



สารธารณสุขล้านนา

LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- ▶ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อและปัญหาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรก: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1-2 ภาคเหนือประเทศไทย
- ▶ ความถูกต้องในการตรวจวินิจฉัยของชุดทดสอบแอนติเจนอย่างรวดเร็วในการระบุผู้ป่วยติดเชื้อโควิด19 ที่เข้ารับการรักษานในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก
- ▶ การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564
- ▶ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์
- ▶ การพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว
- ▶ การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะในโรงพยาบาลสงฆ์
- ▶ ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในการเพิ่มความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่
- ▶ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก

วารสารสาธารณสุขล้านนา

คณะที่ปรึกษา

นพ.ศุภชัย	ฤกษ์งาม	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน	กรมควบคุมโรค
นพ.อรรถพล	ชีฟัตยากร	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน	กรมควบคุมโรค
รศ.ดร.นิมิตร	มรกต	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.เสาวนีย์	วิบูลสันติ	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่	

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุรเชษฐ์	อรุณทอง	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
------------------	---------	---

รองบรรณาธิการ

ดร.นารถดตา	ชั้นธิกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
------------	-----------	---

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.สาคร	พรประเสริฐ	คณะเทคนิคการแพทย์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.ธีรภาพ	เจริญวิริยะภาพ	คณะเกษตรศาสตร์	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รศ.ดร.ปิยะรัตน์	บุตราภรณ์	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.จรณ์ิต	แก้วกังวาล	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.พญ.สารนาถ	ลือพลศรีนิยม	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.ปรัชญา	สมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.สมเดช	ศรีชัยรัตนกุล	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.เพ็ญประภา	ศิริโรจน์	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.เกรียงไกร	ศรีธนวิญชัย	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อดิพร	แซ่ฮ้าง	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.วราภรณ์	บุญเชียง	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.จักรกฤษณ์	วังราษฎร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.สินีนาน	ชาวตระการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.ยุทธนา	หมั่นดี	คณะสหเวชศาสตร์	มหาวิทยาลัยพะเยา
นางศุภธินี	วิฒนกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่	
ดร.ประยุทธ์	สุดาทิพย์	สำนักโรคติดต่ออันตราย	กรมควบคุมโรค
ดร.อังคณา	แซ่เจ็ง	สำนักโรคติดต่ออันตราย	กรมควบคุมโรค
นพ.เจริญ	ชูโชติถาวร	สถาบันโรคทรวงอก	กรมการแพทย์
นพ.นัฐพนธ์	เอกรักษ์รุ่งเรือง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
นพ.วาทิ	สิทธิ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
นายอานวย	ทิพศรีราช	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
ดร.เจริญศรี	แซ่ตั้ง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
ดร.วราพันธ์	พรวิเศษศิริกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	

คณะจัดการและเตรียมต้นฉบับ

นางสาวธัญญาพรรณ	เรือนทิพย์
นายเกรียงศักดิ์	ขัติยะ
นางสาวปิยนุช	โนจา
นางสาวเกสร	ไชยล้อม

คณะประชาสัมพันธ์

นายสวาท	ชลพล
นางสาวยุภาพร	ศรีจันทร์
นางโฉมพร	คลังอาวุธ
นายกิตติกานต์	แก้วเรือน

เจ้าของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย)
เลขที่ 447 ถนนเชียงใหม่ - ลำพูน ตำบลวัดเกต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50000
โทรศัพท์ 053-271435 ต่อ 118 หรือ 204 โทรสาร 053-271789
E-mail: lannadpc10@gmail.com
Website: <https://tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/>

กำหนดออก ปีละ 2 ครั้ง หรือ ราย 6 เดือน (มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม)



วารสารสาธารณสุขล้านนา

LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

E-ISSN 2672-930X

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2564

Volume 17 No. 2 July – December 2021

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อและปัญหาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรก: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1-2 ภาคเหนือ ประเทศไทย <i>ดาวรุ่ง คำวงศ์ และคณะ</i>	1	Preventive Behaviors and Mental Health Problems of Population during the First Wave COVID-19 Pandemic: A Case Study of Health Region 1-2, Northern Thailand <i>Daoroong Komwong, et al.</i>
ความถูกต้องในการตรวจวินิจฉัยของชุดทดสอบแอนติเจนอย่างรวดเร็วในการระบุผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก <i>ศิวนาถ พีระเชื้อ และกัญจน์ วชิรรังสิมันต์</i>	14	Accuracy of a Rapid Antigen Test Kit for Identifying Covid-19 infected Patients in the Emergency Department of Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital, Tak Province <i>Sivanath Peeracheir and Kanjaneer Wachirangsiman</i>
การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564 <i>มนต์ทิwa สุนันตา</i>	26	A Study of Prevalence and Risk Factors of HIV Infection among Male Prisoners in Chiang Mai Province, 2021 <i>Montiwa Sunanta</i>
ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ <i>นริศรา ศรีโพธิ์ และมัตติกา ใจจันทร์</i>	37	Risk Factors for Symptoms of Water-Borne Diseases in Upstream Community of Sirikit Dam's Reservoir <i>Narisara Sripo and Mattika Chaichan</i>
การพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างดาว <i>ปภาณิจ สวงโท และคณะ</i>	49	Developing an Event-Based Surveillance and Response Network in Migrant Communities <i>Paphanij Suangtho et al.</i>
การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะในโรงพยาบาลสงฆ์ <i>วรศักดิ์ ขวัญเจริญทรัพย์</i>	63	Development of a Care Model for Monks Undergoing Transurethral Resection of the Prostate Gland in Priest Hospital <i>Vorasuk Khwanchareonsup</i>

สารบัญ (ต่อ)	หน้า PAGE	CONTENTS
ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในการเพิ่มความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่	78	An Intermediate Care Service to Improve Activities of Daily Living in Patients with Stroke, Spinal Cord Injury and Traumatic Brain Injury in Sarapee Borvorn Patthana Hospital, Chiang Mai Province
พิชามณัฐ สุวรรณฉัตร และคณะ		<i>Pichamon Suwannachat et al.</i>
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาครบตามเกณฑ์ ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก	91	Factors Affecting Complete Treatment of Addiction Patients in Tak Province
ชลอวัฒน์ อินปา และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ		<i>Chalowat Inpa and Pisit Sriprasert</i>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสาธารณสุขล้านนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิชาการและผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และภัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเน้นเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้แก่หน่วยงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจ โดยเรื่องที่จะส่งตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตามลำดับก่อน หลัง และตามหลักเกณฑ์คำแนะนำดังต่อไปนี้

หลักเกณฑ์การส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา (Original article) ผลการศึกษา สรุป วิเคราะห์ ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการทั่วไป (General article) ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร (Abstract) อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 3 ปี ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆ ของผู้ย่อด้วย

2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์

2.1 ขนาดของต้นฉบับ ใช้กระดาษขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) พิมพ์หน้าเดียวโดยใช้ Font: Cordia UPC ขนาด 16 เว้น และพิมพ์โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านละ 1 นิ้ว ระยะบรรทัด 1 บรรทัด เพื่อสะดวกในการอ่านและปรับตรวจแก้ไขภาพประกอบ เป็นภาพสี หรือขาวดำ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากได้ภาพ ความยาวไม่เกิน 15 หน้า

2.2 ต้นฉบับเป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ ความยาวเรื่องไม่เกิน 15 หน้า ประกอบด้วยหัวข้อและเรียงลำดับให้ถูกต้อง ดังนี้ บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) บทนำ วิธีการศึกษา (สำหรับงานวิจัยที่ทำในมนุษย์ให้แจ้งหมายเลขการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้วย) ผลการศึกษา อภิปรายผล เอกสารอ้างอิง รวมทั้งตารางและรูป

2.3 ต้นฉบับ จะต้องประกอบด้วยหัวข้อ ดังต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ ให้อ่านเข้าใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้ใช้คำเต็ม มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อหน่วยงาน ให้ใช้คำเต็ม มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด

หรือไม่เกิน 300 คำ ประกอบด้วย บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัสดุ (กลุ่มตัวอย่าง) วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุป หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทความย่อ บทความต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทความย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัสดุและวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ วันเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ อ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ

อภิปรายผล ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด เหมือนหรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลการศึกษามากกล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของการศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ที่สอดคล้องกับผลการศึกษา หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารุ่นต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขล้านนา กองบรรณาธิการกำหนดให้ผู้เขียนรวบรวมเอกสารอ้างอิงเฉพาะรายการเอกสารที่ถูกอ้างไว้ในส่วนเนื้อเรื่องเท่านั้น ภายใต้หัวข้อ "เอกสารอ้างอิง" สำหรับบทความภาษาไทย และ "References" สำหรับบทความภาษาอังกฤษ หลักเกณฑ์การเขียนเอกสารอ้างอิง กำหนดให้ผู้เขียนใช้แบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

1. การเขียนเอกสารอ้างอิงในเอกสารหลัก หรือการอ้างอิงในเนื้อหาบทความ (citations in text) ใช้ระบบนาม-ปี ดังนี้ ให้วงเล็บชื่อผู้แต่ง ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยปี พ.ศ. ที่เผยแพร่ เช่น ภาษาไทย (ธีระ รามสูต และคณะ, 2526) ภาษาอังกฤษ (Ramasoota *et al.*, 1983)

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ใช้ระบบอ้างอิง APA ผู้เขียนภาษาไทยให้เรียงชื่อนามสกุล ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้เรียงนามสกุล ชื่อ หากเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อวารสารเต็มตามหนังสือ Index Medicus โดยเรียงลำดับการอ้างอิงตามลำดับตัวอักษร และให้การอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยขึ้นก่อนรายละเอียดดังรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเตรียมต้นฉบับเพื่อการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

3.1 รูปแบบและขนาดอักษรที่ใช้ในรื่องกำหนดไว้ดังนี้

ต้นฉบับภาษาไทย – Font: Cordia UPC ขนาด 16 เว้น ระยะห่าง 1 บรรทัด

ชื่อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 20

ชื่อผู้แต่ง หน่วยงานที่สังกัด และหัวข้อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 16

และเนื้อเรื่องพิมพ์ตัวปกติ ขนาด 16

ต้นฉบับภาษาอังกฤษ – Font: Cordia UPC ระยะห่าง 1 บรรทัด

ชื่อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 20

ชื่อผู้แต่ง หน่วยงานที่สังกัด และหัวข้อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 16

และเนื้อเรื่องพิมพ์ตัวปกติ ขนาด 16

3.2 ตารางและรูปเขียนเป็นภาษาไทย หรืออังกฤษ เรียงลำดับตามเนื้อหา

3.3 การอ้างอิงเอกสารในเนื้อหา ใช้ระบบนาม-ปี ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงทุกเรื่องจากตัวจริง หรือสำเนาตัวจริง ไม่ควรอ้างอิงเอกสารที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ อ้างอิงตามรูปแบบ APA หากเป็นเรื่องที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะชื่อแรกและตามด้วย "และคณะ" ใช้ชื่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journals Indexed in Index Medicus (ดูตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงในหัวข้อ การเขียนเอกสารอ้างอิง)

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ ส่งทางเว็บไซต์ เท่านั้น*** <https://www.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/>

4.2 กรณีต้องการติดต่อกองบรรณาธิการ สามารถติดต่อได้หลายช่องทาง ดังนี้

4.2.1 ติดต่อด้วยเอกสารส่งทางไปรษณีย์ ถึง

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขล้านนา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย)

เลขที่ 143 ถนนศรีดอนไชย ตำบลช้างคลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

โทรศัพท์ 0 5327 6364 ต่อ 118, 204 โทรสาร 0 5327 3590

4.2.2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: lannadpc10@gmail.com

4.3 ผู้นิพนธ์จะต้องส่ง File ผลงานวิชาการเข้าไปในเว็บไซต์เพื่อการลงทะเบียนบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ และส่งไฟล์ที่แก้ไขตามคำแนะนำของ Peer review พร้อมทั้ง Highlight ในส่วนที่ได้แก้ไขตามคำแนะนำ และตอบคำถามของ Peer review โดยแยกออกจากไฟล์ฉบับแก้ไขใหม่ บันทึกด้วยโปรแกรม Microsoft Word ให้กองบรรณาธิการ ภายในวันที่กำหนด ผ่านทางเว็บไซต์

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/> เท่านั้น

4.4 การพิจารณาตีพิมพ์ ผลงานจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาบทความมีความเห็นให้ตีพิมพ์ได้ อย่างน้อย 1 ใน 2

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และจะส่งให้ Peer review 2 ท่านร่วมพิจารณา โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้นิพนธ์ และ Peer review (Double-blind Peer Review)

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนสามารถ Download เอกสาร ได้ที่เว็บไซต์

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/>

ความรับผิดชอบ

1. วารสารสาธารณสุขสุล่านาได้จัดทำเป็นแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ กรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการเล่มวารสารสามารถแจ้งกองบรรณาธิการเพื่อประสานโรงพิมพ์ให้เป็นกรณีเฉพาะ ทั้งนี้ผู้พิมพ์จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามราคาที่โรงพิมพ์กำหนด

2. บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขสุล่านา ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ หรือการวิจัย ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และปฏิบัติตามจริยธรรมในการตีพิมพ์ของวารสารสาธารณสุขสุล่านา

การเขียนเอกสารอ้างอิง

ให้อ้างอิงเอกสารภาษาไทยก่อนภาษาต่างประเทศเรียงลำดับตามตัวอักษร

3.1 การอ้างอิงในเนื้อหาวารสาร โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอน

ผู้แต่ง	การอ้างอิง นอกวงเล็บครั้งแรก	การอ้างอิงนอกวงเล็บ ครั้งที่สองเป็นต้นไป	การอ้างอิง ในวงเล็บครั้งแรก	การอ้างอิง ในวงเล็บครั้งที่สอง เป็นต้นไป
1 คน	Vardy (2015)	Vardy (2015)	(Vardy, 2015)	(Vardy, 2015)
2 คน	Vardy and Stone (2014)	Vardy and Stone (2014)	(Vardy & Stone, 2014)	(Vardy & Stone, 2014)
3 คนขึ้นไป	Vardy <i>et al.</i> (2014)	Vardy <i>et al.</i> (2014)	(Vardy <i>et al.</i> , 2014)	(Vardy <i>et al.</i> , 2014)
องค์กร/ หน่วยงาน	World Health Organization (WHO, 2015)	WHO (2015)	(World Health Organization [WHO], 2015)	(WHO, 2015)

● การอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งเรื่องของผู้แต่งต่างกัน

เรียงลำดับตามอักษรชื่อผู้แต่งด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) กรณีที่เอกสารทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศถูกอ้างพร้อมกัน ให้เริ่มเขียนภาษาไทยก่อน และตามด้วยภาษาอังกฤษ

ตัวอย่างเช่น

(Miller, 1999; Shafranske & Mahoney, 1998)

(กัลยา วานิชย์บัญชา, 2562; สังวรณ จิตกระโทก, 2557)

(อนุชาติ บุณนาค, 2549; Campbell, 2006)

● การอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งเรื่องที่มีผู้แต่งซ้ำกัน ปีพิมพ์ต่างกัน

ให้ระบุชื่อผู้แต่งในการอ้างครั้งแรก หลังจากนั้นลงเฉพาะปีพิมพ์โดยเรียงลำดับเอกสารตามปีพิมพ์ ค้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตัวอย่างเช่น

(Gogel, 1996, 2006)

(Edeline & Weinberger, 1991, 1993)

(บุญยงค์ เกศเทศ, 2516, 2520, 2523)

3.2 การเขียนเอกสารอ้างอิง

- การอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง (ใช้ชื่อสกุลเต็ม ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ). (ปี พ.ศ.). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร, ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่พิมพ์), หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

McCombie, S. C. (1996). Treatment seeking for malaria: a review of recent research.

Social science & medicine, 43(6), 933-945.

นารณดา ชันธิกุล, อังคณา แซ่เจ็ง, ประยุทธ์ สุดาพิทย์ และสุรเชษฐ์ อรุณทอง. (2561). การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในการรับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากภัยพิบัติทางธรรมชาติในภาคเหนือประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 14(2), 1-12.

ในกรณีที่เป็นการบทความวิชาการที่เข้าถึงโดยระบบ Online (Journal article on the Internet)

ตัวอย่าง

นารณดา ชันธิกุล, ประยุทธ์ สุดาพิทย์, อังคณา แซ่เจ็ง, รุ่งระวี ทิพย์ มนต์รี, วรรณภา สุวรรณเกิด. (2556).

ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในภาคเหนือตอนบนประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 9(1), 21-34. [สืบค้นเมื่อ 5 พ.ค. 2556]; แหล่งข้อมูล:

URL: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/190223>

Khantikul, N., Butraporn, P., Kim, H. S., Leemingsawat, S., Tempongko, M. S. B., & Suwonkerd, W. (2009). Adherence to antimalarial drug therapy among vivax malaria patients in northern Thailand. Journal of health, population, and nutrition, 27(1), 4-13.

[cited 2005 May 20]; Available from: URL:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761802/>

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่รายชื่อผู้แต่งทุกคนขึ้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม *et al.* ถ้าเป็นภาษาไทย เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม และคณะ

ภาษาไทย : ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม Font 16

- การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง สกุล (อักษรย่อของชื่อหน่วยงาน). (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Fenner, F., Hall A. J., & Dowdle, W. R. (1998). What is eradication? In: Dowdle WR, Hopkins DR, 1st eds. The eradication of infectious diseases. Chichester: John Wiley & Sons.

- การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา:

ชื่อผู้เขียน ชื่อสกุล. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน: (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

อมร ลีลารัศมี และสุรพล สุวรรณกุล. (2536). ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. ใน: อมร ลีลารัศมี และสุรพล สุวรรณกุล, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. กรุงเทพมหานคร: ที พี พรินท์ จำกัด.

- การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference proceedings)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม.
เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

- การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่รับปริญญา). ชื่อเรื่อง. ประเภทปริญญา. ภาควิชา คณะ เมือง: มหาวิทยาลัย.

- บทความอิเล็กทรอนิกส์ทั่วไป

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ [ประเภทสื่อ]. [สืบค้นเมื่อ/cited ปีเดือน วันที่]; แหล่งข้อมูล/Available
from: URL: <http://.....>

- การอ้างอิงอื่นๆ

พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. (2538). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์, 545.

**พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อและปัญหาภาวะสุขภาพจิตของประชาชน
ในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรก:
กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1-2 ภาคเหนือ ประเทศไทย**

**Preventive Behaviors and Mental Health Problems of Population
during the First Wave COVID-19 Pandemic:
A Case Study of Health Region 1-2, Northern Thailand**

दारुंग ค่ำวงศ์* วท.ด.

(การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ)

จิระเกียรติ ประสานธนกุล* ปร.ด.

(การบริหารการศึกษา)

ธนิยะ วงศ์วาร** พบ., วว. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน

(แขนงอาชีวเวชศาสตร์)

มูทิตา พนาสathy*** พบ., วว. สาขาจิตเวชศาสตร์

Daoroong Komwong* Ph.D.

(Health Research and Management)

Jirakeat Prasanthanakul* Ph.D.

(Educational Administration)

Taniya Wongwan** M.D., Dip. Thai Board of

Preventive Medicine (Occupational Medicine)

Muthita Phanasathit*** M.D., Dip. Thai Board of

Psychiatry

* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

** ศูนย์ตรวจสุขภาพและอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลพิษณุเวช
Health Check Up and Occupational Medicine Center, Pitsanuvej Hospital

***ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

Received: Nov 4, 2021

Revised: Dec 16, 2021

Accepted: Dec 29, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ความชุกของปัญหาภาวะสุขภาพจิต และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อมีภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1-2 ภาคเหนือ ในช่วงการระบาดระลอกแรกของไวรัสโคโรนา 2019 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 247 คน ระหว่างวันที่ 1-22 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ใช้แบบประเมิน Depress Anxiety Stress Scales (DASS-21) ฉบับภาษาไทยในการประเมินภาวะสุขภาพจิต โดยใช้สถิติไคสแควร์ และสหสัมพันธ์เชิงส่วนในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ โดยการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ร้อยละ 80.16 การซื้ออาหารมากินที่บ้าน ร้อยละ 74.09 การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 68.02 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 3.24, 3.64 และ 2.42 ตามลำดับ ปัจจัยด้านอายุ อาชีพ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า หากมีการระบาด “ระลอกใหม่” หรือ “การระบาดซ้ำ” ของไวรัสโคโรนา 2019 หรือการระบาดที่คล้ายกันในอนาคต การสร้างเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออาจช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ, ภาวะสุขภาพจิต, ไวรัสโคโรนา 2019

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to describe the COVID-19 preventive behaviors and prevalence of mental health problems, and to examine associations between personal factors, COVID-19 preventive behaviors, and mental health problems during the first wave of the pandemic. The data were collected from 247 individuals from the population at large located in the Health Region 1-2, Northern Thailand, via an online questionnaire that was self-administered between May 1st and May 22th, 2020. The colloquial Thai language of the DASS-21 scale (Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 Items) was used to assess the mental health outcomes, while Chi-square and partial correlation were applied to identify the factors associated with the mental health outcomes. The results found there were high implementing rates of coronavirus preventive behaviors, with 80.16%, 74.09%, and 68.02% of respondents wearing masks, detaining themselves to buy take-home foods or to do home-cooked meals, and practicing hygienic hand, respectively. 3.24%, 3.64%, and 2.42% of all respondents demonstrated severe to extremely severe symptoms of depression, anxiety, and stress, respectively. Age, occupation and coronavirus preventive behaviors were associated with mental health problems of the respondents (p -value<0.05). The study recommended promotion of effective coronavirus preventive behaviors may protect the general population's mental health in a "new or emerging phase" after the COVID-19 virus mutation and prepare themselves against a potential outbreak wave or equivalent crises.

Key words: Preventive behaviors, Mental health, COVID-19

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่ปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยมีการรายงานผู้ติดเชื้อครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน หลังจากนั้นมีการแพร่ระบาดในประเทศอื่นๆ จึงทำให้องค์การอนามัยโลกได้ประกาศการแพร่ระบาดของโควิด 19 เป็นการระบาดเป็นวงกว้างไปทั่วโลก (Pandemic) (World Health Organization, 2020a) สำหรับสถานการณ์การระบาดระลอกแรก ในช่วงต้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 (ข้อมูล ณ วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2563) พบผู้ติดเชื้อยืนยันทั่วโลก 965,765 ราย เสียชีวิต 49,249 ราย โดยประเทศที่พบผู้ติดเชื้อมากที่สุด คือ สหรัฐอเมริกา

รองลงมาคือ อิตาลี และสเปน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563a) สำหรับประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2563 พบผู้ติดเชื้อยืนยัน 1,875 ราย และเสียชีวิต 15 ราย โดยพบว่าภายใน 10 วัน มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และภายใน 5 วัน มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ซึ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดระลอกแรกของประเทศไทย ณ ขณะนั้น มีความรุนแรงและการแพร่ระบาดในวงกว้างอย่างต่อเนื่อง (ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์ และการวิจัยและพัฒนา, 2563)

จากสถานการณ์วิกฤตดังกล่าวส่งผลให้รัฐบาลและจังหวัดต่างๆ ประกาศมาตรการเพื่อลดความรุนแรง

ของการแพร่ระบาดของโควิด 19 อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในช่วงต้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 และเมื่อวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลได้ประกาศข้อกำหนดแห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน (พ.ร.ก.ฉุกเฉิน) ฉบับที่ 1 (ราชกิจจานุเบกษา, 2563b) โดยห้ามประชาชนเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดโรค ห้ามหรือจำกัดการเข้าออกราชอาณาจักร และการเคลื่อนย้ายประชาชนข้ามเขตพื้นที่ โดยขอให้ประชาชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการและคำแนะนำทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด มาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” รวมถึงการใช้มาตรการป้องกันโรคเพื่อตนเองและแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น การใช้หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ การหมั่นล้างมือ การเว้นระยะสัมผัสห่างจากผู้อื่น เป็นต้น และในเวลาต่อมารัฐบาลได้ประกาศข้อกำหนด พ.ร.ก.ฉุกเฉินฉบับอื่นๆ ตามมา (ราชกิจจานุเบกษา, 2563a) เพื่อแก้ไขสถานการณ์การแพร่ระบาดที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลการสำรวจแบบเร็ว (Rapid survey) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในช่วงระหว่างวันที่ 24-25 มีนาคม พ.ศ. 2563 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า เมื่อออกนอกบ้าน การล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำ และการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563b) และจากการสำรวจความคิดเห็นประชาชน ระหว่างวันที่ 24-30 มีนาคม พ.ศ. 2563 พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้านรองลงมาคือ การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์บ่อยๆ และการไม่ออกนอกบ้านถ้าไม่จำเป็น (ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ, 2563)

จากการเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ดังกล่าวทำให้ประชาชนได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยข้อมูลการสำรวจในช่วงการระบาดระลอกแรกพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลที่จะติดเชื้อมากถึงร้อยละ 71.52 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563b) นอกจากนี้ยังมี

การศึกษาที่พบว่า ประชาชนมีความกังวลต่อการติดเชื้อจากการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง จากการที่อาศัยหรือทำงานบริเวณคนพลุกพล่านหรือแออัด การไม่มีหน้ากากอนามัยหรือเจลแอลกอฮอล์ การทำงานใกล้ชิดกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการทำงานด้านการแพทย์หรือสาธารณสุข (ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ, 2563) ทั้งนี้การอนามัยโลกได้เล็งเห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่ม จึงได้มีคำแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับประชาชนทั่วไป และกลุ่มเฉพาะอื่นๆ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว (World Health Organization, 2020b) ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อ และปัญหาภาวะสุขภาพจิตของประชาชน ในช่วงการระบาดระลอกแรกที่มีความรุนแรง และมีการประกาศใช้ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-2 ซึ่งเป็นเขตสุขภาพที่มีความแตกต่างของระดับพื้นที่ของการระบาดโควิด 19 เพื่อเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการจัดการเพื่อลดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันที่หากมีการระบาด “ระลอกใหม่” หรือ “การระบาดซ้ำ” ของไวรัสโคโรนา 2019 หรือการระบาดที่คล้ายกันในอนาคต

