings of the 2020 Digital News Report [Internet].** Reuters Institute Digital News Report. 2021. Available from: <https://www.digitalnewsreport.org/survey/2020/overview-key-findings-2020/>
17. Oliver N, Lepri B, Sterly H. **Mobile phone data for informing public health actions across the COVID-19 pandemic life cycle.** American Association for the Advancement of Science; 2020.
18. Alves R, Samorinha C, Precioso J. **Knowledge, attitudes and preventive behaviors toward COVID-19: a study among higher education students in Portugal | Emerald Insight [Internet].** Emerald.com. 2021 [cited 25 June 2021]. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHR-07-2020-0254/full/html>

19. Khumsaen N. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี [Internet]. He01.tci-thaijo.org. 2021 [cited 25 June 2021]. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/247955>
20. Suebsomran P, Sukhumal P, Boornkhao L, Limpiteeprakan P. [Internet]. Esanpedia.oar.ubu.ac.th. 2011 [cited 25 June 2021]. Available from: http://www.esanpedia.oar.ubu.ac.th/eresearch/sites/default/files/Phalakorn_Sue2554.pdf
21. Petpaiboon T. Knowledge, attitudes and preventive behaviors toward COVID-19: a study among high school students in Bangkok [Internet]. researchgate. 2021 [cited 25 June 2021]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/350876726_Knowledge_attitudes_and_preventive_behaviors_toward_COVID-19_a_study_among_high_school_students_in_Bangkok
22. Lockdown Easing Plan: Schedule and Rules - Covid 19 estamos ON [Internet]. Covid 19 estamos ON. 2021 [cited 25 June 2021]. Available from: <https://covid19estamoson.gov.pt/lockdown-easing-plan-schedule-and-rules/>
23. Thailand: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. Covid19.who.int. 2021 [cited 25 June 2021]. Available from: <https://covid19.who.int/region/searo/country/th>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ ทางคณะกรรมการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

การรับเรื่องต้นฉบับเรื่องที่รับไว้ คณะกรรมการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ เรื่องที่ไม่ได้พิจารณาตีพิมพ์ 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 บทคัดย่อการย่อเนื้อหาสำคัญเอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษา รัดกุมเป็นร้อยแก้วเพียงหนึ่งย่อหน้า ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดและมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษาผลการศึกษาและอภิปรายหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมี เิงอรธอ้างอิง บทคัดย้อมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่ 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) ควรเขียนสรุปเกี่ยวข้องการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะประเด็น ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้รูปแบบการอ้างอิงระบบ Vancouver

4. มีการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมด้วยโปรแกรมอักขรวิสุทธิ โดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่าเปอร์เซ็นต์ความคล้ายคลึงระหว่างเอกสารที่ส่งมาตรวจสอบกับเอกสารที่อยู่ในฐานข้อมูลผลงานวิชาการไม่เกิน 30 เปอร์เซ็นต์ และงานวิจัยไม่เกิน 25 เปอร์เซ็นต์

ความรับผิดชอบ

บทความที่พิมพ์ในวารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย 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