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบออนไลน์ ระหว่างวันที่ 1-22 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ในประชาชนทั่วไปที่ทำงานหรืออาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1-2 ภาคเหนือ ซึ่งประกอบด้วย 13 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา แม่ฮ่องสอน พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุดรดิตถ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ทำงานหรืออาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1-2 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร

การประมำณค่ำสัดส่วนที่ทรำบจำนวนประชำกรที่
แน่นอน (Ngamjarus *et al.*, 2016; Wayne, 1995)
โดยอ่ำงอิงจำนวนประชำกรจากสำนักรำนงสถิติแห่งชำติ
(สำนักรำนงสถิติแห่งชำติ, 2562) กำหนดสัดส่วน
ควำมชุกของโรคจิตเวชใ้ใด ๆ อย่างน้อยหนึ่งโรคใน
ภำคเหนือ จากการสำรวรระบาดวิทยำสุขภำพจิตของ
คนไทยระดับชำติ ปี พ.ศ. 2556 เท่ำกับร้อยละ 9.3
(Kittirattanapaiboon *et al.*, 2013) ที่ระดับควำม
เชื่อกันร้อยละ 95 ควำมคลำดเคลื่อนที่ยอมรับได้
เท่ำกับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 130 คน ทำการ
เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เมื่อสิ้นสุดการเก็บ
ข้อมูล มีกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วม
การศึกษำครั้งนี้ จำนวน 247 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบสอบถาม โดย
แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน
5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การมีผู้ที่มีความ
เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้ออยู่ในครอบครัว และจังหวัดที่
อาศัยหรือทำนงขณะตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกำรป้องกันโรค
ติดเชื้อ จำนวน 10 ข้อ พัฒนำจากการศึกษำเอกสาร
และงำนวิจัยที่เกี่ยวข้อง ค่ำตอบเป็นแบบตัวเลือก
โดยมีมำตรวัด 4 ระดับ ตามควำมถี่ในการปฏิบัติตั้งแต่
0-3 คือ 0 หมายความว่า ไม่เคยปฏิบัติ 1 หมายความว่า ปฏิบัติ
บางครั้ง 2 หมายความว่า ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 3 หมายความว่า
ปฏิบัติทุกครั้ง โดยแบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ
คือ ระดับต่ำ (0-10 คะแนน) ปำนกลาง (11-20 คะแนน)
และสูง (21-30 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภำวะสุขภำพจิต ในการศึกษำ
นี้ใช้แบบประเมิน Depress Anxiety Stress Scales
(DASS-21) ซึ่งเป็นแบบวัดภำวะซึมเศร้า ภำวะวิตกกังวล
ควำมเครียด มีจำนวน 21 ข้อ โดยแต่ละส่วนประกอบด้วย
ค่ำถำมจำนวน 7 ข้อ ซึ่งแปลเป็นภำษำไทย (Oei
et al., 2013) ค่ำตอบเป็นแบบตัวเลือก โดยมีมำตรวัด
4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คือ 0 หมายความว่า ไม่ตรงกับฉันเลย
1 หมายความว่า ตรงกับฉันบ้างหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
2 หมายความว่า ตรงกับฉันหรือเกิดขึ้นบ่อย และ
3 หมายความว่า ตรงกับฉันมำกหรือเกิดขึ้นบ่อยมำกที่สุด

ผลรวมของคะแนนในแต่ละส่วนแบ่งเป็น 5 ระดับ
ดังนี้

ระดับ	คะแนน		
	ภำวะ ซึมเศร้า	ภำวะวิตก กังวล	ควำม เครียด
ปกติ	0-4	0-3	0-7
เล็กน้อย	5-6	4-5	8-9
ปานกลาง	7-10	6-7	10-12
สูง	11-13	8-9	13-16
รุนแรง	>14	>10	>17

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามส่วนนี้เป็นกรณีทีคิดว่ำ
ผู้ตอบแบบสอบถามกำล้งประสบปัญหำสุขภำพจิต
จากสถำนการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 เป็นข้อ
ค่ำถำมทีให้ระบุถึงสำเหตุและวิธีจัดการตนเอง จำนวน
2 ข้อ เป็นค่ำตอบให้เลือกตอบ มีตัวเลือกค่ำตอบเพื่อให้
ครอบคลุมค่ำตอบทีเป็นไปได้ โดยมุ่งหมำยให้ผู้ตอบ
สะดวกต่อการตอบแบบออนไลน์มำกทีสุด สำนารถ
ตอบได้มำกกว่ำ 1 ค่ำตอบ โดยมีตัวเลือกสุดท้ายของ
แต่ละข้อเป็นแบบปลำยเปิดให้ระบุเพิ่มเติมได้ กรณีที
ตัวเลือกของค่ำตอบไม่ตรงกับทีผู้ตอบต้องการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้นำไปทดสอบคุณภาพทั้งควำม
ตรงเชิงเนื้อหำจากผู้เชี่ยวชาญ (Content validity)
และควำมเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)
โดยวิเคราะห์ได้ค่ำสัมประสิทธิ์แอลฟำครอนบาค
(Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม
พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อและแบบประเมิน
DASS-21 มีค่ำเท่ำกับ 0.811 และ 0.912 ตามล่ำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามออนไลน์
ทีถูกเชื่อมโยงกับระบบออนไลน์ หรือรหัสคิวอาร์ เพื่อ
ส่งให้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งทำนงหรืออาศัยอยู่ในเขต
สุขภำพที่ 1-2 โดยส่งไปยังบุคคล กลุ่มเพื่อน บุคคลที
รู้จัก หรือผ่านเครือข่ายสังคม ทั้งนี้ไม่มีการให้ผู้ตอบ
ระบุชื่อ เลขทีบัตรประชำชน ที่อยู่ หรือข้อมูลอื่นที
สำมารถระบุถึงผู้ให้ข้อมูลได้ โดยผู้เข้าร่วมการศึกษำ
ต้องแสดงควำมสมัครใจในการยินยอมเข้าร่วมการศึกษำ

หลังจากที่ได้อ่านข้อมูลสำคัญของโครงการวิจัยในส่วนแรกของแบบสอบถาม หากผู้ได้รับข้อมูลหรืออ่านในส่วนแรกตอบว่า “ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย” แสดงว่าได้แสดงความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา กรณีที่ตอบ “ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย” หมายถึงสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามนี้โดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติการทำแบบสอบถามได้ตลอดเวลาหากรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะตอบคำถามใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อ ข้อมูลปัญหาภาวะสุขภาพจิต รวมทั้งสาเหตุและวิธีการจัดการตนเองกรณีคิดว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพจิต โดยแสดงเป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้าน (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความเครียด) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ และระดับเล็กน้อย-รุนแรง สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อ กับคะแนนสุขภาพจิตในแต่ละด้าน ใช้สถิติสหสัมพันธ์เชิงส่วน (Partial correlation) โดยมีการควบคุมตัวแปรได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ จังหวัดที่อาศัยหรือทำงาน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (หนังสือรับรองเลขที่ 2/2020-1)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 247 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.47 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.77 ปี (S.D.=13.26) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 25.91 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 22.67 และช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 19.03 ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 33.20 รองลงมาคือ พนักงานบริษัทเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว/

ค้าขาย/ประกอบอาชีพอิสระ ร้อยละ 25.51 และรับจ้างรายวัน/รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร ร้อยละ 17.41 มีผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ร้อยละ 53.85 ได้แก่ เด็กต่ำกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว และอาศัยหรือทำงานอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 60.73

พฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อ ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีการปฏิบัติทุกครั้งในเรื่องการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 80.16 การซื้ออาหารมากินที่บ้าน ไม่นั่งกินที่ร้าน ร้อยละ 74.09 ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสจุดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ร้อยละ 68.02 ใช้ช้อนกลาง จาน แก้วน้ำส่วนตัว ร้อยละ 63.56 เมื่อไอหรือจาม ปิดปากและจมูกทุกครั้ง หลังจากนั้นล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทันที ร้อยละ 58.30 ดังตารางที่ 1

ปัญหาสุขภาพจิต สาเหตุ และวิธีการจัดการตนเอง

สำหรับปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ร้อยละ 23.89 ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 17.81 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงระดับรุนแรง ร้อยละ 3.24 ร้อยละ 3.64 และร้อยละ 2.42 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

สาเหตุที่คิดว่าทำให้ประสบปัญหาสุขภาพจิต และวิธีการจัดการตนเอง

จากการสอบถามปัญหาสุขภาพจิตกรณีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองประสบปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 25.51 โดยสาเหตุที่คิดว่าทำให้ประสบปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น การซื้อหน้ากาก เจลแอลกอฮอล์ หรืออุปกรณ์ป้องกันอื่นๆ เป็นต้น ร้อยละ 53.97 การปิดสถานที่ที่ตนเคยใช้บริการ ร้อยละ 41.27 และการที่ห้างสรรพสินค้า ปิดบริการเปิดเฉพาะบางส่วน หรือร้านค้าเปิดบริการเฉพาะซื้อกลับบ้าน ร้อยละ 38.10 โดยกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการตนเองเพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดคือ

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อและปัญหำภำวะสุขภาพจิตของประชาชน
ในชวงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรก:
กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1-2 ภาคเหนือ ประเทศไทย

ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเพื่อลดโอกาส และหำกกิจกรรมที่ตนเองสนใจหรืองานอดิเรกที่ชอบ
เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ร้อยละ 76.19 รองลงมาคือ เลือกร้อยละ 65.08 ดังตารางที่ 3
ติดตามข่ำวสารจากสื่อที่เชื่อถือได้ ร้อยละ 65.08

ตารางที่ 1 พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่าง (n=247)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา (COVID-19)	ควำมถี่ของการปฏิบัติ							
	ไม่เคยปฏิบัติ		ปฏิบัติบางครั้ง		ปฏิบัติบ่อยครั้ง		ปฏิบัติทุกครั้ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
• ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน	0	0.00	2	0.81	47	19.03	198	80.16
• ซื้ออำหำรมากินที่บ้าน ไม่นั่งกินที่ร้าน	0	0.00	7	2.83	57	23.08	183	74.09
• ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสจุดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	0	0.00	6	2.43	73	29.55	168	68.02
• ใช้ช้อนกลาง จำน แก้วน้ำส่วนตัว	0	0.00	17	6.88	73	29.56	157	63.56
• เมื่อไอหรือจำม ปิดปากและจมูกทุกครั้ง หลังจำกนั้นล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทันที	0	0.00	13	5.26	90	36.44	144	58.30
• งดกิจกรรมการรวมกลุ่ม และออกนอกบ้านเมื่อจำเป็น	6	2.43	29	11.74	81	32.79	131	53.04
• กรณีอยู่ร่วมกับผู้อื่น รักษา ระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	1	0.40	24	9.72	125	50.61	97	39.27
• เมื่อกลับถึงบ้านอำบน้ำ สระผมและเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที	6	2.43	58	23.48	124	50.20	59	23.89
• หลีกเลียงการจับใบหน้า ตำ จมูก ปาก	4	1.62	59	23.89	116	46.96	68	27.53
• ใช้บริการส่งอำหำรถึงบ้านหรือที่ทำงาน	91	36.84	45	18.22	46	18.62	65	26.32

ตารางที่ 2 ระดับของภำวะซึมเศร้า ภำวะวิตกกังวล และควำมเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n=247)

ระดับ	ภำวะซึมเศร้า		ภำวะวิตกกังวล		ควำมเครียด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (Normal)	188	76.11	190	76.92	203	82.19
เล็กน้อย (Mild)	30	12.15	30	12.15	26	10.53
ปานกลาง (Moderate)	21	8.50	18	7.29	12	4.86
สูง (Severe)	6	2.43	4	1.62	3	1.21
รุนแรง (Extremely severe)	2	0.81	5	2.02	3	1.21

ตารางที่ 3 สาเหตุที่คิดว่าทำให้ประสบปัญหาสุขภาพจิตและวิถีจัดการตนเอง จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 (n=247)

ความคิดเห็นต่อการประสบปัญหาสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
● ไม่คิดว่าตนเองประสบปัญหาสุขภาพจิต	184	74.49
● คิดว่าตนเองประสบปัญหาสุขภาพจิต	63	25.51
สาเหตุที่คิดว่าทำให้ประสบปัญหาสุขภาพจิต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=63)		
● การมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น การซื้อหน้ากาก เจลแอลกอฮอล์ หรืออุปกรณ์ป้องกันอื่นๆ	34	53.97
● การปิดสถานที่ที่ตนเคยใช้บริการ เช่น สระว่ายน้ำ ฟิตเนส นวดสปา เป็นต้น	26	41.27
● การที่ห้างสรรพสินค้าปิดบริการ/เปิดเฉพาะบางส่วน หรือร้านค้าเปิดบริการเฉพาะซื้อกลับบ้าน	24	38.10
● การประกาศ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน รวมทั้งมาตรการที่จำกัดการเคลื่อนย้ายหรือการเดินทาง	23	36.51
● การถูกจำกัดไม่ให้ออกนอกเคสสถานในช่วงเวลาที่รัฐบาลหรือจังหวัดประกาศ	18	28.57
● แผนการท่องเที่ยวถูกยกเลิก สายการบินยกเลิกเที่ยวบิน	15	23.81
● ไม่สามารถหาซื้อหน้ากาก หรือเจลแอลกอฮอล์ได้	14	22.22
● การอาศัยหรือทำงานในพื้นที่ที่มีคนพลุกพล่านหรือแออัด	10	15.87
● การอาศัยอยู่ในพื้นที่สีแดงหรือจังหวัดที่มีรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อ	10	15.87
● การทำงานที่ต้องใกล้ชิดกับกลุ่มคนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มคนที่มาจากต่างประเทศ	7	11.11
● การอาศัยหรือทำงานที่ใกล้ชิดกับบุคลากรทางการแพทย์	6	9.52
● การมีบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในครอบครัว (บ้านหลังเดียวกัน)	4	6.35
วิถีจัดการตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=63)		
● ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	48	76.19
● เลือกติดตามข่าวสารจากสื่อที่เชื่อถือได้	41	65.08
● หากิจกรรมที่ตนเองสนใจ/งานอดิเรกที่ชอบ เช่น ดูภาพยนตร์ ฟังเพลง ปลูกผัก เป็นต้น	41	65.08
● ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารแทนการพบปะสังสรรค์หรือการทำกิจกรรมร่วมกัน	29	46.03
● ติดตามข่าวสารเท่าที่จำเป็น	29	46.03
● ปรึกษาหรือพูดคุยกับคนใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึกให้ฟัง	20	31.75
● ซื้อประกันไวรัสโควิด (COVID-19)	15	23.81

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม
การป้องกันโรคติดเชื้อ กับปัญหาสุขภาพจิต**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับการเผชิญภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด และอาชีพ

มีความสัมพันธ์กับการเผชิญภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่คะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ กับการเผชิญปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า		χ^2 (p-value)	ภาวะวิตกกังวล		χ^2 (p-value)	ความเครียด		χ^2 (p-value)
	ปกติ (ร้อยละ)	เล็กน้อย- รุนแรงมาก (ร้อยละ)		ปกติ (ร้อยละ)	เล็กน้อย- รุนแรงมาก (ร้อยละ)		ปกติ (ร้อยละ)	เล็กน้อย- รุนแรงมาก (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)									
18-29	62.79	37.21	19.886	79.07	20.93	13.555	76.74	23.26	10.797
30-39	66.07	33.93	(<0.001*)	62.50	37.50	(0.008*)	73.21	26.79	(0.028*)
40-49	73.44	26.56		73.44	26.56		79.69	20.31	
50-59	87.23	12.77		85.11	14.89		93.62	6.38	
≥ 60 ขึ้นไป	97.30	2.70		91.89	8.11		91.89	8.11	
เพศ									
หญิง	76.54	23.46	0.064	78.21	21.79	0.609	83.24	16.76	0.493
ชาย	75.00	25.00	(0.868)	73.53	26.47	(0.499)	79.41	20.59	(0.577)
อาชีพ									
ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	85.37	14.63	12.321 (0.031*)	86.59	13.41	17.009 (0.004*)	81.71	18.29	2.451 (0.784)
พนักงานบริษัทเอกชน	71.43	28.57		85.71	14.29		92.86	7.14	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/ ประกอบอาชีพอิสระ	59.18	40.82		61.22	38.78		81.63	18.37	
รับจ้างรายวัน/รับจ้าง ทั่วไป/เกษตรกร	74.42	25.58		65.12	34.88		76.74	23.26	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อ กับ การเผชิญปัญหาสุขภาพจิต (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า		χ^2 (p-value)	ภาวะวิตกกังวล		χ^2 (p-value)	ความเครียด		χ^2 (p-value)
	ปกติ	เล็กน้อย- รุนแรงมาก		ปกติ	เล็กน้อย- รุนแรงมาก		ปกติ	เล็กน้อย- รุนแรงมาก	
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
นักเรียน/นิสิต/ นักศึกษา/แม่บ้าน/ ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ ว่างงาน อื่นๆ	78.38	21.62		86.49	13.51		86.49	13.51	
การมีกลุ่มเสี่ยงสูงอยู่ในครอบครัว									
มี	81.82	18.18		77.27	22.73		81.82	18.18	
ไม่มี	78.07	21.93	0.446	77.19	22.81	0.009	85.09	14.91	1.217
	74.44	25.56	(0.504)	76.69	23.31	(0.926)	79.70	20.30	(0.270)
เขตบริการสุขภาพ									
เขต 1	74.00	26.00	0.938	74.89	25.11	0.658	78.67	21.33	3.232
เขต 2	79.38	20.62	(0.333)	80.00	20.00	(0.417)	87.63	12.37	(0.072)
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์									
คะแนนพฤติกรรม		-0.198			-0.152			-0.175	
การป้องกันโรคติดเชื้อ		(0.002*)			(0.018*)			(0.006*)	

* p-value<0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อที่ปฏิบัติบ่อยครั้งถึงปฏิบัติทุก ครั้ง ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ เมื่อสัมผัสจุด เสี่ยง การรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร สอดคล้องกับผลการศึกษาในประชาชนของแต่ละ จังหวัดที่พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันเพื่อลด การติดเชื้อในระดับมาก ได้แก่ การใส่หน้ากาก อนามัยหากอยู่ในพื้นที่มีคนแออัดหรือออกจากบ้าน การล้างมือด้วยสบู่ การเว้นระยะห่างทางสังคม (Glomjai *et al.*, 2020; Kaewsuksai *et al.*, 2021, Khumsaen, 2021) ซึ่งเหตุผลอาจเกิดจากการที่ ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการที่หน่วยงานด้าน สาธารณสุขได้แนะนำในช่วงที่ทำการศึกษโดยเฉพาะ หลังการประกาศ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน (ราชกิจจานุเบกษา, 2563b)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีภาวะซึมเศร้า ภาวะ วิตกกังวล และความเครียด อยู่ในระดับเล็กน้อยถึง รุนแรง ซึ่งสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าทำให้ประสบ ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การมีค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในการ ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อจากการ ใช้ชีวิตประจำวันหรือการทำงาน ประกอบกับราคา หน้ากากอนามัยมีการปรับตัวสูงขึ้นในช่วงที่มีการ ระบาดในระลอกแรก จนต้องมีการควบคุมการ จำหน่าย (กรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์, 2563) และจากการสำรวจผลกระทบการแพร่ระบาด ของโรคโควิด 19 ด้านสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ สามารถหาซื้อหน้ากากอนามัยได้ประมาณร้อยละ 40 จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเผชิญกับปัญหา สุขภาพจิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563b) สอดคล้องกับผลการศึกษาในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลที่จะติดเชื้อ ร้อยละ 70 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563b) และการศึกษาของกรุงเทพโพลล์พบว่า ประชาชนมี ความกังวลต่อการติดเชื้อ การไม่มีหน้ากากอนามัย หรือเจลแอลกอฮอล์ การทำงานใกล้ชิดกับผู้ที่อยู่ใน

(ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ, 2563)

จากผลการศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับ การเผชิญปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล โดยผู้ที่มีอาชีพพนักงานบริษัท เอกชน ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย หรือรับจ้างรายวัน มี แนวโน้มของการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าใน กลุ่มข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยสาเหตุ ประการหนึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการออกประกาศ มาตรการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด เกี่ยวข้องกับการ ห้ามการเดินทาง การปิดร้านค้าหรือห้างสรรพสินค้า การห้ามรับประทานอาหารที่ร้าน ซึ่งส่งผลกระทบกับ การประกอบอาชีพในภาคเอกชน ผู้ประกอบการ รวมทั้งส่งผลต่อลูกจ้างของสถานประกอบการ สอดคล้องกับผลการสำรวจผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่ พบว่า ประชาชนได้รับผลกระทบด้านอาชีพและการ จ้างงาน มีการเลิกขายหรือปิดกิจการ และการมี ยอดขายที่ลดลง ส่งผลให้ลูกจ้างถูกพักงาน หรือถูก เลิกจ้าง นอกจากนี้ยังพบว่า มาตรการการปิดร้านค้า และการห้ามเดินทางระหว่างจังหวัด ส่งผลกระทบ ด้านอาชีพและการจ้างงานมากที่สุด ในกลุ่มที่ไม่ใช่ ข้าราชการ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563a) จึงอาจ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านอาชีพกับการเผชิญปัญหาสุขภาพจิต

สำหรับปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการเผชิญ ปัญหาสุขภาพจิต โดยในกลุ่มอายุที่กำลังศึกษาใน ระดับมัธยมศึกษาถึงระดับอุดมศึกษา หรือช่วงอายุที่ เริ่มทำงาน และกลุ่มวัยทำงาน (ที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี) มีแนวโน้มของการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า กลุ่มวัยสูงอายุ ซึ่งสาเหตุอาจเป็นไปได้ว่าช่วงอายุที่ กำลังศึกษา สถานศึกษามีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการ เรียนการสอนจากเดิมเป็นรูปแบบออนไลน์แทน อาจส่งผลให้ประสบปัญหาเรื่องการปรับตัว (สำนักงาน สถิติแห่งชาติ, 2563b) จึงอาจทำให้มีแนวโน้มที่จะ เผชิญปัญหาสุขภาพจิต สำหรับกลุ่มอายุที่อยู่ในช่วง เริ่มต้นของการทำงาน หรือกลุ่มวัยทำงาน อาจประสบ ปัญหาเป็นไปในทิศทางเดียวกับปัจจัยด้านอาชีพดังที่ ได้กล่าวมาข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจที่

พบว่า กลุ่มที่เพิ่งจบการศึกษาหรือเริ่มต้นทำงาน และ
กลุ่มที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา เป็นกลุ่มที่ได้รับ
ผลกระทบมากกว่าผู้ที่เกษียณอายุราชการ (สำนักงาน
สถิติแห่งชาติ, 2563a)

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีรูปแบบการศึกษาที่เป็นแบบ
ภาคตัดขวาง จึงอาจไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์
เชิงเหตุผลได้ รวมทั้งไม่สามารถระบุได้ว่าการมีปัญหา
ทางสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างเกิดขึ้นก่อน หรือ
ในช่วงที่มีการระบาด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมี
สัดส่วนของกลุ่มข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจใน
สัดส่วนค่อนข้างสูง ซึ่งอาจทำให้ความชุกของปัญหา
สุขภาพจิตในการศึกษานี้ต่ำกว่าความเป็นจริง
เนื่องจากลักษณะอาชีพเป็นงานที่มั่นคง อาจได้รับ
ผลกระทบน้อยกว่ากลุ่มที่ทำงานไม่ประจำ หรือมี
ลักษณะการจ้างงานที่ไม่มั่นคง หรือการประกอบ
อาชีพมีความผันผวนไปตามมาตรการที่รัฐบาล
ประกาศออกมาเพื่อควบคุมความรุนแรงของการ
ระบาด นอกจากนี้เป็นการศึกษาเฉพาะประชาชน
ทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 1-2 ภาคเหนือ จึงอาจมี
ข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาไปยังประชาชนใน
ภาพรวมทั้งหมด อีกทั้งวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
บังเอิญและการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม
ออนไลน์ ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนบุคคลหรือ

กลุ่ม อาจทำให้การกระจายตัวของลักษณะบางประการ
ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นสัดส่วนของประชากรทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

ในสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่
พบการระบาดในประเทศไทย การส่งเสริมพฤติกรรม
การป้องกันโรคติดเชื้อสำหรับประชาชนเป็นสิ่งที่ทุกคน
ควรให้ความสำคัญ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
และสม่ำเสมอ รวมถึงการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตใน
กลุ่มอาชีพที่ทำงานในภาคเอกชน ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย
และรับจ้าง หรือในกลุ่มอายุในช่วงวัยทำงาน เพื่อช่วย
ให้สามารถดำเนินชีวิตในปัจจุบันได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศ.ดร.สุกัลยา สว่าง มหาวิทยาลัย
โคเวนทรี ผศ.ดร.นพ. ญัตถ พิทยรัตน์เสถียร คณะ
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ผศ.ดร.
ณัฏฐวรรต บัวทอง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ (DASS-21)
และขอขอบคุณประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1-2 ทุกท่าน
ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา เสียสละเวลาในการตอบ
แบบสอบถาม ทำให้การศึกษารั้งนี้สำเร็จลุล่วงไป
ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์. (2563). ประกาศกรมการค้าภายใน เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และ
เงื่อนไขในการจำหน่ายหน้ากากอนามัย [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2563]; แหล่งข้อมูล:
URL: <https://www.dit.go.th/Content.aspx?m=12&c=28660>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563a). COVID-19 (EOC-DDC Thailand) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 6
เมษายน 2563]; แหล่งข้อมูล: URL:
<https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563b). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [ออนไลน์].
[สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2563]; แหล่งข้อมูล: URL:
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no455-020464.pdf>

- รำชกิจงำนเบงกษำ. (2563a). ช้อกำหนดออกตำมควำมในมำตรำ 9 แห่งพระรำชกำหนดกำรบริหำรรำชกำรใน
สถำนกำรณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนำยน 2563]; แหล่งช้้อมูล: URL:
http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/069/T_0010.PDF?fbclid=IwAR1Zsl0Wgp9MEwWcbND3OaUocbqad_n2JZ94eSR0s0vy6B0G8DUV9j-X418
- รำชกิจงำนเบงกษำ. (2563b). แ่ลงกำรณ์สำนักรำนยกรัฐมนตรี้เรื่อง กำรประกาศสถำนกำรณ์ฉุกเฉินตำม
พระรำชกำหนดกำรบริหำรรำชกำรในสถำนกำรณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 2
เมษำยน 2563]; แหล่งช้้อมูล: URL:
http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/A/024/T_0001.PDF
- ศูนย์ปฏิบัติกำรด้ำนนวัตกรรมกำรแพทย์ และกำรวิจัยและพัฒนำ. (2563). ระบบบูรณำกำรช้้อมูลสถำนกำรณ์
กำรระบาดของโรคติดเชื้ไวรัสโคโรนำ 2019 (โควิด-19) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 6 เมษำยน 2563];
แหล่งช้้อมูล: URL: <https://covid19.nrct.go.th/>
- ศูนย์วิจัยมหำวิทยำลัยกรุงเทพ. (2563). กรุงเทพโพลล์: “อยู่ให้เป็น...หยุดให้ได้: COVID-19” [ออนไลน์].
[สืบค้นเมื่อ 2 เมษำยน 2563]; แหล่งช้้อมูล: URL: <https://www.ryt9.com/s/bkp/3112813>
- สำนักรำนงสถิติแห่งชำติ. (2562). จำนวนประชำกรจำกกำรทะเลเป็น ชำย หญิง และบ้ำน จำแนกตำมจังหวัด
อำเภอ และเขตกำรปกครอง พ.ศ. 2561-2563. สำนักรำนงสถิติแห่งชำติ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 3
พฤศจิกายน 2563]; แหล่งช้้อมูล: URL:
<http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
- สำนักรำนงสถิติแห่งชำติ. (2563a). กำรสำรวจผลกระทบทำงสถำนกำรณ์กำรแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ด้ำน
เศรษฐกิจ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2563]; แหล่งช้้อมูล: URL:
http://ittdashboard.nso.go.th/img/covid/result_COVID-eco.pdf
- สำนักรำนงสถิติแห่งชำติ. (2563b). ผลสำรวจผลกระทบทำงสังคม [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน
2563]; แหล่งช้้อมูล: URL: http://ittdashboard.nso.go.th/covid19_report_social.php
- Glomjai, T., Kaewjiboon, J., & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and Behavior of People
regarding Self-care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). Nursing
Public Health and Education Journal, 21(2), 29-39.
- Kaewsuksai, R., Kongkun, P., Tongkoop, B., Samaair, L., and Boonnarakorn, S. (2021).
Relationships Between Knowledge, Perception, and the “New Normal Behaviors” for
Preventing Coronavirus Disease (COVID-19) Infection among People in Narathiwat
Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 8(2),
67-79.
- Khumsaen, N. (2021). Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among
People Living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province. Journal of Prachomklao
College of Nursing, Phetchaburi Province, 4(1), 33-48.

- Kittirattanapaiboon, P., Tantirangsee, N., Chutha, W., *et al.* (2013). Prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from Thai national mental health survey 2013 [online]. [cited 6 April 2020]; Available from: URL: https://www.dmh.go.th/ebook/files/prevalence_of_M_disorder_MH_problems_TNMHS_2013.pdf
- Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V., McNeil, E. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160-170.
- Oei, T. P., Sawang, S., Goh, Y. W., & Mukhtar, F. (2013). Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1018-1029.
- Wayne, W.D. (1995). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. (6th ed.). New York: John Wiley&Sons, Inc.
- World Health Organization. (2020a). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [online]. [cited 2 April 2020]; Available from: URL: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>
- World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [online]. [cited 2 April 2020]; Available from: URL: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

ความถูกต้องในการตรวจวินิจฉัยของชุดทดสอบแอนติเจนอย่างรวดเร็วในการระบุ
ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน
ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

Accuracy of a Rapid Antigen Test Kit for Identifying Covid-19
infected Patients in the Emergency Department
of Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital, Tak Province

ศิวานาฏ พิระเชื้อ พ.บ., วว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

Sivanath Peeracheir M.D., Dip. Thai Board of
Emergency Medicine

กัญจณี วชิรรังสิมันต์ พ.บ., วว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

Kanjaneer Wachirangsiman M.D., Dip. Thai Board
of Emergency Medicine

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital

Received: Dec 1, 2021

Revised: Dec 21, 2021

Accepted: Dec 29, 2021

บทคัดย่อ

เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อก่อโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในชุมชนและสถานประกอบการหลายแห่ง ประเทศไทยจึงมีการนำชุดทดสอบแอนติเจน (Antigen Test Kit: ATK) มาใช้ในการค้นหาผู้ป่วย การศึกษาแบบสังเกตเชิงวิเคราะห์มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของชุดทดสอบการตรวจแอนติเจนของเชื้อโควิด 19 เพื่อนำมาใช้ตรวจคัดแยกผู้ป่วยที่มีและไม่มีอาการเข้าได้กับโรคโควิด 19 ที่ห้องตรวจอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเทียบกับวิธีตรวจมาตรฐาน Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ทำการประเมินความไว ความจำเพาะ แยกวิเคราะห์ตามกลุ่มที่มีประวัติหรืออาการแสดงที่แพทย์สงสัยติดเชื้อโควิด 19 กับกลุ่มที่ไม่มีอาการ และเปรียบเทียบความไวของชุดทดสอบเมื่อเทียบกับค่า Cycle threshold (Ct) ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 31 ตุลาคม 2564 มีผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ ATK ร่วมกับ RT-PCR จากตัวอย่างที่เก็บจากช่องโพรงหลังจมูก จำนวน 382 ราย พบว่าความไวของชุดทดสอบนี้อยู่ที่ ร้อยละ 72.22 (95%CI=46.52-90.31) ความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 99.18 (95%CI=97.61-99.83) ความไวและความจำเพาะในกลุ่มมีอาการและไม่มีอาการมีค่าใกล้เคียงกัน ชุดทดสอบมีความไวขึ้นเป็นร้อยละ 100 เมื่อค่า $Ct \leq 20$ และลดลงเหลือร้อยละ 20.00-33.33 เมื่อค่า $Ct > 30$ ดังนั้นชุดทดสอบ ATK นี้สามารถนำมาคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน มีความจำเพาะสูงช่วยในการวินิจฉัยและแยกกักตัวผู้ติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว แต่มีข้อจำกัดกรณีผู้ป่วยมีปริมาณเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจส่วนต้นน้อย (มีค่า Ct สูง) และชุดทดสอบนี้ยังไม่สามารถตรวจหาการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างเพียงพอ

คำสำคัญ: ชุดทดสอบแอนติเจนอย่างรวดเร็ว, ไวรัสซาร์ส-โควี-2, โควิด 19, ห้องตรวจอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ABSTRACT

Due to a significant surge of COVID-19 in communities and workplaces, the use of antigen test kits (ATK) to identify COVID-19 patients was therefore initiated in Thailand. This observational analytical study aimed to assess the performance of using ATK to identify SARS-CoV-2 infections in ED patients with and without symptoms, as compared to the gold standard reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR). The study was conducted using data compiled from the hospital's electronic database of outpatient medical records. Sensitivity and specificity of the ATK were calculated overall and also according to the patient symptoms. Assay sensitivity was assessed according to the cycle threshold (Ct) values. From September 1st, to October 31st, 2021, there were 382 ED patients screened by using both ATK and RT-PCR through nasopharyngeal swab. The ATK's sensitivity was detected at 72.22% (95%CI=46.52-90.31) while the specificity was 99.18% (95%CI=97.61-99.83). The values of sensitivity and specificity in detecting SARS-CoV-2 using ATK in symptomatic versus asymptomatic patients were similar. The ATK's sensitivity value rose to 100% when Ct values were less than or equal to 20 and fell to 20.00-33.33% when Ct values were greater than 30. In conclusion, the use of ATK benefited a COVID-19 screening among ED patients as it yielded high specificity values, making immediate isolation of COVID-19 infected patients possible. The limitation of using this ATK was found when patients had low viral loads in the upper respiratory tract (or patients with a high Ct values). The ATK might not be able to sufficiently identify SARS-CoV-2 infection in this group of patients.

Keywords: Rapid antigen test kit, SARS-CoV-2, COVID-19, Emergency department

บทนำ

ประเทศไทยเผชิญกับการระบาดของโรค COVID-19 ตั้งแต่ปี 2563 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีมาตรการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล โดยตรวจสอบคัดกรองทางเดินหายใจด้วยวิธี Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส Severe acute respiratory syndrome-coronavirus-2 (SARS-CoV-2) สาเหตุของโรคโควิด 19 ในผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้ที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด 19 หรือมาจากพื้นที่เสี่ยงสูงที่พบมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อน และจัดพื้นที่แยกบนหอผู้ป่วยในของ

แต่ละแผนก โดยจัดตั้งเป็น Potential contaminate zone ระหว่างรอผลตรวจ RT-PCR ซึ่งเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 กรณีที่ผลตรวจไม่พบเชื้อ จึงจะย้ายไปนอนในพื้นที่รวมสำหรับผู้ป่วยทั่วไปได้ รวมถึงมีการตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส SARS-CoV-2 ผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการในห้องผ่าตัดและทำคลอดทุกรายด้วยวิธี RT-PCR เพื่อเตรียมผู้ป่วยและป้องกันการระบาดของเชื้อในห้องคลอดและห้องผ่าตัด การตรวจ RT-PCR ทำโดยนักเทคนิคการแพทย์ที่มีประสบการณ์และผ่านการทดสอบความชำนาญโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยห้องปฏิบัติการจะรวบรวมตัวอย่างสาร

คัดหลังจากทางเดินหายใจที่ส่งตรวจและทำการตรวจ
จำนวน 1-2 รอบต่อวัน ทำให้บางครั้งการรายงานผล
อาจต้องรอนานเกินกว่า 24 ชั่วโมงหลังจากเก็บตัวอย่าง

การวินิจฉัยที่รวดเร็วและแม่นยำ เป็นองค์ประกอบ
ที่สำคัญในการควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19
เนื่องจากอาการและอาการแสดงของโรคเหมือนกับ
โรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่นๆ รวมถึงพบการติดเชื้อ
แบบไม่มีอาการได้ การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ
ไวรัสโดยวิธีมาตรฐานด้วยการตรวจ RT-PCR ต้องใช้
ระยะเวลาในการดำเนินการและรายงานผลอย่างน้อย
4 ชั่วโมงในห้องปฏิบัติการ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาชุด
ตรวจหาเชื้อโควิด Rapid antigen test (RAT) หรือ
Antigen test kit (ATK) ขึ้น ซึ่งวิธีการตรวจทำได้ง่าย
และรวดเร็ว สามารถทำนอกห้องปฏิบัติการได้ ทำให้
ช่วยในการวินิจฉัยผู้ติดเชื้อ รวมถึงติดตามผู้สัมผัสโรค
ได้รวดเร็วขึ้นเหมาะสมในทางเวชปฏิบัติประจำวัน
แม้ว่าการตรวจด้วยชุดทดสอบแอนติเจน (Antigen
test kit: ATK) จะมีความไว (Sensitivity) และ
ความจำเพาะ (Specificity) น้อยกว่าการตรวจด้วย
RT-PCR โดยองค์การอนามัยโลก ได้แนะนำว่าใน
พื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรค (Prevalence) มากกว่า
หรือเท่ากับร้อยละ 5 สามารถใช้ชุดตรวจโควิด 19
แบบเร่งด่วนที่มีความไวมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ
80 และความจำเพาะมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 97
เมื่อเทียบกับการตรวจ RT-PCR สามารถนำมาใช้
สำหรับการตรวจค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การสอบสวน
โรคและติดตามอุบัติการณ์ของโรคในชุมชนได้
(World Health Organization, 2020)

ประเทศไทยมีการนำ ATK มาใช้ช่วงต้นเดือน
กรกฎาคม 2564 เนื่องจากสถานการณ์ประเทศไทย
มีรายงานพบผู้ป่วยโควิด 19 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้ง
ในชุมชนและสถานประกอบการหลายแห่ง กระทรวง
สาธารณสุข (2564) ออกประกาศแนวปฏิบัติการ
ตรวจคัดกรองด้วย ATK และการตรวจหาเชื้อโควิด 19
โดยมีแนวทางปฏิบัติในการตรวจคัดกรองทั้งใน
สถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล เช่น การค้นหา
เชิงรุก การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม การติดตามผู้สัมผัส

ใกล้ชิดเสี่ยงสูง หากตรวจด้วย ATK แล้วผลเป็นบวก
จะรายงานเป็นผู้ติดเชื้อเข้าข่าย แต่กระทรวงสาธารณสุข
ไม่ได้ออกคำแนะนำเกี่ยวกับการนำ ATK มาใช้คัดกรอง
กรณีรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาล

ในเดือนสิงหาคม 2564 พบการระบาดเป็นกลุ่ม
ก้อนที่หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาล
สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีผู้ติดเชื้อโควิด 19
รวมทั้งสิ้น 12 ราย โดยหาต้นตอไม่ได้ ร่วมกับพบ
ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในชุมชนหลายแห่งโดยไม่มี
ประวัติสัมผัสผู้ป่วยยืนยัน ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง
จังหวัดตาก โรงพยาบาลจึงออกมาตรการป้องกันการ
แพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ภายในโรงพยาบาลโดย
การนำ ATK มาใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่
จำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงคัด
กรองญาติที่จำเป็นต้องนอนเฝ้าผู้ป่วย การตรวจด้วย
ATK สามารถทำได้ง่ายและรวดเร็ว โดยเก็บตัวอย่าง
จากช่องหลังโพรงจมูก อ่านผลได้ภายใน 15-30 นาที
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชใช้ ATK ที่
ผ่านเกณฑ์การรับรองจากองค์การอาหารและยาของ
ประเทศไทย ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ
ทดสอบประสิทธิภาพของชุดทดสอบการตรวจ
แอนติเจน ในการนำมาใช้ตรวจผู้ป่วยที่มีและไม่มี
อาการเข้าได้กับโรคโควิด 19 ที่ห้องตรวจอุบัติเหตุ-
ฉุกเฉิน เมื่อเทียบกับวิธีตรวจมาตรฐาน RT-PCR ซึ่ง
ข้อมูลนี้จะช่วยประเมินมาตรการการป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลว่าเพียงพอหรือไม่ใน
การใช้ ATK คัดกรองผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในรวมถึง
ใช้คัดกรองญาติที่นอนเฝ้าผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยใน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยโดยการสังเกต
เชิงวิเคราะห์ (Observational analytic study) เก็บ
รวบรวมข้อมูลจากผู้มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระหว่าง
วันที่ 1 กันยายน ถึง 31 ตุลาคม 2564

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้มารับบริการที่ห้องตรวจอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชและรับไว้เป็นผู้ป่วยในทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 1,215 ราย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชและรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วย ATK ที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR ทุกราย จำนวน 382 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการและรับไว้เป็นผู้ป่วยในและได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยชุดทดสอบแอนติเจน ที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชและได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี RT-PCR โดยการเก็บตัวอย่างจากช่องหลังโพรงจมูกห่างจากการตรวจด้วย ATK ไม่เกิน 24 ชั่วโมง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี ATK หรือ RT-PCR ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งเท่านั้น

นิยามตัวแปร

1. ผู้ป่วยที่อาการเข้าข่ายติดเชื้อโควิด 19 (COVID-like symptoms) ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ร่วมกับแพทย์สงสัยว่าสาเหตุอาจเกิดจากการติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก ไอ เจ็บคอ คัดจมูกหรือมีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส คลื่นไส้หรือ อาเจียน ถ่ายเหลว (Hanson *et al.*, 2021)

2. ผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด 19 คือผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี RT-PCR และรายงานผลว่าพบเชื้อ (Detected) (กรมควบคุมโรค, 2564)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ชุดทดสอบ ATK สำหรับตรวจหาการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ยี่ห้อ Lifotronic SARS-CoV-2 Antigen ของบริษัท Shenzhen Lifotronic Technology Co., Ltd. เป็นชุดน้ำยาที่เป็นลักษณะตลับ โดยใช้หลักการ Gold Immunochromatography Assay (GICA) เพื่อตรวจหาแอนติเจนนิวคลีโอแคปซิดของเชื้อ SARS-CoV-2 แบบเชิงคุณภาพ ตัวอย่างที่ใช้สำหรับการทดสอบคือ Anterior nose swab (Nasopharyngeal swab หรือ Nasal swab) โดยเก็บตัวอย่างใส่ในน้ำยาสกัดที่มาในชุดทดสอบ หมุนไม้ป้ายโพรงจมูกไปมาอย่างน้อย 10 ครั้ง แล้วปิดจุกฝาหลอดหยดตัวอย่างในหลอดหยดตัวอย่างลงไปในหลุมตัวอย่าง (Sample well) จำนวน 5 หยด แล้วอ่านผล ตลับทดสอบหลังจกหยดตัวอย่างที่เวลา 10-15 นาที ห้ามอ่านผลเกิน 20 นาที ผลบวก (Positive result) หากแถบ C (Control line) และแถบ T (Test line) ขึ้นทั้งคู่แสดงว่ามีแอนติเจนของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 อยู่ในสิ่งส่งตรวจ ส่วนผลลบ (Negative result) หากแถบ C (Control line) ขึ้นเพียงเส้นเดียว แสดงว่าไม่มีแอนติเจนของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ในสิ่งส่งตรวจหรือมีปริมาณน้อยกว่าระดับต่ำสุดที่ชุดทดสอบจะสามารถตรวจวัดได้โดยค่า Limit of Detection ของชุดตรวจคือ: 4.25×10^2 TCID₅₀/ml ค่า Cycle Threshold (Ct) สูงสุดที่ชุดตรวจสามารถตรวจได้ผลบวก เมื่อเทียบกับวิธี RT-PCR คือ: Ct>30.53 เมื่อตรวจหา ORF1ab gene และ Ct>29.07 เมื่อตรวจหา N gene (บริษัทเฟิร์มเมอร์, 2564)

2. ชุดทดสอบ RT-PCR Detection Kit สำหรับตรวจหาไวรัส 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) RNA (PCR-Fluorescence Probing) ตัวอย่างจากทางเดินหายใจซึ่งเก็บจากช่องโพรงหลังจมูกจะถูกเก็บใน Viral Transport Media (VTM) และนำส่งห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลในกล่องเก็บอุณหภูมิ โดยรักษาอุณหภูมิที่ 2-8 องศาเซลเซียส ซึ่งห้องปฏิบัติการ

จะเก็บรักษาสั่งส่งตรวจแบบควบคุมอุณหภูมิและทำการตรวจตัวอย่างทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง โดยระยะเวลาของสิ่งส่งตรวจต้องเก็บรักษาไม่เกิน 48 ชั่วโมงก่อนการตรวจ RT-PCR ทำการสกัดไวรัสด้วย Viral DNA/RNA extraction kit, Tianlong@Libex ตามขั้นตอนคำแนะนำของบริษัท ใช้ยา RT-qPCR ชื่อ Detection Kit for 2019-nCoV (PCR-Fluorescence) version 1/1 บริษัท Da An Gene ซึ่งมียื่นเป้าหมายในการตรวจหาคือ ORF1ab และ N genes และทำปฏิกิริยา real time RT-PCR ด้วยเครื่อง abCyclerQTM real time PCR system (บริษัท AI Biotech) ด้วยโปรแกรม abCyclerQ manager โดยผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้แปลผลค่า Ct ที่จะอ่านว่าพบเชื้อไวรัสคือ <40 (บริษัท บีซีซีเมดิคอลกรุ๊ป, 2564)

ขั้นตอนการศึกษา

เก็บข้อมูลจากระบบบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์สำหรับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล หาความไว ความเฉพาะ แยกกลุ่มที่มีประวัติหรืออาการแสดงที่แพทย์สงสัยติดเชื้อโควิด 19 กับกลุ่มที่ไม่มีอาการ และหาความไวและความจำเพาะแยกตามปริมาณไวรัสโดยใช้ค่า Ct

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติอาการป่วย และผลการตรวจด้วย ATK
2. ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ RT-PCR และชนิดตัวอย่างของส่งตรวจ
3. รายงานผลการตรวจการติดเชื้อ SARS-CoV-2 โดยวิธี ATK และ RT-PCR

ผู้เก็บตัวอย่างจากช่องหลังโพรงจมูกคือ แพทย์และพยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินหรือห้องคลอดที่ได้รับการอบรมในการเก็บส่งตรวจ การทดสอบด้วย ATK ทำโดยแพทย์และพยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่เก็บส่งตรวจทันที ส่วนการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ RT-PCR ทำด้วยแพทย์และพยาบาลของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยใน โดยตัวอย่างจากทางเดินหายใจจะถูกนำส่งห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลด้วยวิธีการเก็บในกล่องเก็บความเย็น นำส่งหลังจากเก็บตัวอย่างไม่เกิน 30 นาที และรวบรวมทำ RT-PCR ด้วยเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ที่มีความชำนาญในห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยนำเสนอข้อมูลทั่วไปเป็นจำนวนและร้อยละ ในกรณีข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงแบบปกติจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐานพิสัยควอไทล์ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent Samples t-test, Fisher's Exact Test และ Mann-Whitney U เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นอกจากนี้ ความไว ความจำเพาะ ค่าทำนายผลบวก (Positive predictive value: PPV) และค่าทำนายผลลบ (Negative predictive value: NPV) คำนวณโดยใช้โปรแกรมคำนวณสถิติออนไลน์ (MedCalc software Ltd., 2021) นำเสนอด้วยช่วงความเชื่อมั่น 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชเลขที่ 19/2564

ผลการศึกษา

ช่วงระยะเวลาที่ศึกษามีจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในจากห้องตรวจอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทั้งหมด 1,215 ราย ได้รับการตรวจการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ทั้ง ATK และ RT-PCR จำนวน 382 ราย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิง ร้อยละ 58.12 ค่ามัธยฐานของอายุอยู่ที่ 44.00 ปี ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 15-65 ปี ร้อยละ 67.54 ไม่มีอาการที่เข้าได้กับโรคโควิด 19 ร้อยละ 69.63 และมีผลการตรวจด้วย ATK เป็นบวก ร้อยละ 4.00 ดังตารางที่ 1

ภาพรวมความไวของการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 โดยวิธี ATK เมื่อเทียบกับ RT-PCR อยู่ที่ร้อยละ 72.22 (95%CI=46.52-90.31) มีค่าใกล้เคียงกันในกลุ่มที่มีและไม่มีอาการ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ มีความไวอยู่ที่ร้อยละ 71.43 (95%CI=41.90 -91.61) ส่วนกลุ่มไม่มีอาการ มีความไวอยู่ที่ร้อยละ 75.00 (95%CI=19.41-99.37) ความจำเพาะของการตรวจด้วย ATK พบว่าสูงกว่าร้อยละ 99 ในทุกกลุ่ม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=382)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	160	41.88
หญิง	222	58.12
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 15ปี	31	8.12
15-65 ปี	258	67.54
มากกว่า 65ปี	93	24.34
Median (Q1, Q3), (min, max)	44.00 (26.00, 65.00), (2เดือน, 97ปี)	
ประวัติอาการป่วย		
อาการเข้าได้กับโรคโควิด19	116	30.37
ไม่มีอาการ	266	69.63
ผลการตรวจ ATK		
ผลบวก	16	4.19
ผลลบ	366	95.81

ตารางที่ 2 ความไวและความเฉพาะของการตรวจด้วย ATK เทียบกับผลการตรวจ RT-PCR แยกเป็นผู้ป่วยมีอาการและไม่มีอาการเข้าได้กับการติดเชื้อโควิด 19

ลักษณะผู้ป่วย	PCR+ /Antigen+	PCR+ /Antigen-	PCR- /Antigen-	PCR- /Antigen+	Sensitivity% (95%CI)	Specificity% (95%CI)
	True Positive (%)	False negative (%)	True negative (%)	False positive (%)		
ภาพรวม	13 (3.40)	5 (1.31)	361 (94.50)	3 (0.79)	72.22% (46.52-90.31)	99.18% (97.61-99.83)
มีอาการ	10 (8.55)	4 (3.42)	102 (87.18)	1 (0.85)	71.43% (41.90-91.61)	99.03% (94.71-99.98)
ไม่มี อาการ	3 (1.13)	1 (0.38)	259 (97.74)	2 (0.75)	75.00% (19.41-99.37)	99.23% (97.26-99.91)

ความชุกโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย
ฉุกเฉินอยู่ที่ร้อยละ 4.71 ในผู้มีอาการความชุกอยู่ที่
ร้อยละ 11.96 และผู้ไม่มีอาการอยู่ที่ร้อยละ 1.50
พบว่า ค่า PPV ภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 81.25 (95%CI=
57.53-93.27) ในกลุ่มมีอาการร้อยละ 92.25 (95%CI=
78.82-97.44) และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 57.16
(95%CI=29.44-81.02) ในกลุ่มผู้ที่ไม่มีอาการ
ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน
มหาราชรับผิดชอบตรวจหา SARS-CoV-2 ด้วยวิธี
RT-PCR สำหรับตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่เก็บในพื้นที่
จังหวัดตาก ฝั่งตะวันออกทั้งหมดรวม 4 อำเภอ คือ
อำเภอเมือง อำเภอวังเจ้า อำเภอบ้านตาก และอำเภอ
สามเงา พบว่า ความชุกในเดือน กันยายน 2564 อยู่ที่
ร้อยละ 9.75 จึงมีค่า PPV อยู่ที่ร้อยละ 90.45 (95%CI=
74.74-96.80) ความชุกเดือนตุลาคม 2564 อยู่ที่
ร้อยละ 14.67 จึงมีค่า PPV เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.78
(95%CI=82.49-97.97) ค่า NPV เกินกว่าร้อยละ 95
ในทุกความชุก ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ
โควิด 19 ระหว่างกลุ่มที่มีผลการตรวจด้วย ATK เป็นบวก
และ ATK เป็นลบ พบว่ามีลักษณะเดียวที่แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือปริมาณเชื้อไวรัสจากค่า
Ct โดยกลุ่มที่ผล ATK เป็นบวกมี Ct น้อยกว่า ทั้ง
ตำแหน่ง ORF1ab genes และ N genes ส่วนลักษณะ
อื่นได้แก่อายุ เพศ อาการ และระยะเวลานับจากเริ่มมี
อาการจนได้ตรวจไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ความไวและความจำเพาะของ ATK แยกตาม
ปริมาณไวรัสโดยอิงจากค่า Ct ของยีน ORF1ab พบว่า
ความไวของ ATK จะลดลงเมื่อปริมาณเชื้อไวรัสใน
ตัวอย่างจากทางเดินหายใจส่วนบนมีปริมาณน้อยลง
โดยค่า Ct ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ความไวของ
ATK อยู่ที่ร้อยละ 100.00 และเมื่อค่า Ct มากกว่า
30 พบว่าความไวของ ATK ลดลงเหลือเพียงร้อยละ
20.00-33.33 เท่านั้น ขณะที่ความจำเพาะยังคงสูง
มากกว่าร้อยละ 99.00 ดังตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 3 ค่าความชุก ค่าทำนายผลบวก และค่าทำนายผลลบ

สถานการณ์	ความชุก (%)	PPV (%)	95%CI	NPV (%)	95%CI
ภาพรวม*	4.71	81.25	57.53-93.27	98.63	97.17-99.35
มีอาการ	11.96	92.25	78.82-97.44	96.33	92.58-98.23
ไม่มีอาการ	1.50	57.16	29.44-81.02	99.58	99.11-99.80
ประชากร**					
กันยายน 2564	9.75	90.45	74.74-96.80	97.06	94.01-98.58
ตุลาคม 2564	14.67	93.78	82.49-97.97	95.41	90.79-97.77

*ภาพรวม คำนวณความชุกจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย แยกตามมีอาการและไม่มีอาการ

**ประชากร คำนวณความชุกจากจำนวนตัวอย่างที่ผล RT-PCR ตรวจพบเชื้อ จากจำนวนสิ่งส่งตรวจทั้งหมดที่
ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

กันยายน 2564 (ตรวจพบเชื้อ 622 ตัวอย่าง/ ส่งตรวจทั้งหมด 6,375 ตัวอย่าง)

ตุลาคม 2564 (ตรวจพบเชื้อ 1,226 ตัวอย่าง/ ส่งตรวจทั้งหมด 8,354 ตัวอย่าง)

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะของผู้ที่ตรวจพบเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี RT-PCR แยกตามผลการตรวจด้วย ATK

ข้อมูล	ตรวจ RT-PCR พบเชื้อ		p-value
	ATK ผลบวก N=13 ราย (ร้อยละ)	ATK ผลลบ N=5 ราย (ร้อยละ)	
อายุ (ปี), Mean±S.D.	48.62±19.86	51.60±29.52	0.806 ^l
เพศ			
ชาย	5 (38.46)	3 (60.0)	0.608 ^f
หญิง	8 (61.54)	2 (40.0)	
อาการเข้าได้กับโรคโควิด19			1.000 ^f
มีอาการ	10 (76.92)	4 (80.00)	
ไม่มีอาการ	3 (23.08)	1 (20.00)	
ระยะเวลานับจากวันที่เริ่มมีอาการ			
median (Q1, Q3)	2 (1.00, 2.25)	2.50 (1.25, 3.75)	0.415 ^m
(min, max)	(1.00, 5.00)	(1.00, 4.00)	
Ct value of ORF1ab genes			
Mean±S.D.	25.21±4.36	31.61±6.56	0.027 ^{l*}
(min, max)	(18.93, 32.17)	(20.32, 37.04)	
Ct value of N genes			
Mean±S.D.	24.47±4.37	31.32±6.22	0.017 ^{l*}
(min, max)	(17.17, 32.32)	(20.54, 36.40)	

^f Fisher's Exact Test, ^m Mann-Whitney U, ^l Independent Samples t-test

*p-value<0.05

ตารางที่ 5 ความไวและความจำเพาะของชุดทดสอบแอนติเจน แยกตามปริมาณไวรัสโดยอิงจากค่า Cycle threshold ของยีน ORF1ab

ATK	RT-PCR								
	Ct ORF≤20			Ct ORF>20-30			Ct ORF >30		
	positive	negative	total	positive	negative	total	positive	negative	total
Positive	1	3	4	10	3	13	2	3	5
Negative	0	361	361	1	361	362	4	361	365
Sensitivity (95%CI)	100.00 (2.50-100.00)			90.91 (58.72-99.77)			33.33 (4.33-77.72)		
Specificity (95%CI)	99.18 (97.61-99.83)			99.18 (97.61-99.83)			99.18 (97.61-99.83)		

ตารางที่ 6 ความไวและความจำเพาะของชุดทดสอบแอนติเจน แยกตามปริมาณไวรัสโดยอิงจากค่า Cycle threshold ของยีน N

ATK	RT-PCR								
	Ct N genes ≤20			Ct N genes >20-30			Ct N genes >30		
	positive	negative	total	positive	negative	total	positive	negative	total
Positive	1	3	4	11	3	14	1	3	4
Negative	0	361	361	1	361	362	4	361	365
Sensitivity (95%CI)	100.00 (2.50-100.00)			91.67 (61.52-99.79)			20.00 (0.51-71.64)		
Specificity (95%CI)	99.18 (97.61-99.83)			99.18 (97.61-99.83)			99.18 (97.61-99.83)		

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิภาพของชุดทดสอบแอนติเจนอย่างรวดเร็วเปรียบเทียบกับ การตรวจด้วยวิธีมาตรฐาน RT-PCR พบว่า การตรวจด้วย ATK มีความไวร้อยละ 72.22 ซึ่งการศึกษาที่ห้องปฏิบัติการไวรัสวิทยาของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีรายงานความไวร้อยละ 98.00 (เอกวัฒน์ ผสมทรัพย์ และคณะ, 2564) ในขณะที่ความจำเพาะใกล้เคียงกับข้อมูลจากบริษัทคือ มากกว่าร้อยละ 99 เมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศที่ทดสอบประสิทธิภาพของ ATK ในการคัดกรองผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินเทียบกับวิธีตรวจ RT-PCR พบว่ามีความไวแตกต่างกันไปตั้งแต่ร้อยละ 41.2 ถึง ร้อยละ 82.9 ขึ้นอยู่กับลักษณะประชากรที่ศึกษา ยี่ห้อชุดทดสอบค่า Cut-off ที่ใช้ โดยที่ความจำเพาะในทุกกลุ่มจากทุกการศึกษาส่วนมากมีค่ามากกว่าร้อยละ 99 (Caruana *et al.*, 2021; Möckel *et al.*, 2021; Smith *et al.*, 2021; Turcato *et al.*, 2021) ไม่พบการศึกษาอื่นที่ทำในแผนกฉุกเฉินในประเทศไทย แต่มีการศึกษาประสิทธิภาพชุดทดสอบ rapid antigen test: Standard™ Q COVID-19 Ag kit (SD Biosensor®, Republic of Korea) ในประเทศไทยมี 2 การศึกษา คือ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีและไม่มีอาการที่

โรงพยาบาลศิริราช (Chaimayo *et al.*, 2020) และ การค้นหาเชิงรุกในผู้ป่วยไม่มีอาการที่จังหวัดสมุทรปราการ (Mungomklang *et al.*, 2021) พบว่า ความไวอยู่ที่ 98.33 (95%CI=91.06-99.96) เทียบกับ 47.97 (95%CI=36.10-59.96%) และความจำเพาะอยู่ที่ 97.73 (95%CI=97.06-99.59) เทียบกับ 99.71 (95%CI=99.15-99.94) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ ATK แยกตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ และกลุ่มที่ไม่มีอาการพบว่าความไวและความจำเพาะใกล้เคียงกันอยู่ที่ร้อยละ 71.43 (95%CI=41.90-91.61) และ 75.00 (95%CI=19.41-99.37) ตามลำดับ

ข้อมูลจากการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาของ Smith *et al.* (2021) ที่ทำการศึกษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในรัฐ Maryland สหรัฐอเมริกา พบว่า ความไว ความจำเพาะ และค่า Ct ไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่มีอาการหรือไม่มีอาการ ในขณะที่การศึกษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในประเทศอิตาลี (Turchato *et al.*, 2021) และการศึกษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ (Caruana *et al.*, 2021) พบว่า ความไวของการทดสอบในกลุ่มที่มีอาการสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่มีข้อสังเกตจากงานวิจัยในประเทศ

อัตราคือไม่มีข้อมูลค่า Ct เปรียบเทียบในผู้ป่วยกลุ่มที่มีและไม่มีอาการ ส่วนงานวิจัยในสวิตเซอร์แลนด์ แม้ว่าค่า Ct ในทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ไม่มีข้อมูลของค่า Ct ในกลุ่มมีอาการและไม่มีอาการถึงร้อยละ 69 และร้อยละ 90 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโควิด 19 ที่ผลตรวจด้วย ATK เป็นบวกและเป็นลบ มีเพียงลักษณะเดียวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ กลุ่มที่มีผล ATK ลบ มีค่าเฉลี่ยของ Ct สูงกว่ากลุ่มที่ตรวจด้วย ATK เป็นผลบวก และพบว่าความไวของ ATK จะเพิ่มขึ้น กรณีที่ค่า Ct ต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยประสิทธิภาพของ ATK ที่ทำในแผนกฉุกเฉินในประเทศสวิตเซอร์แลนด์และประเทศสหรัฐอเมริกา (Caruana *et al.*, 2021; Smith *et al.*, 2021) และงานวิจัยที่ทดสอบประสิทธิภาพของ ATK ในผู้มีอาการที่จังหวัดสมุทรปราการ (Mungomklang *et al.*, 2021) พบว่า ความไวของ ATK จะสูงขึ้นเมื่อปริมาณไวรัสในตัวอย่างมีปริมาณมาก

จากงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลลบลง 4 ราย จากทั้งหมด 5 ราย มีค่า Ct มากกว่าค่า Ct สูงสุดที่บริษัท (บริษัทเฟิร์มเมอร์, 2564) ระบุว่าชุดทดสอบนี้สามารถตรวจพบเชื้อได้ แต่ชุดตรวจด้วย ATK สามารถตรวจพบผลบวกได้ในตัวอย่างของผู้ป่วย 2 รายที่ค่า Ct สูงเกินกว่าที่บริษัทระบุ ดังนั้นจากการศึกษาจะเห็นว่าปัจจัยที่มีผลกับประสิทธิภาพของ ATK คือ ปริมาณไวรัสไม่ขึ้นกับอาการ ซึ่งมีผู้ป่วยผลลบลง 1 รายที่มีค่า Ct ของยีน ORF1ab ที่ 20.32 และค่า Ct ของยีน N ที่ 20.54 โดยผลลบลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยรายนี้อาจเป็นไปได้จากหลายปัจจัย เช่น เทคนิคการเก็บตัวอย่างจากช่องหลังโพรงจมูก ขั้นตอนการทำการทดสอบด้วย ATK ข้อสังเกตจากงานวิจัยพบว่า ช่วงระยะที่เวลาทำการศึกษามีผู้ป่วยโควิด 19 มีอาการปอดอักเสบร่วมกับมีระบบหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจที่แผนกฉุกเฉินทั้งหมด 4 ราย โดยทั้ง 4 รายมีผลการตรวจด้วย ATK เป็นลบ และ 3 ราย มีค่า Ct>30 สมมติฐานจากงานวิจัยในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ Caruana *et al.* (2021) พบว่าในผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก มีปอดอักเสบและออกซิเจนในเลือดต่ำ ผู้ป่วยเหล่านี้

พบว่ามีกระบวนการตอบสนองของภูมิคุ้มกันร่างกาย มีการสร้าง Mucosal IgA ในเยื่อทางเดินหายใจส่วนต้น ซึ่งจะจับกับแอนติเจนของ SARS-CoV-2 ตำแหน่งเดียวกับที่ชุดทดสอบตรวจด้วย ATK จับ โดยในการศึกษาดังกล่าวนี้นพบว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบ Nasopharyngeal IgA มีค่าเฉลี่ย Ct สูงกว่าผู้ที่ตรวจไม่พบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยทั้งหมดที่ตรวจพบ Nasopharyngeal IgA ไม่มีรายใดเลยที่ตรวจด้วย ATK เป็นบวก

แม้ว่าความไวของชุดทดสอบนี้จะไม่ถึงเกณฑ์ที่ World Health Organization (2020) กำหนดไว้ แต่ข้อดีของ ATK คือ ทำได้ง่าย สามารถทำได้นอกห้องปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลาในการแปลผลไม่นาน ค่าตรวจมีราคาต่ำกว่าการตรวจด้วย RT-PCR และมีความจำเพาะสูง ด้วยความชุกของโรค ในช่วงเดือนกันยายน 2564 และตุลาคม 2564 หากตรวจด้วย ATK เป็นบวก มีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยจะตรวจพบว่า ติดเชื้อโควิด 19 (PPV>ร้อยละ 90) ซึ่งจะช่วยให้ค้นพบผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ และตัดสินใจเริ่มการรักษาผู้ที่มีอาการเข้าได้กับโควิด หรือแยกตัวได้เร็วกว่าการรอผลตรวจยืนยันเชื้อจาก RT-PCR เพียงอย่างเดียว แต่กรณีที่ผลการตรวจเป็นลบ แม้ว่าด้วยความชุกของโรคในปัจจุบันค่า NPV มีค่ามากกว่าร้อยละ 95 ยังมีความเป็นไปได้ว่าผลการตรวจด้วย ATK เป็นผลลบลง ผู้ป่วยกลุ่มที่มีผลลบลงมักจะมีค่า Ct สูงหรือมีปริมาณไวรัสน้อย แม้ว่าโอกาสการถ่ายทอดเชื้อไปยังบุคคลอื่นจะลดลงแต่ก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ (Lee *et al.*, 2021) หากแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับการติดเชื้อโควิด 19 ทีมรักษาต้องใช้มาตรการในการแยกผู้ป่วย (Isolation) และสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment: PPE) และให้การดูแลเหมือนผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคโควิด 19 จนกว่าทราบผล RT-PCR ยืนยัน

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากการเก็บข้อมูลระยะสั้นภายใน 2 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลมีจำนวนไม่มาก ดังจะเห็นได้จากค่า 95% confident interval ของความไว

มีช่วงค่ากว้าง อาจต้องเพิ่มขนาดตัวอย่างมากขึ้นเพื่อ
ประเมินประสิทธิภาพของ ATK อีกครั้ง การศึกษา
ไม่ได้เก็บข้อมูลอัตราการผลิตของ ATK ซึ่งอาจพบ
ความแปรปรวนประสิทธิภาพของชุดทดสอบใน
แต่ละล็อตการผลิตที่แตกต่างกันได้

ข้อเสนอแนะ

ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้องตระหนักถึง
ข้อจำกัดของตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วย ATK
โดยไม่ได้ตรวจยืนยันด้วย RT-PCR ว่าอาจตรวจไม่พบ
ผู้ติดเชื้อโควิดในบางรายที่มีค่า Ct สูง ดังนั้นยังต้องใช้
มาตรการเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 (Lynch
et al., 2020) ในผู้ป่วยทุกรายด้วย การเว้นระยะห่าง
ของเตียงในหอผู้ป่วย สวมหน้ากากอนามัย หมั่นล้างมือ
อย่างเคร่งครัด รวมถึงโรงพยาบาลควรเพิ่มข้อบ่งชี้ใน
การตรวจ RT-PCR ร่วมกับ ATK กรณีที่หากผู้ป่วยไม่
สามารถให้ความร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการลดการ
ติดเชื้อได้ เช่นผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือสวมหน้ากาก

อนามัยเนื่องจากมีปัญหาเรื่องระดับความรู้สึกตัว มี
อาการสับสน ผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องทำ
หัตถการที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ
(Aerosol generating procedure) เช่น การดูดเสมหะ
แบบเปิด การพ่นยาแบบละอองฝอยในพื้นที่รวม
ที่มีผู้ป่วยรายอื่นด้วย นอกจากนี้ควรมีการศึกษา
เปรียบเทียบเพื่อประเมินประสิทธิภาพของ ATK ชนิด
อื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกใช้
ATK ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการนำมาตรวจคัด
กรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์ข้อมูลสารสนเทศและเจ้าหน้าที่
ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ของโรงพยาบาล
สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชที่ให้ความร่วมมือใน
การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จตาม
วัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ฉบับวันที่ 11
สิงหาคม 2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL:
https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srtr/g_srtr_110864.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข.(2564). แนวปฏิบัติการตรวจคัดกรองด้วย Antigen test kit (ATK) และการตรวจหา
เชื้อโควิด 19 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL:
https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/antigen_test_kit_130764.pdf
- บริษัท บีซีซี เมดิคอลกรุ๊ป. (2564). การตรวจ SARS-CoV-2 ด้วยเทคนิค quantitative reverse
transcription PCR (RT-qPCR) โดยใช้ detection kit for 2019-nCoV (PCR-Fluorescence)
version 1/1 บริษัท Da An Gene. (เอกสารอัดสำเนา).
- บริษัทเฟิร์มเมอร์. (2564). ระเบียบวิธีปฏิบัติ ชุดทดสอบ Lifotronic SARS-CoV-2 antigen (GICA).(เอกสาร
อัดสำเนา).
- เอกวัฒน์ ผสมทรัพย์, อังสนา ภูเฝ้ากรัตน์, กิ่งกาญจน์ รักมณี, รุจิกรณัฏฐ์กัลยาณดลภิตดี และปาริณา จันทร์ชมภู.
(2564). การประเมินประสิทธิภาพชุดตรวจแอนติเจนของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากตัวอย่างทาง
คลินิก [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL:
<https://thaipublica.org/wp-content/uploads/2021/08/ผลการทดสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์จาก รามาฯ.pdf>

- Caruana, G., Croxatto, A., Kampouri, E., *et al.* (2021). Implementing SARS-CoV-2 Rapid antigen testing in the Emergency ward of a Swiss university hospital: The INCREASE study. *Microorganisms*, 9(4), 798.
- Chaimayo, C., Kaewnaphan, B., Tanlieng, N., *et al.* (2020). Rapid SARS-CoV-2 antigen detection assay in comparison with real-time RT-PCR assay for laboratory diagnosis of COVID-19 in Thailand. *Virology journal*, 17(1), 1-7.
- Hanson, E. K., Caliendo, M. A., Arias, A. C., *et al.* (2021). The Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Diagnosis of COVID-19: Molecular Diagnostic Testing. *Clinical Infectious Diseases*, 1-38.
- Lee, L. Y., Rozmanowski, S., Pang, M., *et al.* (2021). SARS-CoV-2 infectivity by viral load, S gene variants and demographic factors and the utility of lateral flow devices to prevent transmission. *Clinical Infectious Diseases*, 1-20.
- Lynch, B. J., Davitkov P., Anderson J. D., *et al.* (2020). Infectious diseases society of America guidelines on infection prevention for healthcare personnel caring for patients with suspected or known Coronavirus disease 2019. *Clinical Infectious Diseases*, 1-17.
- Möckel, M., Corman, V. M., Stegemann, M. S., *et al.* (2021). SARS-CoV-2 antigen rapid immunoassay for diagnosis of COVID-19 in the emergency department. *Biomarkers*, 26(3), 213-220.
- Mungomklang, A., Trichaisri, N., Jirachewee, J., Sukprasert, J., Tulalamba, W., & Viprakasit, V. (2021). Limited Sensitivity of a Rapid SARS-CoV-2 Antigen Detection Assay for Surveillance of Asymptomatic Individuals in Thailand. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 105(6), 1505-1509.
- MedCalc software Ltd. (2021). Diagnostic test evaluation calculator (Version 20.015) [online]. [cited 26 November 2021]. Available from: URL: https://www.medcalc.org/calc/diagnostic_test.php
- Smith, R. D., Johnson, J. K., Clay, C., *et al.* (2021). Clinical evaluation of Sofia Rapid Antigen Assay for detection of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) among emergency department to hospital admissions. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 1-6.
- Turcato, G., Zaboli, A., Pfeifer, N., *et al.* (2021). Rapid antigen test to identify COVID-19 infected patients with and without symptoms admitted to the Emergency Department. *The American Journal of Emergency Medicine*, 51, 92-97.
- World Health Organization. (2020). COVID-19 target product profiles for priority diagnostics to support response to the COVID-19 pandemic v.1.0 [online]. [cited 18 November 2021]. Available from: URL: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-target-product-profiles-for-priority-diagnostics-to-support-response-to-the-covid-19-pandemic-v.0.1>

การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564

A Study of Prevalence and Risk Factors of HIV Infection among Male Prisoners in Chiang Mai Province, 2021

มนต์ทิwa สุนันตา พย.บ. (พยาบาลศาสตร์)

Montiwa Sunanta B.N.S. (Nursing Science)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ The Office of Disease Prevention and Control No.1 Chiang Mai

Received: Oct 1, 2021

Revised: Nov 7, 2021

Accepted: Dec 13, 2021

บทคัดย่อ

ผู้ต้องขังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง ทำให้มีการจัดบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะสำหรับผู้ต้องขัง แต่ยังคงขาดการนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานดังกล่าวมาวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากแบบประเมินพฤติกรรมส่วนบุคคล ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีด้วยสถิติ Odds ratio (OR) ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 775 ราย ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.42 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มชายรักเพศเดียวกัน (ชายรักชายและหญิงข้ามเพศ) มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มชายรักต่างเพศ 16.85 เท่า (95%CI=4.91-57.83) กลุ่มที่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ 15.64 เท่า (95%CI=1.99-122.79) กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว 4.49 เท่า (95%CI=1.35-14.91) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีขึ้นอยู่กับพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ทางเพศของผู้ต้องขังและอาจสามารถนำไปเป็นแนวทางคัดกรองและพัฒนาการให้ความรู้ในการป้องกันและดูแลตนเองในกลุ่มผู้ต้องขังที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ต้องขังชาย, ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี, ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ABSTRACT

Prisoners were a high-risk group for HIV infection. As a result, HIV testing services had provided to inmates by a health care organization in Chiang Mai. However, there was a lack of systematic use of the data obtained from these operations to analyze factors related to HIV infection. The purposes of this cross-sectional descriptive study were to determine HIV prevalence and risk factors that associated with HIV infection among male prisoners in the province who volunteered to have tested. The method of data collection was carried out by a retrospective review the secondary records of personal behaviors from the Bureau of AIDS, TB and STIs concerning to population characteristics, risk factors, and HIV infection. Analyses of the data were to perform the descriptive statistics. Odds ratio was analyzed to demonstrate relationships between risk factors and HIV infections. There were 775 male prisoners participated in this study. The results revealed HIV prevalence of the inmates was 1.42%. There were 3 risk ratio factors, which were significantly associated with HIV infection including homosexual (gays and transgender persons) vs heterosexuals with OR=16.85 (95%CI=4.91-57.83), experienced from suffering sexual transmitted diseases vs non-experienced OR=15.64 (95%CI=1.99-122.79), and exposed to anal sexual intercourse vs non-exposed OR=4.49 (95%CI=1.35-14.91). The results clearly showed an existence of HIV infection among the inmates was related to sexual behaviors, and then we should develop a screening system and provide a preventive program and care services for who are risky of the disease.

Key words: Male prisoners, HIV Prevalence, HIV risk factors

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา โดยปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.5 ล้านรายต่อปี (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ จำนวน 4.9 แสนราย และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 5,825 ราย โดยพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 7.8 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 7.3 กลุ่มหญิงข้ามเพศ ร้อยละ 4.2 พนักงานบริการชาย ร้อยละ 3.8 ผู้ต้องขัง ร้อยละ 1.6 พนักงานบริการหญิง ร้อยละ 0.7 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2564) ปัจจุบันมีการสนับสนุน

งบประมาณดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้เข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและเข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว ซึ่งไม่ครอบคลุมไปถึงกลุ่มผู้ต้องขังเนื่องจากเป็นกลุ่มที่ถูกจำกัดด้านเสรีภาพ และมีขั้นตอนยุ่งยากในการมารับบริการสุขภาพภายนอกเรือนจำ ทำให้กลุ่มผู้ต้องขังเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีน้อย (มนต์ทิwa สุนันตา, 2562) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและเท่าเทียม

ตามหลักมนุษยธรรม และได้บรรจุให้การตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นหนึ่งในบริการที่ผู้ต้องขังควรได้รับ โดยมีกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองดำเนินการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากรายงานของกรมราชทัณฑ์ ปี 2564 พบว่าประเทศไทยมีผู้ต้องขังจำนวน 3.1 แสนราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยพื้นที่ภาคเหนือตอนบนมีผู้ต้องขังชายจำนวน 21,798 ราย อยู่ในพื้นที่ของจังหวัดเชียงใหม่มากที่สุด จำนวน 7,076 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 (กรมราชทัณฑ์, 2564) โดยในปี 2563 ผู้ต้องขังชายจังหวัดเชียงใหม่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ จำนวน 1,017 ราย พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 2.5 โดยขาดการรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาของชลลิสา จริยาเลิศศักดิ์ (2557) พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ต้องขังเพศชายคิดเป็นร้อยละ 3.2 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การไม่ใช้ถุงยางอนามัย การเข้าถึงบริการถุงยางอนามัยเป็นต้น แต่ในการศึกษาดังกล่าวไม่ได้ระบุปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี เช่น ปัจจัยการใช้สารเสพติด การเป็นพนักงานบริการทางเพศ เป็นต้น ดังนั้นการศึกษานี้ได้นำข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรมส่วนบุคคลของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับใช้ในกิจกรรมตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ และนำผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและเข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบประเมินพฤติกรรมส่วนบุคคล ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับใช้ในกิจกรรมคัดกรองเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ต้องขังชาย ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ และยินยอมตอบแบบประเมินพฤติกรรมส่วนบุคคล จำนวน 775 ราย ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2564 รวมทั้งสิ้น 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินพฤติกรรมส่วนบุคคลฯ สำหรับใช้ในกิจกรรมคัดกรองเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ ปีงบประมาณ 2564 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ประเภทของผู้ต้องขัง ช่วงวัย เพศวิถี การประกอบอาชีพให้บริการทางเพศ การใช้สารเสพติด และประวัติการเคยมีอาการแสดงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การสัก/ใช้อุปกรณ์การสักร่วมกับผู้อื่น การเที่ยวหญิงหรือชายบริการทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก และการดัดแปลงตกแต่งอวัยวะเพศ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบเลือกตอบ คือ ไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน และ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของการติดเชื้อเอชไอวี

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ขี้แจงการบันทึกข้อมูลในแบบประเมินพฤติกรรมส่วนบุคคลฯ ให้กับผู้รับผิดชอบงานจัดบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

2. ดำเนินการจัดบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ และเก็บข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรมส่วนบุคคลฯ ของกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ข้อมูล

3. ติดตามผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และบันทึกผลการตรวจในแบบประเมินพฤติกรรมส่วนบุคคลฯ

4. รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ต้องขังชาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ด้วย Univariate analysis

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ โดยเป็นข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรมส่วนบุคคลฯ ซึ่งเป็นเอกสารที่ใช้สำหรับกิจกรรมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง ภายใต้โครงการ

ราชทัณฑ์ปันสุขฯ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจตอบแบบประเมินฯ ด้วยตนเอง โดยนำเสนอข้อมูลเป็นข้อมูลภาพรวมเท่านั้นและไม่เจาะจงตัวบุคคล เพื่อรักษาข้อมูลความลับของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังชาย จำนวน 775 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ต้องขังรายเก่า ร้อยละ 58.58 และเป็นผู้ต้องขังรายใหม่ ร้อยละ 41.42 กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 86.58 และช่วงวัยเยาวชน ร้อยละ 13.42 เพศวิถีส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายรักต่างเพศ ร้อยละ 94.71 และกลุ่มชายรักเพศเดียวกัน ร้อยละ 5.29 ซึ่งจำแนกได้เป็นกลุ่มชายรักชาย ร้อยละ 56.10 และหญิงข้ามเพศ ร้อยละ 43.90 ตามลำดับ พบความเสี่ยงด้านอื่นๆ ได้แก่ เคยประกอบอาชีพให้บริการทางเพศ ร้อยละ 2.06 เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 54.06 ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดชนิดเสฟ ร้อยละ 94.03 และสารเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 5.97 ตลอดจนมีประวัติอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 39.74 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=775)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเภทของผู้ต้องขัง		
ผู้ต้องขังรายเก่า (อยู่ในเรือนจำมากกว่า 1 ปี)	454	58.58
ผู้ต้องขังรายใหม่ (อยู่ในเรือนจำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี)	321	41.42
ช่วงวัย		
ช่วงวัยเยาวชน (อายุน้อยกว่า 24 ปี)	104	13.42
ช่วงวัยผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)	671	86.58
เพศวิถี		
ชายรักต่างเพศ	734	94.71
ชายรักเพศเดียวกัน	41	5.29
- ชายรักชาย	23	56.10
- หญิงข้ามเพศ	18	43.90

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=775) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การประกอบอาชีพให้บริการทางเพศ		
ไม่เคยให้บริการทางเพศ	759	97.94
เคยให้บริการทางเพศ	16	2.06
การใช้สารเสพติด		
ไม่เคยใช้สารเสพติด	356	45.94
เคยใช้สารเสพติด	419	54.06
- เคยใช้สารเสพติดชนิดฉีด	25	5.97
- เคยใช้สารเสพติดชนิดเสพ	394	94.03
ประวัติอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ไม่เคยมีอาการแสดงของโรค	467	60.26
เคยมีอาการแสดงของโรค	308	39.74

2) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 56.00 ตามลำดับ กลุ่มพนักงานให้บริการทางเพศมี พฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเลือดหรือ การเที่ยวหญิงหรือชายให้บริการทางเพศ ร้อยละ สารคัดหลั่งสูงที่สุด จำแนกตามประเภทของกลุ่มเสี่ยง 93.75 กลุ่มที่มีประวัติอาการของโรคติดต่อทาง พบว่า กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมีการสักหรือใช้ เพศสัมพันธ์ โดยไม่ใช่ถุงยางอนามัยร้อยละ 95.45 อุปกรณ์การสักร่วมกับผู้อื่น และเคยตัดแปลงตกแต่ง และกลุ่มชายรักชายมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก อวัยวะเพศมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ร้อยละ 76.00 และ ร้อยละ 82.61 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ต้องขังชาย จังหวัด เชียงใหม่ จำแนกตามกลุ่มเสี่ยง (n=775)

กลุ่มเสี่ยง	จำนวน (ราย)	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเลือดและสารคัดหลั่ง*									
		การสัก/ใช้อุปกรณ์		การเที่ยวหญิงหรือ		การมีเพศสัมพันธ์		การมีเพศสัมพันธ์		การตัดแปลง	
		การสักร่วมกับผู้อื่น	การสักร่วมกับผู้อื่น	ชายบริการทางเพศ	ชายบริการทางเพศ	โดยไม่ใช้ถุงยาง	โดยไม่ใช้ถุงยาง	ทางทวารหนัก	ทางทวารหนัก	ตกแต่งอวัยวะเพศ	ตกแต่งอวัยวะเพศ
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ต้องขังทั้งหมด	775	416	53.68	423	54.58	685	88.39	167	21.55	350	45.16
ชายรักต่างเพศ	734	391	53.27	406	55.31	649	88.42	135	18.39	334	45.50
ชายรักชาย	23	13	56.52	9	39.13	20	86.96	19	82.61	7	30.43
หญิงข้ามเพศ	18	11	61.11	8	44.44	16	88.89	13	72.22	9	50.00
พนักงานให้บริการทางเพศ	16	11	68.75	15	93.75	14	87.50	3	18.75	8	50.00
ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด	25	19	76.00	18	72.00	23	92.00	9	36.00	14	56.00
ผู้ใช้สารเสพติดชนิดเสพ	394	222	56.35	230	58.38	373	94.67	95	24.11	183	46.45
ผู้ที่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	308	206	66.88	208	67.53	294	95.45	98	31.82	172	55.84

หมายเหตุ: *ตอบได้มากกว่า 1 พฤติกรรม

3) ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.42 ส่วนใหญ่เป็นผู้ต้องขังรายเก่า ร้อยละ 2.20 และพบในช่วงวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 1.49 เมื่อจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พบว่า การใช้สารเสพติดชนิดฉีด มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด ร้อยละ 20.00 รองลงมาคือ การมีเพศวิถีแบบชายรักชาย ร้อยละ 17.39 เคยประกอบอาชีพให้บริการทางเพศ ร้อยละ

6.25 และเคยมีอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 3.25 ตามลำดับ เมื่อจำแนกความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีตามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเลือดหรือสารคัดหลั่ง พบว่า การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 0.49 รองลงมาคือ การสัก/ใช้อุปกรณ์การสักร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 0.44 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564 จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง (n=775)

ปัจจัยเสี่ยง	ได้รับการตรวจ HIV (ราย)	HIV + (ราย)	ความชุก (ร้อยละ)
ประเภทของผู้ต้องขัง	775	11	1.42
ผู้ต้องขังรายเก่า (อยู่ในเรือนจำมากกว่า 1 ปี)	454	10	2.20
ผู้ต้องขังรายใหม่ (อยู่ในเรือนจำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี)	321	1	0.31
ช่วงวัย			
ช่วงวัยเยาวชน (อายุน้อยกว่า 24 ปี)	104	1	0.96
ช่วงวัยผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)	671	10	1.49
เพศวิถี			
ชายรักต่างเพศ	734	6	0.82
ชายรักชาย	23	4	17.39
หญิงข้ามเพศ	18	1	5.56
การประกอบอาชีพให้บริการทางเพศ			
ไม่เคยให้บริการทางเพศ	759	10	1.32
เคยให้บริการทางเพศ	16	1	6.25
การใช้สารเสพติด			
ไม่เคยใช้สารเสพติด	356	3	0.84
ใช้สารเสพติดชนิดฉีด	25	5	20.00
ใช้สารเสพติดชนิดเสพ	394	3	0.76
ประวัติอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
ไม่เคยมีอาการแสดงของโรค	467	1	0.21
เคยมีอาการแสดงของโรค	308	10	3.25
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเลือดหรือสารคัดหลั่ง			
ไม่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยง	42	0	0.00
เคยมีพฤติกรรมเสี่ยง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	733	11	1.50
สัก/ใช้อุปกรณ์การสักร่วมกับผู้อื่น	416	9	2.16
เที่ยวหญิงหรือชายบริการทางเพศ	423	5	1.18
มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย	685	10	1.46
มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก	167	6	3.60
ดัดแปลงตกแต่งอวัยวะเพศ	350	6	1.71

4) ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศวิถีแบบชายรักเพศเดียวกัน ประกอบด้วย กลุ่มชายรักชายกับหญิงข้ามเพศ พบว่า มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ต้องขังที่เป็นชายรักต่างเพศ 16.85 เท่า (95%CI=4.91-57.83) และ กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีอาการแสดงของโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีอาการแสดง 15.64 เท่า (95%CI=1.99-122.79) ส่วนปัจจัยด้านประเภทของผู้ต้องขัง ช่วงวัย การประกอบอาชีพให้บริการทางเพศ และการใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขังชาย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564 จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=775)

ปัจจัยเสี่ยง	n (ราย)	ผลการติดเชื้อเอชไอวี				OR	95%CI	p-value
		HIV +		HIV -				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ประเภทของผู้ต้องขัง								
ผู้ต้องขังรายใหม่ (อยู่ในเรือนจำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี)	321	1	0.31	320	99.69	Ref.		
ผู้ต้องขังรายเก่า (อยู่ในเรือนจำมากกว่า 1 ปี)	454	10	2.20	444	97.80	7.21	0.92-56.58	0.060
ช่วงวัย								
ช่วงวัยเยาวชน (อายุน้อยกว่า 24 ปี)	104	1	0.96	103	99.04	Ref.		
ช่วงวัยผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)	671	10	1.49	661	98.51	1.56	0.20-12.03	0.674
เพศวิถี								
ชายรักต่างเพศ	734	6	0.82	728	99.18	Ref.		
ชายรักเพศเดียวกัน (กลุ่มชายรักชายและหญิงข้ามเพศ)	41	5	12.20	36	87.80	16.85	4.91-57.83	0.000*
การประกอบอาชีพให้บริการทางเพศ								
ไม่เคยให้บริการทางเพศ	759	10	1.32	749	98.68	Ref.		
เคยให้บริการทางเพศ	16	1	6.25	15	93.75	4.99	0.60-41.53	0.137
การใช้สารเสพติด								
ไม่เคยใช้สารเสพติด	356	3	0.84	353	99.16	Ref.		
เคยใช้สารเสพติด	419	8	1.91	411	98.09	2.29	0.61-8.70	0.224
ประวัติอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์								
ไม่เคยมีอาการแสดงของโรค	467	1	0.22	446	99.78	Ref.		
เคยมีอาการแสดงของโรค	308	10	3.25	298	96.75	15.64	1.99-122.79	0.009*

* p-value<0.05

ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเลือดและสารคัดหลั่งของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว 4.49 เท่า (95%CI=1.35-14.91) ส่วนพฤติกรรมการสัก/ใช้อุปกรณ์การสักร่วมกับผู้อื่น

การเที่ยวหญิงหรือขายบริการทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และการดัดแปลงตกแต่งอวัยวะเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังชาย ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขังชาย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564 จำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเลือดและสารคัดหลั่ง (n=775)

ปัจจัย	n (ราย)	ผลการติดเชื้อเอชไอวี				OR	95%CI	p-value
		HIV +		HIV -				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การสัก/ใช้อุปกรณ์การสักร่วมกับผู้อื่น								
ไม่เคย	359	2	0.56	357	99.44	Ref.		
เคย	416	9	2.16	407	97.84	3.95	0.85-18.39	0.080
การเที่ยวหญิงหรือขายบริการทางเพศ								
ไม่เคย	352	6	1.70	346	98.30	Ref.		
เคย	423	5	1.18	418	98.82	0.69	0.21-2.28	0.543
การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย								
ไม่เคย	90	1	1.11	89	98.89	Ref.		
เคย	685	10	1.46	675	98.54	1.32	0.17-10.42	0.793
การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก								
ไม่เคย	608	5	0.82	603	99.18	Ref.		
เคย	167	6	3.59	161	96.41	4.49	1.35-14.91	0.014*
การดัดแปลงตกแต่งอวัยวะเพศ								
ไม่เคย	425	5	1.18	420	98.82	Ref.		
เคย	350	6	1.71	344	98.29	1.47	0.44-4.84	0.531

* p-value<0.05

อภิปรายผล

1. การศึกษานี้พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ต้องขังชาย ร้อยละ 1.42 ซึ่งแตกต่างจากปี พ.ศ. 2557 ที่พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 3.2 (ชลลิสสา จริยาเลิศศักดิ์, 2557) สาเหตุเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มที่สมัครใจเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นผู้ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีและปิดบังสถานะผลเลือดของตนเองสามารถหลีกเลี่ยงการเข้ารับการตรวจเนื่องจากกลัว

การถูกเปิดเผยสถานะผลเลือดของตนเองและการถูกรังเกียจหากสถานการณ์ติดเชื้อถูกเปิดเผย สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ต่อการเข้ารับการรักษาที่ล่าช้า พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องผิดพลาดและน่ารังเกียจ จึงไม่ยอมเปิดเผยตัวเอง และจากการคาดการณ์ว่าจะถูกตีตรา ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหลีกเลี่ยงการ

เข้ารับบริการตรวจเลือดได้ (ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ, 2561)

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังรายเก่ามากกว่ารายใหม่ เนื่องจากผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้า และพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตามนิยามของยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ประกอบด้วย ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการชาย และหญิงข้ามเพศ (ทวิทรัพย์ ศิรประภาศิริ, 2560) โดยการศึกษาพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มดังกล่าว ร้อยละ 20.00, 17.39, 6.25 และ 5.56 ตามลำดับ ซึ่งการจัดบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการในรูปแบบหน่วยบริการเคลื่อนที่ และจัดบริการได้เพียงปีละ 1-2 ครั้ง เนื่องจากบางเรือนจำมีผู้ต้องขังจำนวนมากจึงไม่สะดวก หรือไม่ได้จัดบริการแบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านช่องทางพิเศษร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ประกอบกับเรือนจำไม่มีระบบการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่เฉพาะ เช่น ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีคัดกรองกลุ่มประชากรหลัก เป็นต้น

ดังนั้นการจัดบริการคัดกรองส่วนใหญ่จะเป็นการประชาสัมพันธ์การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองฯ ตามความสมัครใจ ซึ่งกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอาจไม่ทราบความเสี่ยงของตนเอง และไม่ได้เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 7 พบว่ากลุ่มดังกล่าวมีความตั้งใจเข้ารับบริการ ร้อยละ 58.9 สาเหตุเกิดจากเรือนจำขาดการจัดระบบบริการที่ชัดเจนและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ต้องขัง การขาดการติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่สามารถให้คำปรึกษาในชีวิต ส่งผลให้ไม่ทราบความเสี่ยงของตนเอง และมีผลต่อความตั้งใจเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (อังคณา แจ่มนิยม และคณะ, 2560)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ต้องขังชาย ประกอบด้วย

2.1) ปัจจัยด้านเพศวิถี พบว่า กลุ่มที่มีเพศวิถีเป็นชายรักเพศเดียวกัน ประกอบด้วยชายรักชายและหญิงข้ามเพศมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มชายรักต่างเพศนั้น สาเหตุเกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น ได้แก่ พฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งลดลง และมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV Info Hub) ได้แสดงผลการสำรวจการใช้ถุงยางอนามัย ปี 2563 พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 77.8 ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับปี 2561 ที่พบการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มดังกล่าว ร้อยละ 82.7 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2564) นอกจากนี้ลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายและหญิงข้ามเพศส่วนใหญ่จะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเป็นหลัก ซึ่งทวารหนักเป็นช่องทางที่บอบบางและเสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย สอดคล้องกับข้อมูลด้านช่องทางของการติดเชื้อเอชไอวีที่พบว่า การเกิดแผลถลอกในขณะมีเพศสัมพันธ์ทั้งในช่องคลอดหรือทางทวารหนัก เป็นสาเหตุหนึ่งของการได้รับเชื้อเอชไอวีได้ หากไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกัน (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2551)

2.2) ปัจจัยด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ผู้ที่เคยมีอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการแสดง ซึ่งสอดคล้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค ปี 2562 พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.92 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2561 ที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 2.94 (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2564) นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังสอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเทศไทย ปี 2558 ที่ระบุว่าผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 3-5 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (นิสิต คงกริกเกียรติ และคณะ, 2558)

2.3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ของทุกเพศวิถีในผู้ต้องขังชาย พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ต้องขังชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2557 ที่พบความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มดังกล่าว (ชลลิสา จริยาเลิศศักดิ์, 2557) และสอดคล้องกับข้อมูลโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสเชื้อในช่องทางต่างๆ ของสภากาชาดไทย พบว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยเป็นฝ่ายรับจะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1-30 และฝ่ายรุกมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.1-10 นอกจากนี้โอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักอาจสูงกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดถึง 18 เท่า (สภากาชาดไทย, 2564) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมากที่สุด คือ กลุ่มชายรักเพศเดียวกัน ร้อยละ 82.61 และหญิงข้ามเพศ ร้อยละ 72.22 สอดคล้องกับการศึกษาของนางคันุช สุรัตน์วดี และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ (2563) พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

1. ควรพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และระบบการส่งตรวจฯ แบบช่องทางพิเศษร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สำหรับผู้ต้องขังที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูง เพื่อให้กลุ่มดังกล่าวได้รับทราบสถานะผลเลือดและเข้าสู่บริการการรักษาที่รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

2. ควรส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขัง และการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หรือกิจกรรมลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลด

ความกังวล/ความกลัว และกล้าที่จะเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อทราบสถานะผลเลือดมากขึ้น

3. ควรมีการจัดบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจฯ เช่น การตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีน้ำลาย การตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีปลายนิ้ว เป็นต้น ร่วมกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีประจำปี เพื่อให้ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจคัดกรองที่สะดวก ทราบผลตรวจเลือดโดยเร็ว และมีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ต้องขังที่มีผลเลือดผิดปกติเข้าสู่ระบบบริการการรักษาร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายจะทำให้เรือนจำสามารถควบคุมการระบาดของเอชไอวี/เอดส์ในผู้ต้องขังได้รวดเร็ว สามารถลดการเสียชีวิตหรืออาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของเอชไอวี/เอดส์ของผู้ต้องขังได้

4. ควรมีการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย เช่น การจัดบริการถุงยางอนามัย การให้บริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ ทำให้การรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังขาดตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้กระบอกฉีดยาหรือเข็มร่วมกัน พฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอน และไม่สามารถระบุช่วงเวลาของการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีว่าเกิดขึ้นก่อนหรือขณะอยู่ในเรือนจำ เป็นต้น ดังนั้นควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัยที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้สนับสนุนข้อมูลในการศึกษานี้ และขอขอบพระคุณ รศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธนะวิญญูชัย คุณพรณัฐ โปฏก และดร.ปาริฉัตร ่องอาจบริรักษ์ ในการเป็นที่ปรึกษา การให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจ ในการทำการศึกษานี้จนสำเร็จและบรรลุวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

- กรมราชทัณฑ์. (2564). รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2564]; แหล่งข้อมูล:
URL: <http://www.correct.go.th/stathomepage/>
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2564). ระบบรายงาน AIDs Surveillance System [ออนไลน์]. [สืบค้น
เมื่อ 20 สิงหาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/
- กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นโครงการเกี่ยวกับพระ
ราชวงศ์ (โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ) ปี 2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2564];
แหล่งข้อมูล: URL:
<https://ddc.moph.go.th/sordpc/news.php?news=16473&deptcode=sordpc>.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2564). ฐานข้อมูลศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศ ด้าน
เอชไอวีของประเทศไทย (HIV Info Hub) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2564]; แหล่งข้อมูล:
URL: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/>
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2551). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 8.
นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- ชลลิสสา จริยาเลิศศักดิ์. (2557). ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี
ของผู้ต้องขังชาย กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2564];
แหล่งข้อมูล: URL: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/2863>
- ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ. (2560). ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพฯ:
บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.
- นงคันทน์ สุรัตน์วดี และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. (2563). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจ
คัดกรองเอชไอวีที่คลินิกให้การรักษาและตรวจเลือดด้วยความสมัครใจของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์
กับชายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 27(3),
38-51.
- นิสิต คงกรีกเกียรติ, รสพร กิตติเยาวมาลย์ และเอกชัย แดงสอาด. (2558). แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์.
- มนต์ทิศา สุนันตา. (2562). การใช้มาตรการ RRTR เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังของเรือนจำ
แห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 15(2), 34-43.
- ศีลธรรม เสริมฤทธิ์, พจนา ธัญญกิตติกุล และชุตินันท์ พลเดช. (2561). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น
ระบบ: ผลของการติดตามผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์. วารสาร
ควบคุมโรค, 44(1), 19-30.
- สภาอากาศไทย. (2564). ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสเชื้อในแต่ละครั้งมีโอกาสเสี่ยงมากน้อย
เพียงใด [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL:
<https://th.trcarc.org/ความเสี่ยงในการติดเชื้อ/>
- อังคณา แจ่มนิยม, นิสกร กรุ่งไกรเพชร และสุวรรณา จันทน์ประเสริฐ. (2560). ปัจจัยทำนายความตั้งใจใน
การตรวจคัดกรองเอชไอวีโดยสมัครใจของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 7. วารสารคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(2), 57-68.
- World Health Organization. (2021). HIV data and statistics. [online]. [cited 20 August 2020];
Available from: URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics>

ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์

Risk Factors for Symptoms of Water-Borne Diseases in Upstream Community of Sirikit Dam's Reservoir

นริศรา ศรีโพธิ์ พย.ม. (การพยาบาลอาชีวอนามัย)

Narisara Sripo M.N.S. (Occupational Health Nurse Practitioner)

มัตติกา ใจจันทร์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติ
ชุมชน)

Mattika Chaichan M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy

Received: Nov 15, 2021

Revised: Dec 10, 2021

Accepted: Dec 29, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ประชากรที่อาศัยในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 255 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.73 อายุเฉลี่ย 49.91 ปี (S.D.=15.52) จบการศึกษต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 74.51 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (มัธยฐาน) 1,000.00 บาท อยู่ระหว่างไม่มีรายได้ถึง 27,500 บาทต่อเดือน มีประวัติอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ร้อยละ 55.69 ด้านแหล่งน้ำบริโภคพบว่า เกือบทั้งหมดใช้แหล่งน้ำดื่มมาจากน้ำประปาภูเขา ร้อยละ 98.82 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.82 ส่วนทัศนคติในการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่ออยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 54.90 และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ อยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 50.59 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า อายุ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.017 และ 0.049 ตามลำดับ) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกเชิงพหุพบว่า กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีความเสี่ยงต่ออาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ 1.97 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (Adjusted OR=1.97, 95%CI=1.12-3.47) ซึ่งผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการน้ำบริโภคในชุมชน และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อของประชาชน

คำสำคัญ: อาการเจ็บป่วย, โรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ, การป้องกันโรค, ปัจจัยเสี่ยง, ชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์

ABSTRACT

The aim of this cross-sectional research was to study risk factors of water-borne diseases among people living in Sirikit dam upstream community. Data were collected by using a questionnaire interviewed 255 people aged above 20 years living in upstream community of Sirikit dam's reservoir. The data were analyzed with descriptive statistics and inference statistics. The results revealed that 53.73% of the study subjects were male, the average age was 49.91 years (S.D.=15.52). The majority 74.51%, passed education below high school and earned median income 1,000.00 baht/month (ranged from nil to 27,500 baht/month). The study subjects had a history of symptoms related to water-borne diseases 55.69%. In regard to the prevention of water-borne diseases behaviors, almost all 98.82% consumed natural spring water from the hills for drinking and using. More than a half of the study subjects had knowledge about prevention of water-borne diseases in high level. While a half of them had attitudes and behaviors related to prevention of water-borne diseases in an acceptable level. Age and education levels had relationship between water-borne diseases by Chi-square test (p -value=0.017, 0.049). Multiple logistic regression analyzed for impacts of multi risk factors showing individuals aged under 60 were more likely to have higher risk for water-borne diseases than those who were older than or equal to 60 years (Adjusted OR=1.97, 95%CI=1.12-3.47, p -value=0.018). The results of this study can be used as a guideline for the development of drinking water management systems in the community and development of a program to promote health and to prevent the water-borne disease for community populations.

Key words: Symptoms, Water-borne diseases, Prevention, Risk factors, Upstream community of Sirikit dam's reservoir.

บทนำ

เนื่องจากน้ำเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แต่ประชากรโลก 768 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลหรือเป็นชุมชนแออัดยังไม่มีน้ำสะอาดบริโภค (UNICEF, 2014) การวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของประเทศไทยปี 2563 พบว่า ยังมีครัวเรือนยากจนอีกร้อยละ 24.65 ที่ยังเข้าไม่ถึงน้ำดื่มสะอาด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563) และพบว่า ปัจจุบันหมู่บ้านของประเทศไทยร้อยละ 10 ยังประสบปัญหาไม่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภคดังกล่าว

ซึ่งอาจเป็นสาเหตุความเจ็บป่วยของประชาชนจากการบริโภคน้ำที่ไม่มีคุณภาพหรือที่เรียกว่า โรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ (Water-Borne Diseases) (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่ม, 2556) โดยกลุ่มอาการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มโรคระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่วในไต นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งมักมีอาการนำของโรคคือ อาการปวดหลังบริเวณบั้นเอว ปัสสาวะขัด เป็นต้น (มณฑิรา มฤคทัต, 2545) กลุ่มอาการพยาธิ คือมีอาการคันรอบรูทวารเวลากลางคืน บวมใต้ผิวหนังเฉพาะที่ (ดาราวรรณ วนะชีวนาวิน, 2554) และกลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร

อาทิ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน อหิวาตกโรค บิด จะทำให้มีอาการปวดท้อง ปวดบิด ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน (ชัยวรรณ ประดิษฐ์ทองงาม, 2562) ซึ่งโรคเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยและภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก และการเจ็บป่วยอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือถึงแก่ชีวิตได้

ชุมชนบ้านห้วยต้า เป็นชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ ตั้งอยู่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติ กลางหุบเขาในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำไร่นา และเลี้ยงสัตว์เป็นอาชีพหลัก จากการสำรวจน้ำอุปโภคบริโภคในระหว่างวันที่ 5-8 สิงหาคม 2563 โดยทีมผู้วิจัยพบว่า ประชาชนใช้การเดินท่อส่งน้ำจากตอมห้วยต้าซึ่งเป็นต้นน้ำบนภูเขาลงมาใช้ในหมู่บ้าน มีแท้งก์ปูนสูง 3 เมตร ไว้เก็บน้ำทุกคร้วเรือน และประชาชนชุดบ่อน้ำตื้นข้างลำห้วยไว้ใช้ จำนวน 3 จุด เพื่อสำรองใช้เมื่อน้ำประปาภูเขาขาดช่วง ซึ่งแม้ประชาชนในชุมชนจะพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวแต่ก็ยังพบว่า ไม่เพียงพอหรือไม่เป็นไปตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่ระบุไว้ว่า คร้วเรือนมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 45 ลิตรต่อวัน (กรมการพัฒนาชุมชน, 2559) และจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคน้ำพบว่า ประชาชนบริโภคน้ำประปาภูเขาที่พักไว้ในแท้งก์ปูนโดยไม่ผ่านการปรับปรุงคุณภาพหรือต้มจากบ่อน้ำตื้นโดยตรงร้อยละ 99.32 ซึ่งอาจนำไปสู่อาการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อได้ สอดคล้องกับสถิติอาการเจ็บป่วยของประชาชนของสถานีอนามัยนางพญาบ้านห้วยต้า ระหว่างปี 2553-2563 พบว่า มีประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อาหารเป็นพิษ จำนวน 190 ครั้ง ซึ่งอาการเจ็บป่วยดังกล่าวอาจมีสาเหตุจากการบริโภคน้ำดื่มที่ไม่สะอาดหรือมีพฤติกรรมด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสมได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางการพัฒนาการจัดการน้ำในพื้นที่ชุมชนต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประชากรที่อาศัยในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ระหว่างวันที่ 5-20 เมษายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่มีรายชื่อในสำมะโนประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เหนือเขื่อนสิริกิติ์ จำนวน 559 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Wayne, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อของประชากรทั้งหมดในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามในโครงการวิจัยคุณภาพน้ำ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ ภายใต้ชุดโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ สำหรับการศึกษานี้ แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งน้ำบริโภค ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบการมีตัวเลือกให้เลือกตอบและเติมข้อความแบบปลายเปิด
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ คำตอบที่ถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ส่วนคำตอบที่ผิดและไม่แน่ใจจะได้ 0 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนความรู้ ใช้เกณฑ์ตัดที่ร้อยละ 60 (Bloom, 1971) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความรู้

เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่ออยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 10 คะแนน) และระดับสูง (10- 15 คะแนน)

3. ทศนคติในการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปลายปิด ลักษณะข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ การแปลผลโดยใช้ค่า Median (มนต์ชัย เทียนทอง, 2548) แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ทศนคติในการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ไม่เหมาะสม (น้อยกว่า 35 คะแนน) และเหมาะสม (35-52 คะแนน)

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปลายปิด ลักษณะข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย การแปลผลโดยใช้ค่า Median แบ่งเป็น 2 ระดับ (มนต์ชัย เทียนทอง, 2548) คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ไม่เหมาะสม (น้อยกว่า 37 คะแนน) และเหมาะสม (37-48 คะแนน)

5. อาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม โดยโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ หมายถึง โรคที่เกิดจากการบริโภคน้ำซึ่งมีเชื้อจุลินทรีย์อันตรายหรือสารเคมีที่เป็นพิษ โดยครอบคลุมกลุ่มโรคทางเดินอาหารทางเดินปัสสาวะ กลุ่มโรคติดเชื้อพยาธิ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 9 อาการ การแปลผล หากมีอาการข้อใดข้อหนึ่งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา แสดงว่ามีอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำเครื่องมือที่ปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง สอดคล้องของเนื้อหาและภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนี

ความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม

2. นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ฉบับ แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชน เพื่อแจ้งรายละเอียดโครงการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเข้าถึงข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสิ้นสุดผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ทุกฉบับก่อนนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยจุฬาราชมนตรี ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ทศนคติในการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ และอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค ทศนคติในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยและกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อโดยใช้ Mann-Whitney U test และวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้วย Univariate analysis โดยใช้สถิติ Chi-square test เพื่อวิเคราะห์หาขนาดความสัมพันธ์ และวิเคราะห์ Multivariable analysis ด้วย Multiple regression analysis

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการวิจัย 014/2564 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564 โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ที่ได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา ทั้งนี้นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.73 มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.73 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 70.20 จบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 74.51 เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 92.16 และใช้แหล่งน้ำดื่มมาจากน้ำประปาภูเขามากที่สุด ร้อยละ 98.82 รองลงมาคือ บ่อน้ำตื้น ร้อยละ 25.49 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=255)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	137	53.73
หญิง	118	46.27
อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	188	73.73
60 ปีขึ้นไป	67	26.27
Mean=49.91, S.D.=15.52, Min=20.00, Max=98.00		
สถานภาพสมรส		
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	76	29.80
สมรส/คู่	179	70.20
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	190	74.51
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	65	25.49
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	235	92.16
5,000 บาทขึ้นไป	20	7.84
Median=1,000.00, Min=0.00, Max=27,500.00		
แหล่งน้ำบริโภค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
น้ำประปาภูเขา	252	98.82
บ่อน้ำตื้น	65	25.49
น้ำฝน	33	12.94

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ

ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.82 และระดับต่ำ ร้อยละ 41.18

ทัศนคติในการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติ

ในการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่ออยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 54.90 และระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 45.10

พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่ออยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 50.59 และระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 49.41 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ (n=255)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ		
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 10 คะแนน)	105	41.18
ระดับสูง (10-15 คะแนน)	150	58.82
ทัศนคติในการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ		
ไม่เหมาะสม (น้อยกว่า 35 คะแนน)	115	45.10
เหมาะสม (35-52 คะแนน)	140	54.90
พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ		
ไม่เหมาะสม (น้อยกว่า 37 คะแนน)	126	49.41
เหมาะสม (37-48 คะแนน)	129	50.59

อาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ

จากการศึกษาพบว่า ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประวัติอาการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุหรือสงสัยว่ามีสาเหตุจากน้ำเป็นสื่อ ร้อยละ 55.69 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอาการโรคพบว่า กลุ่มอาการโรคทางเดินปัสสาวะ มีอาการปวดหลังบริเวณบั้นเอวมากที่สุด ร้อยละ 34.90 รองลงมาคือ ปัสสาวะขัด/สะดุด ร้อยละ 16.08 กลุ่มอาการโรคระบบทางเดินอาหาร ในกลุ่มอาการนี้พบว่ามีอาการปวดท้อง ปวดบิด ปวดเบ่งคล้ายอุจจาระไม่สุดมากที่สุด ร้อยละ 20.00 รองลงมา คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 14.12 ในขณะที่กลุ่มอาการพยาธิ พบน้อยที่สุด โดยพบอาการคันรอบรูทวารเวลาถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 6.27 และอาการ

บวมใต้ผิวหนังเฉพาะที่/เคลื่อนที่ ร้อยละ 3.53 ดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยและกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยและกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์

อาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ		
ไม่เคย	113	44.31
เคย	142	55.69
อาการเจ็บป่วย (เลือกได้มากกว่า 1 อาการ)		
กลุ่มอาการโรคทางเดินปัสสาวะ		
ปวดหลังบริเวณบั้นเอว	89	34.90
ปัสสาวะขัด/สะดุด	41	16.08
เจ็บเวลาปัสสาวะ	26	10.20
ปัสสาวะมีเลือดปน	22	8.63
กลุ่มอาการโรคระบบทางเดินอาหาร		
ปวดท้อง ปวดบิด ปวดเบ่ง คล้ายอุจจาระไม่สุด	51	20.00
คลื่นไส้ อาเจียน	36	14.12
ถ่ายอุจจาระ > 3 ครั้งต่อวัน/ถ่ายอุจจาระเป็นมูก/มีเลือดปน	24	9.41
กลุ่มอาการพยาธิ		
คันรอบรูทวารเวลากลางคืน	16	6.27
บวมใต้ผิวหนังเฉพาะที่/เคลื่อนที่	9	3.53

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะคิดในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยและกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ

คะแนนตัวแปร	ประวัติอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ				U	p-value
	ไม่เคย (n=113)		เคย (n=142)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรค	8.88	2.39	9.01	2.54	7808	0.710
ทัศนคติในการป้องกันโรค	35.48	5.29	35.85	5.38	7789	0.689
พฤติกรรมการป้องกันโรค	36.60	3.90	36.82	3.63	7923.5	0.864

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ

1. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ทัศนคติ

ในการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ และอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ พบว่า อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดียวระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ

ตัวแปร	ประวัติอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ				χ^2	p-value
	ไม่เคย		เคย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.03	0.858
ชาย	60	43.79	77	56.21		
หญิง	53	44.91	65	55.09		
อายุ					5.67	0.017*
น้อยกว่า 60 ปี	75	39.89	113	60.11		
60 ปีขึ้นไป	38	56.72	29	43.28		
สถานภาพสมรส					0.01	0.929
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	34	44.74	42	55.26		
สมรส/คู่	79	44.13	100	55.87		
ระดับการศึกษา					3.87	0.049*
ต่ำกว่าม.ปลาย	91	47.89	99	52.11		
ม.ปลายขึ้นไป	22	33.85	43	66.15		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
น้อยกว่า 5,000 บาท	106	45.11	129	54.89	0.76	0.382
5,000 บาทขึ้นไป	7	35.00	13	65.00		
ความรู้เกี่ยวกับโรค					0.02	0.892
ระดับต่ำ	46	43.81	59	56.19		
ระดับสูง	67	44.47	83	55.53		
ทัศนคติในการป้องกันโรค					0.00	0.992
ไม่เหมาะสม	51	44.35	64	55.65		
เหมาะสม	62	44.29	78	55.71		
พฤติกรรมในการป้องกันโรค					0.02	0.967
ไม่เหมาะสม	56	44.44	70	55.56		
เหมาะสม	57	44.19	72	55.81		

*p-value<0.05

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ โดยคำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่นๆ รวม ทั้งนี้ได้คงตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรค ทัศนคติในการป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นตัวแปรสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ และคงตัวแปรทุกตัวที่มี

ค่า p-value<0.05 ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อายุ โดยพบว่า การมีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ 1.97 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป (95%CI=1.12-3.47, p-value=0.018) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์พหุปัจจัยอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ โดยการวิเคราะห์แบบ Multiple Logistic Regression (Forward LR)

ตัวแปร	Adjusted OR	95%CI	p-value
อายุ			
น้อยกว่า 60 ปี	1.97	1.12-3.47	0.018*
60 ปีขึ้นไป	1		

*p-value<0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ส่วนใหญ่เคยมีประวัติอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ในส่วนของผู้ที่มีการเจ็บป่วยพบว่า เคยมีกลุ่มอาการโรคทางเดินปัสสาวะมากที่สุด ได้แก่ มีอาการปวดหลังบริเวณบั้นเอว ปัสสาวะขัด/สะดุด และเจ็บเวลาปัสสาวะ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเป็นอาการเบื้องต้นของการเกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ อาทิ นิ่วในไต นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ได้ (มณฑิรา มฤคทัต, 2545) อธิบายได้ว่า ด้วยแหล่งที่ตั้งของชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ที่อยู่ในพื้นที่อุทยานมีลักษณะเป็นป่าเบญจพรรณ และต้องดื่มน้ำประปาภูเขาจากตอยขุนห้วยต้าซึ่งเป็นภูเขาหินไหลผ่านร่องภูเขาและป่า และดื่มน้ำบ่อน้ำตื้นซึ่งเกิดจากการขุดน้ำตื้นบนผิวดิน การมีข้อจำกัดของทรัพยากรโดยเฉพาะการขาดน้ำประปาเพื่อการบริโภค รวมถึงการขาดแคลนน้ำในหน้าแล้งทำให้ประชาชนต้องดื่มน้ำจากน้ำผิวดิน ซึ่งการดื่มน้ำกระด้างที่มีปริมาณแคลเซียมสูง หรือการดื่มน้ำที่มีฟลูออไรด์สูง (Zarasvandi *et al.*, 2014) รวมถึงการดื่มน้ำที่มีสิ่งปนเปื้อนหรือมีตะกอนเป็นประจำ ยิ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยดังกล่าวขึ้นได้ (มันสิน ตันจุลเวศม์, 2542)

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์พบว่า กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีความเสี่ยงต่ออาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อมากกว่า 1.97 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุมากกว่า อธิบายได้ว่าประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ เป็นประชากรที่

อยู่ในวัยทำงานช่วงอายุ 20-59 ปี โดยอายุนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะซึ่งมีอุบัติการณ์พบมากในช่วงอายุ 30-60 ปี (ปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์ และคณะ, 2549) แบ่งเป็นการเกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง สามารถพบได้ในวัยแรงงานที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี (วิฑูรย์ ประสงค์วัฒนา และพจน์ ศรีบุญลือ, 2543) และโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะส่วนบน พบมากในวัยแรงงานที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี (วรวัฒน์ ชุมสาย ณ อยุธยา และคณะ, 2530) นอกจากนี้ด้วยวัยที่ต้องเป็นเสาหลักหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้กลุ่มวัยนี้ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่โดยการทำงานที่ไร่ นา และสวน หรือรับจ้างทำการเกษตร ด้วยลักษณะงานที่ต้องทำงานกลางแจ้งเป็นระยะเวลานาน ซึ่งผู้ที่ทำงานกลางแจ้งเป็นประจำและอยู่ท่ามกลางสภาพอากาศที่ร้อน จะทำให้ร่างกายสูญเสียเหงื่อง่าย หากได้รับน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จะทำให้มีภาวะขาดน้ำเรื้อรัง (Chronic dehydration) ซึ่งทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นสูงขึ้นจึงเกิดนิ่วได้ง่าย ส่งผลให้ประชากรวัยทำงานโดยเฉพาะเกษตรกรที่ทำงานกลางแจ้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วระบบทางเดินปัสสาวะมากกว่าผู้ที่ทำงานในร่มได้ (Luo *et al.*, 2014; Tanthanuch *et al.*, 2005)

อย่างไรก็ตามเนื่องจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อเป็นสิ่งที่ป้องกันได้โดยการดื่มน้ำที่สะอาดและมีสุขอนามัยที่ดี แต่ด้วยข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์และข้อกฎหมาย ทำให้ชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ไม่สามารถเข้าถึงน้ำประปาสะอาดได้ ประกอบ

กับผลการศึกษาที่พบว่า ระดับความรู้ในการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ระดับทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับเหมาะสม แต่ก็ยังมีกลุ่มตัวอย่างอีกเกือบครึ่งที่ยังมีความรู้ในการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ มีทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยและความ เป็นอยู่ที่ดีในทุกช่วงอายุ เป็นการลดจำนวนการตาย และการป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ รวมถึง เพื่อให้บรรลุล่วงองค์ประกอบของสาธารณสุขมูลฐานที่ ประชาชนควรจะได้รับและเข้าถึงได้ตามเป้าหมาย ของรัฐบาล เช่น การได้รับสุขศึกษา การเข้าถึง สุขาภิบาลและน้ำสะอาด การสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค การมีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557) จึงต้อง อาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็น ประชาชนในพื้นที่ แกนนำชุมชน อสม. โดยเฉพาะ พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นผู้อยู่ใกล้ชิด ประชาชนมากที่สุด จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการ สร้างภาคีเครือข่ายทางสุขภาพ และเป็นผู้ดำเนินการ เปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ในทุกช่วงวัย จนเกิดผลลัพธ์ของการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาของพื้นที่ได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม (จิรณัฐ ชัยชนะ และกัญญาดา ประจุศิลป์, 2561; นพพร ศรีผัด และคณะ, 2563; พรณี ปานเทวัญ, 2562)

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากประชากร ส่วนใหญ่ในชุมชนประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งเป็น

อาชีพที่มีความชุกของอาการปวดหลังบริเวณบั้นเอวสูง ก็มีความเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการ ปวดหลังบริเวณบั้นเอวโดยอาจไม่ได้มาจากโรคที่เกิด จากน้ำเป็นสื่อ รวมทั้งอาจยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นปัจจัย ที่อาจมีผลต่อการเจ็บป่วยที่ยังไม่ได้ทำการศึกษาใน ครั้งนี้ เช่น โรคประจำตัว ระยะเวลาการอาศัยใน ชุมชน และการเข้าถึงแหล่งน้ำของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่ง อาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องควบคุมที่อาจ มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจาก น้ำเป็นสื่อ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพน้ำและสำรวจปัญหา สุขภาพของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ เพิ่มเติม
2. ควรมีระบบการจัดการน้ำในชุมชนเพื่อปรับปรุง คุณภาพน้ำก่อนการบริโภค ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ จากประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. ควรนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลร่วมพิจารณา ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อในการศึกษาครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมของ ชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ ได้รับทุนวิจัยจากการไฟฟ้า ฝายผลิตแห่งประเทศไทย และขอขอบคุณโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยต้า รวมถึงประชาชนใน พื้นที่ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินวิจัยจนสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมการพัฒนาชุมชน. (2559). คู่มือการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ปี 2560-2564. [สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://rdic.cdd.go.th/wp-content/uploads/sites/154/2017/07/bManualBook_BMN60.pdf
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521-พ.ศ. 2557). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- จิรณัฐ ชัยชนะ และกัญญดา ประจุศิลป์. (2561). การศึกษาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารพยาบาลทหารบก, 19 (ฉบับพิเศษ), 193-202. [สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/164695/119359/>
- ชัยวรรณ ประดิษฐ์ทองงาม. (2562). โรคและภัยหน้าร้อน: โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-388>
- ดาราวรรณ วะชีวนาวิน. (2554). กินถูกหลักป้องกันโรคพยาธิได้ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 7 ธันวาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=19>
- นพพร ศรีผัด, ประภัสสร สุวรรณบงกช, ชนิษฐา พานทองรักษ์, เมตตา คำอินทร์ และวัลยา ไส่ภากุล. (2563). การสร้างทีมสุขภาพท้องถิ่นพื้นที่ภาคเหนือตอนบนเพื่อจัดทำแผนงานด้านสุขภาพแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 16(2), 47-60. [สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/244773/168710>
- ปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์, ฉัตรชัย ยาจันทร์ทา, ทศพล ศศิวงศ์ภักดี, ชาญชัย บุญหล้า และเกรียง ตั้งสง่า. (2549). โรคนี้ว่าโต: พยาธิสรีระวิทยา การรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 50(2), 103-123. [สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: http://clmjournel.org/_fileupload/journal/189-4-5.pdf
- พรณี ปานเทวัญ. (2562). บทบาทพยาบาลและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารพยาบาลทหารบก. 20(2), 33-43. [สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/210360/145600>
- มันสิน ตันทุลเวศม์. (2542). วิศวกรรมการประปา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑิรา มฤคทัต. (2545). นวัตกรรมเดินปัสสาวะ. สงขลา: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- มนต์ชัย เทียนทอง. (2548). สถิติและวิธีการวิจัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศ. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- วรวัฒน์ ชุมสาย ณ อยุธยา, สุพจน์ วุฒิกุล, ธนู พลอยล้อมแสง, สมักร อนุตระกูลชัย และสุริธร สุนทรพันธ์. (2530). แนวโน้มของอุบัติการณ์ของโรคนี้ทางเดินปัสสาวะ ในช่วง 3 ทศวรรษ ณ โรงพยาบาลเชียงใหม่. การสัมมนาแห่งชาติเรื่องโรคนี้ทางเดินปัสสาวะและ renal tubular acidosis ครั้งที่ 1; วันที่ 14-15 ธันวาคม 2530; ขอนแก่นไฮเต็ล จังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มีเดีย.
- วิฑูรย์ ประสงค์วัฒนา และพจน์ ศรีบุญลือ. (2543). ระบาดวิทยาของโรคนี้ทางเดินปัสสาวะ. ใน: พจน์ ศรีบุญลือ, ปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์, วิฑูรย์ ประสงค์วัฒนา, เกรียง ตั้งสง่า, บรรณาธิการ. โรคนี้ว่าโต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย ปี 2563. กรุงเทพฯ: กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักสุขภาพอาหารและน้ำดื่ม. (2556). คู่มือประชาชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สำหรับการป้องกันโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

- Bloom, B.S. (1971). Mastery learning. In J.H. Block (Ed.), Mastery learning, theory and practice. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Luo, H., Turner, L. R., Hurst, C., Mai, H., Zhang, Y., & Tong, S. (2014). Exposure to ambient heat and urolithiasis among outdoor workers in Guangzhou, China. Science of the total environment, 472, 1130-1136.
- Tanthanuch, M., Apiwatgaroon, A., & Pripatnanont C. (2005). Urinary Tract Calculi in Southern Thailand. J Med Assoc Thai, 88(1), 80-85. [cited 8 December 2021]; Available from: URL: https://www.researchgate.net/profile/Choosak-Pripatnanont/publication/7783504_Urinary_tract_calculi_in_Southern_Thailand/links/0deec52be3ff66866c000000/Urinary-tract-calculi-in-Southern-Thailand.pdf
- UNICEF. (2014). World Water Day, World's poorest have least access to safe water: UNICEF . [cited 1 May 2020]; Available from: URL: <https://www.unicef.org/turkey/en/press-releases/world-water-day-worlds-poorest-have-least-access-safe-water-unicef>
- Wayne, W.D. (2013). BIOSTATISTICS: A Foundation for Analysis in The Health Sciences. 10th ed. Las Vegas: Edwards Brothers Molloy.
- Zarasvandi, A., Carranza, E. J. M., Heidari, M., & Mousapour, E. (2014). Environmental factors of urinary stones mineralogy, Khuzestan Province, Iran. Journal of African Earth Sciences, 97, 368-376.

การพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว

Developing an Event-Based Surveillance and Response Network in Migrant Communities

ปภาณิจ สวงโท วท.ม. (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย), ส.ม.

(สาธารณสุขศาสตร์)

เสาวพักตร์ ฮิ้นจ้อย ส.ด. (วิทยาการระบาด)

สหภาพ พูลเกษร ค.ม. (บริหารการศึกษา)

สมคิด ไกรพัฒน์พงศ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด)

Paphanij Suangtho M.Sc. (Microbiology), M.P.H.

(Public Health)

Soawapak Hinjoy Dr.P.H. (Epidemiology)

Sahaphap Poonkesorn M.Ed.

(Educational Administration)

Somkid Kraipattanapong M.Sc. (Epidemiology)

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค Division of Epidemiology, Department of Disease Control

Received: Nov 11, 2021

Revised: Dec 19, 2021

Accepted: Dec 27, 2021

บทคัดย่อ

การเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านนับเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่มีโอกาสแพร่โรคมาสู่คนไทยได้ ด้วยข้อจำกัดในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคในชุมชนต่างด้าว จึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว ในปี พ.ศ. 2558-2559 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคและพัฒนาศักยภาพแรงงานต่างด้าวในชุมชนให้สามารถเฝ้าระวังเหตุการณ์และแจ้งข่าวเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติ เพิ่มการสื่อสารระหว่างแรงงานต่างด้าวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคที่รวดเร็ว การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี สระแก้ว และเชียงราย กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครต่างด้าว จำนวน 124 คน แบ่งเป็น 2 รุ่น เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) คู่มือที่จัดทำเป็น 5 ภาษา 2) พัฒนาโปรแกรมรายงานโรค 3) หลักสูตรและอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 4) การถอดบทเรียนและตลาดนัดความรู้ ผลการศึกษพบว่า ภายหลังการอบรมอาสาสมัครต่างด้าวมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73 เป็นร้อยละ 87 จากการพัฒนาระบบเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว ในช่วงแรกไม่มีรายงานเหตุการณ์ผิดปกติ หลังจากการดำเนินงานร่วมกับผู้เกี่ยวข้องแบบมีส่วนร่วมและติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ทำให้มีการรายงานเหตุการณ์ผิดปกติ 24 เหตุการณ์ รวมทั้งการใช้คู่มือประกอบช่วยเพิ่มความเข้าใจและช่วยทบทวนความรู้การดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันได้ การใช้โปรแกรมการรายงานเหตุการณ์ผิดปกติสามารถแจ้งเครือข่ายในพื้นที่ได้รวดเร็ว และมีการสื่อสารติดตามการดำเนินงานตั้งแต่ระดับส่วนกลางถึงระดับพื้นที่ ทำให้เครือข่ายเฝ้าระวังมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น เมื่อสิ้นสุดโครงการสามารถนำเครื่องมือและรูปแบบการดำเนินงานไปขยายผลโดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนอื่นๆ ได้ต่อไป

คำสำคัญ: เครือข่ายการเฝ้าระวังโรค, การเฝ้าระวังเหตุการณ์, ชุมชนต่างด้าว, อาสาสมัครต่างด้าว

ABSTRACT

Immigrant workers from neighboring countries were considered as an important risk group for the spread of diseases to Thais living in areas where the disease surveillance had limitations. Consequently between 2015-2016, this project to form a network of event-based surveillance for migrant workers by organizing workshops and by applying a set of tools to report disease transmission. This project aimed to develop surveillance networking and to improve the ability of the Migrant Health Volunteers (MHVs) to communicate with the government sectors when abnormal situations were detected. Design of the study was a qualitative research by applying a process of PAR to emphasize experimentation grounded in the communities' experiences in 3 provinces of Pathum Thani, Sa Kaeo, and Chiang Rai. The instruments were: 1) creation of five-language guidelines; 2) development of a reporting program; 3) provision of a curriculum and training for MHVs; 4) launch of a session in lessons learned and learning exhibition after ending the project. There were 2 courses to train 124 MHVs participants by training in the same curriculum. The post-test was given when the training was finished. The average training scores increased from 73% in the first training course to 87% in the refreshing course and 24 unusual events were reported in the program. The lesson learned and the rhetorical exhibition after ending the project highlighted problems and challenges. A critical problem was that no abnormal situations were entered into the program after beginning of this project. Thus, the site visits and a refreshing course were performed especially to bring more stakeholders to attend the activities. Moreover, close monitoring and evaluation were performed to continually strengthen the migrant worker network. The guidelines for MHVs could provide for a greater understanding of surveillance activities and health care of the migrant workers. Information sharing and reporting systems supported a strengthened surveillance network and prompt disease control from the central administration to the local settings. Finally, all tangible products obtained from this project could be applied and expanded to other migrant communities.

Key words: Surveillance network, Event-based surveillance, Migrant community, Migrant health worker

บทนำ

พรมแดนประเทศไทยที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน มีแนวชายแดนที่เดินทางและขนส่งสินค้าสะดวกมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะพรมแดนติดต่อกับสาธารณรัฐสหภาพเมียนมาที่ยาว 2,352 กิโลเมตร (เจ็ด สาระเรือน และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2558) จึงมีการเคลื่อนย้ายแรงงานเพิ่มขึ้น ทั้งบริเวณพรมแดน และในพื้นที่

ต่างๆ ประเทศไทยมีแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน 1,482,414 ราย ประเภทอาชีพที่ได้รับอนุญาตทำงานมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ งานกรรมกร งานทำสวนผักและผลไม้ และงานซักรีดเสื้อผ้า (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน, 2559)

จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคใน รง. 506 กองระบาดวิทยา พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญของชาวต่างชาติ เช่น อหิวาตกโรค มาลาเรีย และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เป็นต้น (สำนักกระบาดวิทยา, 2558) พบว่าพื้นที่ชายแดนจังหวัดตาก มีรายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และอหิวาตกโรค 300-800 รายต่อเดือน และมีแนวโน้มผู้ป่วยในชุมชนต่างด้าวสูงขึ้นชัดเจน สอดคล้องกับการระบาดของอหิวาตกโรคในพื้นที่ศูนย์พักพิงตามแนวชายแดนไทย-เมียนมา (ดารินทร์ อารีโยชชัย, 2554) ส่วนจังหวัดระนองพบเชื้อ *V. cholerae* El Tor Ogawa ที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ และเชื้อ *V. cholerae* El Tor Inaba ในแรงงานประมงต่างด้าว และแพร่ไปยังแรงงานก่อสร้างและชุมชนใกล้เคียง ทำให้มีผู้ป่วยยืนยัน 45 ราย (อมรรัตน์ ชอบกตัญญู และอาทิววงศ์คำมา, 2552) นอกจากนี้ ปี 2552-2553 มีผู้ป่วยอหิวาตกโรคที่เป็นลูกเรือชาวกัมพูชาในจังหวัดปัตตานีทำให้ประเทศไทยมีการระบาดในพื้นที่ 16 จังหวัดที่เป็นเส้นทางขนส่งและจำหน่ายอาหารทะเลจากแรงงานชาวกัมพูชากลุ่มนี้ โดยยืนยันพบอหิวาตกโรคทั้งสิ้น 520 ราย (ดารินทร์ อารีโยชชัย, 2554) ที่จังหวัดนนทบุรีพบการระบาดของโรคคอติบในที่พักคนงานก่อสร้างต่างด้าวที่มีญาติเดินทางมาอาศัยในที่พักคนงานก่อสร้าง จากการค้นหาผู้สัมผัสเพิ่มเติมในชุมชนบริเวณที่พักคนงานและหมู่บ้านรอบๆ พบผู้ป่วยมีอาการเข้าข่ายสงสัย 70 คน (อรพิรุฬห์ สการะเศรษฐี และคณะ, 2558)

จากข้อจำกัดในการเฝ้าระวังโรคในแรงงานต่างด้าว จึงดำเนินโครงการ “พัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว” ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2559 โดยคัดเลือกพื้นที่ศึกษาที่พบการระบาดของโรคในแรงงานต่างด้าว จากระบบเฝ้าระวังโรค รง. 506 ปี พ.ศ. 2558 (สำนักกระบาดวิทยา, 2558) จึงกำหนดพื้นที่ดำเนินโครงการเป็นพื้นที่ชายแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษ 2 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย และสระแก้ว และหัวเมืองชั้นในที่ขยายตัวทางเศรษฐกิจและมีชุมชนแรงงานต่างด้าวขนาดใหญ่ คือ จังหวัดปทุมธานี ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังโรค และพัฒนาศักยภาพแรงงานต่างด้าวในชุมชนให้สามารถเฝ้าระวังเหตุการณ์และแจ้งข่าวเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติ เพิ่มการสื่อสารระหว่างแรงงานต่างด้าวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการในปี พ.ศ. 2558-2559 เพื่อจัดทำคู่มือและโปรแกรมการรายงานโรค พัฒนาหลักสูตรอบรมเครือข่าย เก็บข้อมูลภาคสนามในการรายงานโรค การถอดบทเรียนการดำเนินโครงการ และจัดตลาดนัดความรู้เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือเจ้าหน้าที่ระดับส่วนกลาง ระดับเขต และระดับพื้นที่ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคในชุมชนต่างด้าว รวมทั้งสิ้น 178 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ร่วมจัดทำหลักสูตร จำนวน 10 คน 2) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการเฝ้าระวังโรคในระดับส่วนกลางระดับเขต และระดับพื้นที่ในพื้นที่ที่ดำเนินโครงการ จำนวน 40 คน 3) ผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 124 คน 4) วิทยากรในการถอดบทเรียนการดำเนินโครงการและจัดตลาดนัดความรู้ จำนวน 4 คน

ขั้นตอนการศึกษา ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดทำคู่มือ “เฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชน สำหรับทีมอาสาสมัครเฝ้าระวังโรคในชุมชนต่างด้าว เครือข่ายเฝ้าระวังโรคตามแนวชายแดน” โดยการประชุมระดมสมองจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ เพื่อทบทวนเนื้อหา คู่มือการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชน รวมทั้งคู่มือที่ใช้อบรมอาสาสมัครต่างด้าวที่มีอยู่ โดยกำหนดขอบเขตเนื้อหาในการพัฒนาคู่มือประกอบด้วยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคติดต่อที่สำคัญ การเฝ้าระวังโรคและเหตุการณ์ผิดปกติ การสอบสวนโรค และการรายงานโรค

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาหลักสูตรและการจัดอบรมการเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดเนื้อหาให้ครอบคลุมเรื่องโรคติดต่อที่สำคัญ การเฝ้าระวังโรคและเหตุการณ์ผิดปกติ การสอบสวนโรค และการรายงานโรค 2) จัดทำสื่อที่ใช้ในการอบรม เช่น แผนภาพเอกสารประกอบ หรือรายละเอียดบทบาทสมมติ 3) กำหนดวิธีการสื่อสารกับผู้เข้าอบรม เช่น จัดหาลำเนอภาษาสำหรับพื้นที่ที่มีผู้เข้าอบรมที่สื่อสารภาษาไทยไม่คล่อง หรือเลือกผู้เข้าร่วมอบรมที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ โดยจัดอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว ใน 3 พื้นที่ คือ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว และอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ดำเนินการจัดอบรมให้พื้นที่ละ 2 รุ่น แต่ละรุ่นห่างกัน 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำโปรแกรมระบบเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว และการใช้งานโปรแกรมการรายงานโรค ประกอบด้วย การกำหนดโครงสร้างข้อมูลของโปรแกรม การเขียนโปรแกรม และการจัดทำคู่มือการใช้งานโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการในพื้นที่ ประกอบด้วย 1) จัดอบรมการเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างด้าอรุ่นที่ 1 และเจ้าหน้าที่รองรับแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติในชุมชนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประชากรต่างด้าว (อสต.) 2) คณะทำงานจากส่วนกลางและระดับเขตลงพื้นที่เพื่อติดตามผลการดำเนินโครงการในเดือนที่ 4 หลังการอบรมรุ่นที่ 1 3) จัดอบรมรุ่นที่ 2 ในเดือนที่ 6 หลังการอบรมรุ่นที่ 1 4) รวบรวมรายงานการแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติในชุมชนตลอดระยะเวลาการดำเนินงานในพื้นที่จนครบ 9 เดือน

ขั้นตอนที่ 5 ถอดบทเรียนในการดำเนินโครงการการเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว ผู้ร่วมถอดบทเรียนประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ดำเนินโครงการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) แบ่งกลุ่มถอดบทเรียนเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผลการดำเนินโครงการในปี 2558-2559 ในประเด็นการพัฒนาคู่มือและหลักสูตรอบรม และการใช้ประโยชน์จากโปรแกรมการรายงานโรค การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำสุขภาพในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างด้าวในพื้นที่ที่ดำเนินโครงการการจัดอบรมถ่ายทอดความรู้ให้แก่ อสม. และ อสต. และประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินโครงการในภาพรวม

กลุ่มที่ 2 การเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างด้าวที่ดำเนินการในพื้นที่ ในประเด็น การจัดระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ในชุมชนต่างด้าว ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังควบคุมโรคในพื้นที่ และภาพฝันที่จะดำเนินการต่อไปในอนาคต

ขั้นตอนที่ 6 การจัดตลาดนัดความรู้ในรูปแบบนิทรรศการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสพการณ์ในการดำเนินโครงการ จุดเด่น หรือสิ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานที่ผ่านมาของแต่ละพื้นที่ ข้องึงระวัง ข้องแนะนำ นำประเด็นที่ได้มาอภิปรายภายในจังหวัด เพื่อวางแผนนำแนวคิดไปปรับใช้ และลงคะแนนคัดเลือกพื้นที่ดีเด่น 1 พื้นที่ พร้อมอธิบายเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. คู่มือ แนวทาง หรือ มาตรการ ที่ใช้ในการจัดทำคู่มือ “เฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชน สำหรับทีมอาสาสมัครเฝ้าระวังโรคในชุมชนต่างด้าว เครือข่ายเฝ้าระวังโรคตามแนวชายแดน” ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังเหตุการณ์และการควบคุมโรคระบาดในชุมชนสำหรับทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไป 2) แนวทางป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก 3) มาตรการที่ใช้ในการควบคุมโรคในประชากรต่างด้าว 4) เอกสารประกอบการอบรมด้านสาธารณสุขในกลุ่มประชากรต่างด้าว

2. โปรแกรมการรายงานการระบาด กองระบาดวิทยา

3. แบบบันทึกผลการดำเนินงานในพื้นที่ชายแดน และชุมชนต่างด้าว

4. หลักสูตรการอบรม ภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ จากการแสดงบทบาทสมมติ เนื้อหาประกอบด้วย เรื่องโรคติดต่อที่สำคัญ การเฝ้าระวังโรคและเหตุการณ์ผิดปกติ การสอบสวนโรค และการรายงานโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ในการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบก่อนและหลัง อบรม

2. วิเคราะห์ระบบเฝ้าระวังที่ดำเนินการสอดคล้อง กับบริบทในพื้นที่ ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ อุปสรรคในการดำเนินงาน เฝ้าระวังฯ และภาพฝันที่จะดำเนินการต่อไปในอนาคต โดยใช้วิธี content analysis

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าดำเนินการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษา นำเสนอข้อมูลภาพ รวมเท่านั้น และข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูก เก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ

ผลการศึกษา

1. การจัดทำคู่มือ “เฝ้าระวังเหตุการณ์และ ควบคุมโรคระบาดในชุมชน สำหรับทีมอาสาสมัคร เฝ้าระวังโรคในชุมชนต่างด้าว เครือข่ายเฝ้าระวัง โรคตามแนวชายแดน”

ใช้กระบวนการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในการจัดทำคู่มือฯ ผลจากการประชุม

ระดมสมองพบว่า ขาดเนื้อหาการป้องกันควบคุม โรคติดต่อในเด็กซึ่งเป็นกลุ่มที่สำคัญในชุมชนต่างด้าว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อนามัยแม่และเด็ก การ เฝ้าระวังโรค การตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ การ สอบสวนโรคเบื้องต้น และช่องทางการรายงานโรค ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จึงได้บรรจุเนื้อหาดังกล่าว ในคู่มือ “เฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาด ในชุมชน สำหรับทีมอาสาสมัครเฝ้าระวังโรคในชุมชน ต่างด้าว เครือข่ายเฝ้าระวังโรคตามแนวชายแดน” และแปลคู่มือ 5 ภาษา คือ ภาษาไทย อังกฤษ เมียนมา กัมพูชา และไทยใหญ่

2. ผลการพัฒนาหลักสูตรและการจัดอบรมการ เฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชน ต่างด้าว

จัดทำหลักสูตรอบรมตามเนื้อหาที่สอดคล้องกับ คู่มือ “เฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดใน ชุมชน สำหรับทีมอาสาสมัครเฝ้าระวังโรคในชุมชน ต่างด้าว เครือข่ายเฝ้าระวังโรคตามแนวชายแดน” รายละเอียดหลักสูตรประกอบด้วย เรื่องโรคติดต่อ ที่สำคัญ การเฝ้าระวังโรคและเหตุการณ์ผิดปกติ การสอบสวนโรค การรายงานโรค และการจัดทำ ทำเนียบผู้ประสานงาน เพื่อการแจ้งข่าว-ถามข่าวใน พื้นที่ สื่อที่ใช้อบรมประกอบด้วย เอกสารประกอบการ อบรม แผ่นภาพ คลิปวิดีโอ ใบงานบทบาทสมมติของ วิทยากร และแบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม โดยจัดอบรมพื้นที่ละ 2 รุ่น ผลการอบรมหลักสูตร การเฝ้าระวังเหตุการณ์และการควบคุมโรคระบาด ในชุมชนต่างด้าวพบว่า อาสาสมัครต่างด้าวจำนวน 124 คน มีคะแนนความรู้เฉลี่ยในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 73 เป็นร้อยละ 87 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังเหตุการณ์และการควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว (n=124)

จังหวัด	รุ่นที่จัดอบรม	จำนวนผู้เข้ารับการอบรมจำแนกตามสัญชาติ				คะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม (%)	คะแนนเฉลี่ยหลังอบรม (%)
		ไทย	กัมพูชา	เมียนมา	ไทยใหญ่		
ปทุมธานี	รุ่นที่ 1	2	6	14	-	72	80
	รุ่นที่ 2	10	5	5	-	78	88
สระแก้ว	รุ่นที่ 1*	-	21	-	-	68	92
	รุ่นที่ 2*	5	30	-	-	68	94
เชียงราย	รุ่นที่ 1*	-	-	5	10	ไม่มีการทำแบบทดสอบในการอบรม**	
	รุ่นที่ 2	6	-	2	3	80	95
รวม		23	62	26	13	73	87

หมายเหตุ * ได้จัดทำล่ามแปลภาษาสำหรับพื้นที่ที่ผู้เข้าอบรมสื่อสารภาษาไทยไม่คล่องในการอบรมที่จังหวัดสระแก้ว รุ่นที่ 1 และ 2 และจังหวัดเชียงราย รุ่นที่ 1

** การอบรมรุ่นที่ 1 ของจังหวัดเชียงรายไม่มีการทำแบบทดสอบ เนื่องจากอบรมครู ก. ที่บ้านเจ้าหน้าทีสาธารณสุข และครู ก. เป็นผู้จัดอบรมให้แก่ อสต.

3. ผลการจัดทำโปรแกรมระบบเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว และการใช้งานโปรแกรมการรายงานโรค

การจัดทำโปรแกรมระบบเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างด้าวเพื่อการรายงานโรค (THE MIGS) พร้อมมีคู่มือการใช้งาน สำหรับใช้ในการรายงานเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชน โดยโปรแกรมฯ สามารถรองรับการใช้งานบนเว็บไซต์และระบบปฏิบัติการ Android ในโทรศัพท์มือถือ และเจ้าหน้าที่ได้ใช้โปรแกรมนี้เพื่อบันทึกข้อมูลที่ อสต. รายงานเหตุการณ์หลังจากที่ผ่านการอบรมในรุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 เมื่อกรอกข้อมูลรายละเอียดเหตุการณ์ในโปรแกรม สามารถส่งออกข้อมูลในโปรแกรม excel และแสดงผลเป็น dashboard ที่อธิบายการกระจายเหตุการณ์ตามบุคคล เวลา สถานที่ ทั้งนี้สามารถเข้าถึงโปรแกรมโดยกำหนดรหัสผ่านให้แก่ผู้รับผิดชอบ

หน่วยงานละ 2 คน และแต่ละหน่วยงานมีระดับการเข้าถึงที่แตกต่างกันตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ คือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เข้าถึงข้อมูลระดับตำบล และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และกองระบาดวิทยา สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทั้งระดับตำบลและอำเภอ

เมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติที่เข้าเกณฑ์การรายงาน อสต. จะแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบความถูกต้องของเหตุการณ์ หากเข้าเกณฑ์จะรายงานในโปรแกรมและดำเนินการควบคุมป้องกันโรค ทั้งนี้พบปัญหาไม่มีการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 4 เดือนแรก จึงได้ลงพื้นที่ติดตามผลการดำเนินงานเพื่อทบทวนความเข้าใจและปรับรูปแบบการดำเนินงานทำให้ตลอดการดำเนินโครงการมีการรายงานทั้งหมด 24 เหตุการณ์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนการรายงานเหตุการณ์ของกลุ่มอาการต่างๆ แยกรายจังหวัด ระหว่างการดำเนินโครงการ
ปี พ.ศ. 2558-2559

ที่	กลุ่มอาการ	ปทุมธานี	สระแก้ว	เชียงราย	รวม
1	อาการผิดปกติทางเดินอาหาร	1	3	0	4
2	อาการคล้ายไข้หวัดใหญ่	3	2	1	6
3	ไข้เลือดออก	1	2	1	4
4	สัมผัสสัตว์	1	1	2	4
5	ตกน้ำ/จมน้ำ	1	0	0	1
6	อุบัติเหตุทางถนน	0	0	1	1
7	อุบัติเหตุจากการทำงาน	4	0	0	4
รวม		11	8	5	24

4. การดำเนินงานในพื้นที่

จากการจัดอบรมการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าวรุ่นที่ 1 ให้แก่พื้นที่ 3 จังหวัด และคณะทำงานได้ลงพื้นที่เพื่อติดตามผลการดำเนินโครงการในเดือนที่ 4 ได้จัดอบรมรุ่นที่ 2 ในเดือนที่ 6 แล้วจึงรวบรวมข้อมูล เมื่อดำเนินงานครบ 9 เดือน เพื่อใช้ในการสำหรับถอดบทเรียนผลการดำเนินโครงการต่อไป พบว่าในช่วง 4 เดือนแรกไม่มีการรายงานเหตุการณ์ ซึ่งมีสาเหตุและแนวทางแก้ปัญหาดังนี้

1. อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว พบว่า อสต.ไปแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติ แต่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่ในตลาดโรงเกลือปิด จึงแก้ปัญหาโดยการขยายเครือข่ายในการแจ้งเตือนเหตุการณ์ผิดปกติหรือโรคระบาด โดยอบรมตัวแทนผู้ประกอบการตลาดโรงเกลือเพิ่มในรุ่นที่ 2

2. อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย พบว่า มีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น แต่ไม่สามารถรอกข้อมูลได้ จึงแก้ปัญหาโดยชี้แจงทำความเข้าใจในการกรอกข้อมูลในโปรแกรมอีกครั้ง

3. อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่ามีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น ไม่ได้แจ้งเหตุการณ์โดย อสต.ที่ผ่านการอบรม จึงไม่ได้รายงานข้อมูล เมื่อแรงงานต่างด้าวเจ็บป่วย นายจ้างหรือผู้ประกอบการ

จะพาลูกจ้างไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หรือโรงพยาบาลเอกชน จึงแก้ปัญหาโดยการขยายเครือข่ายในการแจ้งเตือนเหตุการณ์ผิดปกติหรือโรคระบาด โดยอบรมตัวแทนผู้ประกอบการตลาดไทเพิ่มในรุ่นที่ 2

5. การถอดบทเรียนในการดำเนินโครงการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว

ผู้เข้าร่วมถอดบทเรียนทั้งหมด 40 คน ประกอบด้วยกองระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ดำเนินโครงการ สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. โดยมีวิทยากรจากกองนวัตกรรมการวิจัย เป็นผู้นำกลุ่ม และสังเกตการณ์ในการทบทวนการดำเนินงานโครงการ และรวบรวมองค์ความรู้จากการดำเนินโครงการ ดังนี้

5.1 ผลการดำเนินโครงการ ในปี 2558-2559 โดยวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการ

สรุปผลการถอดบทเรียนเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินโครงการในขั้นตอนต่างๆ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการ การเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว ปี พ.ศ. 2558-2559

ประเด็น	ปัจจัยความสำเร็จ	อุปสรรคในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ
1. การพัฒนาคู่มือและหลักสูตรการฝึกอบรม การจัดอบรม และการใช้ประโยชน์จากโปรแกรมการรายงานโรค	- มีการรวบรวมปัญหาที่พบจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ เพื่อจัดทำคู่มือและหลักสูตรอบรม และใช้กระบวนการอบรมที่ให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	- หลังจากที่ได้จัดอบรมให้แก่ครู ก. ในจังหวัดเชียงราย ครู ก. จะเป็นผู้ออกแบบการอบรม ซึ่งไม่ได้ทดสอบก่อน และหลังการอบรมในรุ่นที่ 1 จึงไม่สามารถวัดผลการอบรมได้เหมือนในรุ่นอื่น	- ในพื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน เช่น อสต. จะมีพื้นฐานความรู้เรื่องการเกิดโรคที่แตกต่างกัน จึงควรพิจารณาเพิ่มความรู้เรื่องโรคติดต่อสำคัญที่เหมาะสมกับพื้นที่ด้วย
	- มีการพัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับระบบ รง. 506 และสามารถออกแบบแบบฟอร์มการรายงานโรค และแบบบันทึกข้อมูลเพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่ตามตัวแปรของการเฝ้าระวังโรคที่ส่วนกลางกำหนด	- โปรแกรมไม่เสถียรในช่วงแรก	- ปรับแก้โปรแกรมเพิ่มตัวเลือกให้สามารถใช้งานได้สะดวก
	- โปรแกรมใช้งานง่าย และประมวลผลเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ได้	- ในช่วงแรก อสต. รายงานโรคแก่เจ้าหน้าที่ แต่พบว่าไม่มีตัวเลือกในโปรแกรม ทำให้ต้องพิมพ์เพิ่มเติม ซึ่งมีความยุ่งยาก	- บูรณาการรายงานเหตุการณ์ในชุมชนต่างด้าว เข้ากับระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ของทีม SRRT
2. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำสุขภาพในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าวในพื้นที่ที่ดำเนินโครงการ	- ผู้บริหารในพื้นที่ให้การสนับสนุน	- ใช้เวลาในการใช้ล่ามแปลภาษา ซึ่งต้องตรวจสอบความถูกต้อง และความเข้าใจภาษาที่ตรงกันอีกครั้ง	- หากเพิ่มพิกัดพื้นที่เป็นระบบ GIS จะทราบพื้นที่ที่แน่นอน และสอบสวนควบคุมโรคได้เร็วขึ้น
	- เป็นโครงการที่สอดคล้องกับการภารกิจของหน่วยงาน	- มีปัญหาในการสื่อสารระหว่าง อสต. กับเจ้าหน้าที่ เพราะการแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติ แต่ไม่มีล่ามแปลภาษาจึงไม่สามารถสื่อสารกันได้	- ล่ามแปลภาษาควรมีความรู้พื้นฐานทางสาธารณสุข เพื่อแปลภาษาให้ผู้เข้าอบรมให้มีความเข้าใจ ทั้งด้านวิชาการ และการใช้ภาษาที่ถูกต้อง
	- เลือกชุมชนที่มีความพร้อมและมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง	- อสต. ไม่มั่นใจในการรายงานจึงทำให้ไม่มีรายงานในระยะแรก	- ควรมีผู้ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้มาช่วย อสต. ในการแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติ
	- การจัดทำทำเนียบผู้ประสานงาน เพื่อการแจ้งข่าว	- อสต. เคลื่อนย้ายที่อยู่ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน	- ควรรอบรู้พื้นที่เป็นระยะ โดยเชิญผู้เกี่ยวข้องเพื่อขยายเครือข่ายความร่วมมือ
	- ถามข่าวในพื้นที่ ช่วยให้ประสานงานผู้เกี่ยวข้องได้สะดวกยิ่งขึ้น		- ควรมีค่าตอบแทนให้ อสต. เพื่อสร้างความต่อเนื่องของการดำเนินโครงการ

ตารางที่ 3 ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการ การเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว ปี พ.ศ. 2558-2559 (ต่อ)

ประเด็น	ปัจจัยความสำเร็จ	อุปสรรคในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ
3. การจัดอบรมถ่ายทอดความรู้แก่ อสต. และ อสม.	- การใช้แผ่นภาพ การยกตัวอย่าง การเล่นเกมส์ และ กระตุ้นให้มีส่วนร่วม ทำให้ผู้อบรมสนใจยิ่งขึ้น	- เนื้อหาในการอบรมที่เป็นความรู้ด้านวิชาการ อาจทำให้ผู้เข้าอบรมเกิดความสับสน และเบื่อหน่ายได้	- มีการจัดทำคำนิยามของโรคที่ต้องเฝ้าระวังในคู่มือ ซึ่งจะช่วยให้ประกอบการทำงานในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น
	- อาจมีความผิดพลาดในการแปลภาษาของล่าม โดยเฉพาะคำศัพท์ทางสาธารณสุข ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าล่ามแปลตรงกับที่ต้องการสื่อสารหรือไม่		- ควรเลือกล่ามที่มีความรู้ในงานด้านสาธารณสุข - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีความรู้ภาษาประเทศเพื่อนบ้านเบื้องต้น เพื่อสามารถประสานงานกับอาสาสมัครต่างด้าวได้
	- การแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติและร่วมอภิปราย ทำให้เข้าใจและจดจำได้ดี - เครื่องมือในการอบรม เช่น แผ่นภาพ คลิปวิดีโอ ใบงานบทบาทสมมติมีความน่าสนใจ - สามารถปรับใช้คู่มือ สื่อ แบบทดสอบก่อน-หลัง การอบรม และรูปแบบการอบรมในพื้นที่อื่นได้		- ควรเฉลยคำตอบแบบ ทดสอบประเมินความรู้และอธิบายเหตุผล เพื่อช่วยให้ผู้อบรมเข้าใจยิ่งขึ้น - การอบรมเนื้อหาวิชาการให้กับ อสต. ควรกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าอบรม และสอบถามความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม และสร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมมากขึ้น
	- อสต. มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข จึงเข้าใจและเรียนรู้ได้เร็ว - การสร้างแกนนำชุมชน อสม. และ อสต. ช่วยประสานงานในชุมชนได้ดีขึ้น	- อสต. มีงานประจำที่ได้ค่าตอบแทนรายวัน หากมาร่วมอบรมจะทำให้เสียรายได้	- ควรจัดการอบรมในช่วงที่เป็นวันหยุดของ อสต.
4. ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินโครงการในภาพรวม	- พื้นที่ที่ดำเนินโครงการมีการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง ร่วมกันทำงานทั้งหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการ และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ - เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงชุมชนและได้รับความไว้วางใจจากแรงงานต่างด้าวมากยิ่งขึ้น ทำให้ทราบข้อมูลสุขภาพ และสามารถวางแผนลงพื้นที่ควบคุมโรคได้เร็ว - โครงการนี้ช่วยสร้างความตระหนักของเครือข่ายให้ใส่ใจด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ และการระบาดของโรคในชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ อสต. ยังมีทักษะในการสังเกตเหตุการณ์ผิดปกติ เนื่องจากมีองค์ความรู้มากขึ้นและสามารถช่วยเหลือเพื่อนร่วมชุมชนได้		

5.2 ผลการเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างดาวที่ดำเนินการในพื้นที่สามารถสรุปการถอดบทเรียนได้ดังนี้

5.2.1 การจัดระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ในชุมชนต่างดาว

จังหวัดเชียงราย จัดระบบเฝ้าระวังโดย อสม. รายงานเหตุการณ์ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และบันทึกข้อมูลแยกเป็นคนไทยและต่างดาว ในระบบ รง.506 การทำงานในทีม SRRT เชียงแสน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้จัดทำเป็นแบบฟอร์มในสมุดรับแจ้งข่าวส่งให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และส่งต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์ระบาดวิทยาซึ่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ในลักษณะเป็นแบบฟอร์มเอกสาร ไม่ได้ใช้ระบบออนไลน์ ซึ่งเดิมเคยใช้ระบบออนไลน์ ต่อมามีการยกเลิกระบบออนไลน์และกลับมาใช้ระบบเอกสาร

จังหวัดสระแก้ว มีระบบเฝ้าระวังที่ใกล้เคียงกัน คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับแจ้งข่าวและกรอกข้อมูลในฐานข้อมูล รง.506 เพื่อให้ศูนย์ระบาดวิทยาซึ่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลส่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลจะแจ้งข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ทราบข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบและดำเนินการสอบสวนโรค

จังหวัดปทุมธานี มีระบบเฝ้าระวังคือ อสต. แจ้งข่าวกับเจ้าหน้าที่เพื่อบันทึกในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ได้เฝ้าระวังโรค โดยอบรม อสต. ตามแบบปทุมธานีโมเดลทุกอำเภอ เพื่อแจ้งข่าวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนำความรู้เผยแพร่ให้เพื่อนชาวต่างดาว เมื่อเจ้าหน้าที่รับแจ้งข่าวจะตรวจสอบก่อนรายงานในระบบ รง. 506 ไปตามลำดับชั้นจนถึงกองระบาดวิทยา โดยบันทึกในฐานข้อมูลเดียวเท่านั้นเพื่อป้องกันข้อมูลซ้ำซ้อนกับผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล

5.2.2 ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเฝ้าระวังควบคุมโรคในพื้นที่ ทั้ง 3 จังหวัดได้จัดทำระบบเฝ้าระวังโรคที่ดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคในชุมชนต่างดาวอย่างต่อเนื่อง ก่อนที่ดำเนินโครงการระหว่างปี พ.ศ. 2558-2559 ทั้งในด้านการประสานงาน การแจ้งเหตุการณ์ การส่งต่อข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การใช้ฐานข้อมูลเพื่อตรวจจับการระบาดหรือการพยากรณ์โรค นำไปสู่การจัดหางบประมาณและกำหนดมาตรการควบคุมโรค โดยชุมชนใช้ข้อมูลเพื่อจัดทำมาตรการป้องกันควบคุมโรค เช่น กำหนดจุดเฝ้าระวังและกำหนดมาตรการลงโทษทางสังคม เช่น ปรับผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี มีการจัดอบรม อสต. อย่างต่อเนื่องทำให้มีความเชี่ยวชาญและรู้บทบาทในระบบเฝ้าระวังและการรายงานโรค โดยเน้นการสร้างควมไว้วางใจระหว่างแรงงานต่างด้าวกับเจ้าหน้าที่เพื่อให้เข้าถึงบริการสาธารณสุข แม้มีการสับเปลี่ยนโยกย้ายตัวแทนในชุมชนแต่หากมีสัมพันธ์ภาพดีก็จะส่งต่อความรู้ ความไว้วางใจให้สร้างคนใหม่ๆ มาทดแทน

การดำเนินงานระดับเขตพบว่า สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี ได้จัดทำสถานการณ์รายสัปดาห์ โดยเฉพาะโรคที่เป็นตัวชี้วัดตามนโยบายและการรายงานการระบาดประจำสัปดาห์ ในภาพของเขตบริการสุขภาพ เพื่อชี้เป้าพื้นที่เสี่ยงในภาพจังหวัด อำเภอ ตำบล โดยส่งอีเมลให้แก่เครือข่ายระบาดวิทยาระดับจังหวัดในเขตพื้นที่ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี มีโครงการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคข้ามชาติเพื่อพัฒนา อสต. โดยออกแบบหลักสูตรการพัฒนาให้ครอบคลุมทุกมิติที่เกี่ยวข้อง โดยจัดการเรียนรู้ตามการเฝ้าระวังกลุ่มอาการ ซึ่งออกแบบให้เข้าใจง่ายช่วยให้คนในชุมชนและ อสต. สามารถวิเคราะห์กลุ่มอาการได้ เน้นการพัฒนาคนและชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายสุขภาพชุมชนชายแดน สร้างแกนนำซึ่งมาจากทุกภาคส่วน ครอบคลุมภาค

เศรษฐกิจ และทหาร เพื่อให้ชุมชนชายแดนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่มีแนวปฏิบัติแบบเดียวกันในระดับเขตสุขภาพที่ 6

6.2.3 อุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังในชุมชนต่างด้าว

เจ้าหน้าที่ขาดข้อมูลสถานการณ์โรคของต่างด้าวที่เพียงพอต่อการเฝ้าระวังโรค ขาดการบูรณาการใช้ข้อมูลร่วมกัน โดยเฉพาะฐานข้อมูลของเมืองคู่ขนานในพื้นที่ชายแดนประเทศเพื่อนบ้าน หรือข้อมูลแรงงานต่างด้าวระหว่างหน่วยงานภาครัฐไม่เชื่อมกัน เช่น ข้อมูลทะเบียนจากกระทรวงแรงงานและข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากโรงพยาบาลแรงงานต่างด้าวไม่ยากเปิดเผยตัวเอง เพราะไม่ไว้วางใจเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบเหตุการณ์ได้ จึงต้องเข้าถึงแรงงานกลุ่มนี้โดยขอความร่วมมือกับสถานประกอบการ คลินิก หรือร้านขายยา อีกทั้งแรงงานต่างด้าวมีการโยกย้ายที่อยู่เมื่อเปลี่ยนงาน จึงต้องพัฒนาอาสาสมัครคนใหม่มาทดแทน ซึ่งการติดต่อแรงงานต่างด้าวต้องอาศัยความร่วมมือจากนายจ้าง อีกทั้งแรงงานต่างด้าวขาดความเข้าใจเรื่องโรค มีความเชื่อที่ไม่ตรงตามหลักวิชาการ และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นเหตุให้มีการระบาดของโรคติดต่อไปยังผู้อื่นในชุมชนได้ ประกอบกับการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเป็นงานใหม่เมื่อเทียบกับงานอื่นที่รับผิดชอบ และมีข้อจำกัดในการสื่อสารกับแรงงานต่างด้าว

6.2.4 ภาพพื้นที่ที่จะดำเนินการต่อไปในอนาคต

การส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังชุมชนต่างด้าวที่อยู่ใกล้เคียง เพื่อการเตรียมการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการระบาดไปยังพื้นที่อื่นมี smart card ที่รวบรวมข้อมูลบุคคล การรักษา การบริการสุขภาพ การย้ายสิทธิในการรักษาเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูลการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าว และทะเบียนแพทย์หรือผู้ให้บริการสาธารณสุขที่กลุ่มแรงงานต่างด้าวเข้ารับบริการเพื่อลดอุปสรรคด้านการสื่อสาร ทั้งนี้แรงงานต่างด้าวมีความสนใจในการดูแลตัวเอง ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อป้องกันการเกิด

โรคที่จะแพร่ระบาดในชุมชน ควรมีสิ่งตอบแทนให้กับอสต. เพื่อสร้างแรงจูงใจและเป็นขวัญกำลังใจในการช่วยเหลืองาน

7. กระบวนการจัดตลาดนัดความรู้ในรูปแบบนิทรรศการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินโครงการของแต่ละพื้นที่

เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ของ 3 จังหวัด ทำให้ผู้ร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการซักถามและแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีบริบทและรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกัน จึงมีแนวคิดและจุดเด่นในการเฝ้าระวังโรคในชุมชนต่างด้าวแตกต่างกัน และมีผลคะแนนการคัดเลือกเรียงลำดับคือ จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดเชียงรายตามลำดับ โดยมีเหตุผลการคัดเลือก ดังนี้

1. อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ได้รับคะแนนความสนใจสูงสุด จากความโดดเด่นในการปรับรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับพื้นที่เขตเมืองที่มีจำนวนแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก เนื่องจากมีบริบทของแรงงานต่างด้าวที่ทำงานในสถานประกอบการที่หลากหลาย เช่น ตลาดค้าส่ง โรงงานอุตสาหกรรม หรือแคมป์คนงานก่อสร้าง ดังนั้นการเข้าถึงแรงงานต่างด้าวที่อาศัยเป็นกลุ่มก้อนในหอพัก จึงต้องปรับกลยุทธ์ โดยมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวคอนโดในการเฝ้าระวังโรคเพื่อสอดคล้องกับการดำเนินงานในพื้นที่เขตเมืองที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจ และมีรูปแบบชุมชนที่แตกต่างไปจากพื้นที่อื่นๆ ซึ่งเป็นการท้าทายในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่

2. อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว มีตลาดค้าส่งขนาดใหญ่ โดยแรงงานต่างด้าวมีทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและเดินทางกลับไปประเทศกัมพูชา จึงจัดให้มีศูนย์รับแจ้งข่าวซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในตลาดโรงเกลือ ทำให้สะดวกในการแจ้งข่าวและเป็นศูนย์สุขภาพครบวงจร มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเดินทางระหว่างประเทศถือเป็นยุทธศาสตร์ในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ ซึ่งง่ายต่อการรับแจ้งข่าวสารระหว่างพื้นที่

ชายแดนของทั้งสองประเทศ และบูรณาการการเฝ้าระวังโรคและการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการร่วมกับโครงการอื่นๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปศุสัตว์ ศุลกากร เป็นต้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังอย่างเต็มที่

3. อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษในบริเวณสามเหลี่ยมทองคำที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศลาวและเมียนมา ที่ข้ามพรมแดนมาประกอบอาชีพในประเทศไทย เช่น สถานประกอบการโรงแรม ตลาดชายแดน และโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็ก นอกจากนี้ยังมีชุมชนชาวไทยใหญ่ซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ทำให้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับปัญหาของกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยการพัฒนาเครือข่ายระหว่างประเทศ อสม. บัดดีไทย-ลาว อสม. บัดดีไทย-พม่า และ อสต. โรงเรียนเพื่อเข้าถึงชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนต่างดาว มีการรายงานเหตุการณ์ในชุมชนโดย อสต. ที่ผ่านการอบรม อาจเนื่องจากคัดเลือก อสต. มีความพร้อมและคุ้นเคยกับชุมชนเป็นอย่างดี โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นเครือข่ายหรือเคยผ่านการอบรมด้านสาธารณสุขในชุมชนมาก่อน ทั้งนี้การอบรมรุ่นที่ 2 ประกอบด้วย อสต. ที่อบรมรุ่นที่ 1 ร่วมกับ อสม. ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่ อปท. ซึ่งเป็นเครือข่ายที่สำคัญในการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ให้เข้าร่วมอบรมด้วย และมีการจัดทำทำเนียบผู้ประกอบการของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้มีเครือข่ายที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์ในการประสานงานต่อไปในอนาคต ตลอดจนเป็นการสร้างเครือข่ายเพื่อการสื่อสารแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และแรงงานต่างด้าว ตลอดจนผู้ประกอบการและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเฝ้าระวังโรคที่ประกอบด้วย แกนนำชุมชน

อสม. นักเรียน ฯลฯ ด้านการเฝ้าระวังโรค และจัดให้มีกิจกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่เป็นรูปธรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรม (ตามบริบทแต่ละพื้นที่ เช่น การสุ่มสำรวจสัตว์ปีก การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การซ้อมแผนฯลฯ) ทำให้เกิดความตระหนักในการสร้างความเข้มแข็งของการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ชายแดนแบบบูรณาการ (ธีราภรณ์ เมฆอรุณ และคณะ, 2558) ดังนั้นการเพิ่มเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น คลินิกเอกชน ร้านขายยา เพื่อสามารถแจ้งข่าวให้กับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคต่อไปเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินงาน เตรียมป้องกันโรคไม่ให้แพร่กระจายไปยังพื้นที่ใหม่ (ปธานิจ สวงโท, 2556; ปาจริย์ อารีย์รบ และคณะ, 2552)

รูปแบบการอบรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นของจังหวัดศรีสะเกษในการอบรมให้แก่ครู ก มีข้อดีคือ ทำให้ระดับพื้นที่มีวิทยากรที่สามารถขยายผลในพื้นที่อื่นได้โดยใช้รูปแบบและเครื่องมือที่พัฒนาในหลักสูตรอบรม ในขณะที่การอบรมโดยวิทยากรจากส่วนกลางและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการทำแบบทดสอบก่อนและหลังอบรม ที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือวัดผลความรู้ความเข้าใจของผู้เข้าอบรมได้ จึงออกแบบการอบรมให้มีการทำแบบทดสอบทุกครั้ง นอกจากนี้ยังมีผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการดำเนินโครงการคือ “คู่มือเฝ้าระวังเหตุการณ์และความคุ้มครองโรคระบาดในชุมชนสำหรับทีมอาสาสมัครเฝ้าระวังโรคในชุมชนต่างดาว เครือข่ายเฝ้าระวังโรคตามแนวชายแดน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไป” 5 ภาษา ทำให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำกลับไปศึกษาเพิ่มเติมและทบทวนเนื้อหาความรู้ที่ได้อบรม การจัดทำคู่มือประกอบการอบรมทำให้ อสต. มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อาศัยร่วมชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพ ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานจัดการดูแลสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างด้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการและการเฝ้าระวังโรคของบุคคลต่างด้าว โดยเฉพาะกลุ่มที่ลักลอบเข้าเมืองมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายประการ เช่น การ

แบ่งแยก กีดกันทางสังคม ความแตกต่างของภาษา และวัฒนธรรม และสถานะทางกฎหมาย ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคม (World Health Organization, 2010) นอกจากนี้โปรแกรมการรายงานโรค (THE MIGS) ที่จัดทำเพื่อใช้แจ้งข่าวระหว่าง อสต. และเจ้าหน้าที่ เป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังโรคได้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น การปรับปรุงระบบที่เสถียร และการออกแบบให้มีตัวเลือกข้อความแทนการพิมพ์ หลังจากที่เคยพบข้อจำกัดในการกรอกข้อมูล ทำให้สะดวก รวดเร็ว และช่วยลดความผิดพลาด

ในระยะแรกของการดำเนินโครงการที่ไม่มีการรายงานเหตุการณ์จาก อสต. มีการนิเทศติดตามเพื่อแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งเชิญ อสม. เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ประกอบการเข้าร่วมดำเนินการและเป็นเครือข่ายที่สำคัญในการตรวจจับเหตุการณ์ในชุมชน พร้อมทั้งปรับปรุงแบบการอบรมให้น่าสนใจและเข้าใจง่ายขึ้น โดยใช้สื่อที่น่าสนใจ และเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย มีการปรับเปลี่ยนการเข้าถึงโปรแกรมการรายงานโรค โดยใช้รหัสผ่านสำหรับแต่ละ รพ.สต. แทนการใช้รหัสผ่านส่วนตัว และปรับปรุงแก้ไขระบบให้ใช้งานสะดวกในการกรอกข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล จึงมีการรายงานเหตุการณ์เพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ที่ดำเนินโครงการ

ข้อเสนอแนะ

การเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าว ควรมีการใช้คู่มือฯ ที่จัดทำขึ้น 5 ภาษา สำหรับใช้ในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวที่แตกต่างกัน ร่วมกับการอบรมให้ความรู้และใช้โปรแกรมการรายงานเหตุการณ์ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย เพื่อป้องกันการเกิดโรคระบาดในชุมชนต่างด้าวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงแสน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัฐประเศ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้ความร่วมมือดำเนินโครงการด้วยดี ขอขอบคุณสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนจนสำเร็จลุล่วง และขอบคุณศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข ในการสนับสนุนงบประมาณและความช่วยเหลือด้านต่างๆ จนบรรลุตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

- ดารินทร์ อารีย์โชคชัย. (2554). ประชากรต่างด้าวกับโรคติดต่อที่สำคัญ. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 42(2), 22-23.
- ฉัตร สารเรื่อน และนิทรา กิจธีระวุฒิจิ. (2558). การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวก่อนก้าวสู่เขตพัฒนาเศรษฐกิจ และประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนชายแดนไทย-เมียนมาร์ จังหวัดตาก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 29(3), 123-136.
- ธีราภรณ์ เมฆอรุณ, บงกชมาศ พิมพ์สิน, จินตนา กาญจนบัตร, วสิรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล, อภิชาติ ภาะวัง และอลงกรณ์ เจริญธนวุฒิ. (2559). ผลการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดสัปดาห์ในพื้นที่ชายแดนภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2558. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 2559, 47(41), 641-648.
- ปภาณิจ สวงโท. (2556). การระบาดของโรคไข้เลือดออกในศูนย์พักพิงชายแดนไทย-เมียนมาร์ วันที่ 1 มกราคม-16 กรกฎาคม 2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 44(29), 451-453.

- ปาจริย์ อารีร์บ, วิศณุกรณ์ บางต๋ม, สุริยะ คูหะรัตน์ และคณะ. (2552). การสอบสวนและการควบคุมการระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุงลายในพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า และอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี เดือนมิถุนายน - กันยายน 2552. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 42, S33-S39. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2558). หลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์.
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน. (2559). สถานการณ์แรงงานต่างด้าว [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2559]; แหล่งข้อมูล: URL: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/bffed5aa51e476913584c037b48a3243.pdf
- สำนักระบาดวิทยา. (2558). รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังโรคในชาวต่างชาติ. สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อมรรัตน์ ขอบกตัญญู และอาทิตยา วงศ์คำมา. (2552). สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและอหิวาตกโรค ประเทศไทย พ.ศ. 2552. สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและอหิวาตกโรค ประเทศไทย พ.ศ. 2552. 40(42), 701-703.
- อรพินท์ สการะเศรณี, อภิชาติ สถาวรวิวรรธ, ญัฐปรารค์ นิตยสุทธิ, พัทธรา เกิดแสง และพจมาน ศิริอารยาภรณ์. (2559). การสอบสวนการระบาดของโรคคอตีบในเด็กต่างด้าวในที่พักอาศัยคนงานก่อสร้าง ก.ตำบลไทรน้อย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี วันที่ 22 กรกฎาคม-9 สิงหาคม 2558. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 47(31), 481-489.
- World Health Organization. (2010). Health of migrants: the way forward: report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010 [online]. [cited 20 October 2017]; Available from: URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44336>

การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ในโรงพยาบาลสงฆ์

Development of a Care Model for Monks Undergoing Transurethral Resection of the Prostate Gland in Priest Hospital

วรศักดิ์ ขวัญเจริญทรัพย์ พย.บ. (พยาบาลศาสตร์) Vorasuk Khwanchareonsup B.N.S. (Nursing Science)

โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร Priest Hospital, Department of Medical Services, Bangkok

Received: Aug 9, 2021

Revised: Nov 12, 2021

Accepted: Dec 13, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2563-มิถุนายน 2564 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยและสำรวจปัญหาและความต้องการการดูแลของพระสงฆ์อาพาธและทีมสหวิชาชีพ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลระยะที่ 3 ดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะในกลุ่มทดลองจำนวน 22 รูป ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จากแรกถึงหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 22 รูป ได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินผลลัพธ์และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังจากการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Independent Sample t-test ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การตรวจร่างกาย และการซักประวัติ การประเมินความพร้อมในการผ่าตัด การให้ข้อมูล การผ่าตัดโดยใช้แผ่นพับและการเล่าประสบการณ์ การจัดการความวิตกกังวล การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในสถานการณ์โควิด-19 และการติดตามหลังจำหน่าย 2) กลุ่มทดลองฟื้นตัวด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม (p -value<0.05) ด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (p -value<0.05) ส่วนความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน 3) พระสงฆ์มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลฯ ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.45, S.D.=0.25) ดังนั้นรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เพื่อช่วยในการฟื้นตัวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะได้

คำสำคัญ: พระสงฆ์, ต่อมลูกหมากโต, การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ, การป้องกันการติดเชื้อ

ABSTRACT

This research and development project aimed to develop a care model for Buddhist monks undergoing transurethral resection of the prostate gland (TURP) and to assess outcomes of the model between June 2020 and June 2021. The study was divided into 3 phases as follows: **Phase 1**; a study of situation based on medical data records, and a survey of problems and needs for care of the monks and multidisciplinary teams. **Phase 2**; development of the care model **Phase 3**; application of the care model for the monks subjected to have TURP including 22 study samples in an experimental group since beginning on an admission day through 2 weeks after discharge and including an evaluation of outcomes and satisfaction from the monks. At the same time, other 22 samples in a control group received the regular treatment. Analyses of the data explained characteristics of the samples in percentages, means, standard deviations and comparisons of the mean differences between the experimental and the control groups from the Independent Sample t-test. Results: 1) Contents of the care model included an interview and physical examination; evaluation of surgical readiness; provision of surgical information in a leaflet and role model; anxiety management; pre-operative preparation for the COVID-19 infection and prevention guidelines and follow up after discharge. 2) The experimental group showed its recovery in their daily activities and self-care was significantly better than that of the control group at p -value 0.05. Stages of pain after surgery 24 through 48 hours and postoperative troublesome complications were significantly less than that of the control group at p -value<0.05. A stage of pain after surgery 72 hours was no difference. 3) The patient monks were satisfied with the care model for TURP at a very satisfactory level ($\bar{X}$ =4.45, S.D.=0.25). Therefore, this care model could be useful for improvement in postoperative recovery and prevention of troublesome complications after TURP in patient monks.

Key words: Buddhist monk, Benign prostatic hyperplasia, Transurethral resection of the prostate, Infection prevention

บทนำ

โรคต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hyperplasia) เป็นโรคในระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุชาย ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดโรคจะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ชายที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี มีโอกาสน้อยที่จะเป็นโรคต่อมลูกหมากโต แต่เมื่ออายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสในการเกิดต่อมลูกหมากโตได้ถึงร้อยละ 50 (Nickel *et al.*, 2010) ในประเทศไทยมีแนวโน้มของโรคต่อมลูกหมากโตเพิ่มขึ้นโดยมีอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2550-2552 เท่ากับ 116.38,

130.80 และ 141.95 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) สำหรับการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตนั้นสามารถรักษาได้หลายวิธี ได้แก่ การเฝ้ารอดูอาการ การรักษาด้วยยา และการผ่าตัด (พิชัย บุญยะรัตเวช และคณะ, 2554) การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) เป็นวิธีที่นิยมและมีแนวโน้มมากขึ้นเนื่องจากทำให้เสียเลือดน้อยกว่าวิธีการผ่าตัดแบบอื่นๆ ผู้ป่วยหายกลับบ้านเร็ว ไม่มีผลภายนอก (Xu *et al.*, 2018) อย่างไรก็ตามการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อ

ปัสสาวะ (TURP) นั้นอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้
เช่นเดียวกัน (Pesha, 2016)

จากสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
โรงพยาบาลสงฆ์ (2563) พบว่า โรคต่อมลูกหมากโต
เป็นโรคที่พบมากที่สุด ในพระอาพาธที่มีปัญหาระบบ
ทางเดินปัสสาวะ และการรักษาส่วนใหญ่ที่ได้รับคือ
การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP)
โดยในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่ามีจำนวน 104, 98
และ 95 รูป ตามลำดับ จากการผ่าตัดต่อมลูกหมาก
ผ่านทางท่อปัสสาวะที่ผ่านมาพบว่า มีการงดเลื้อน
ผ่าตัดร้อยละ 40 และพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
ถึงร้อยละ 25 การสำรวจปัญหาที่พบในพระสงฆ์
อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อ
ปัสสาวะโดยศึกษาจากเวชระเบียน จำนวน 50 ราย
พบว่า สาเหตุของการงดเลื้อนผ่าตัด ได้แก่ ภาวะ
ความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัด ร้อยละ 25.97 การ
ปฏิเสธโดยพระสงฆ์อาพาธเมื่อถึงวันผ่าตัด ร้อยละ
6.49 และไม่ไต่งดยาละลายลึ้มเลือด หรือไม่ได้
ปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัดในรายที่มีโรคเรื้อรัง
ร้อยละ 6.49 และภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังผ่าตัด
ได้แก่ อาการสับสน หลงลืมเวลา และสถานที่ ร้อยละ
28.57 และภาวะเลือดออกร้อยละ 32.47 ทั้งนี้การ
ดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่
ผ่านมาพบว่า พระสงฆ์อาพาธจะได้รับการซักประวัติ
ตรวจร่างกาย และการให้ข้อมูลจากการพูดคุยโดย
พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเท่านั้นซึ่งมีความแตกต่างกัน
ตามประสบการณ์และความรู้ความสามารถของพยาบาล
แต่ละคน จึงส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลของพระสงฆ์
อาพาธอาจได้รับไม่ครบถ้วน ในขณะที่การพัฒนา
รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อม
ลูกหมากโตนั้น มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูล
ก่อนผ่าตัด และมีโปรแกรมการจัดการความปวด
(กฤษณกมล วิจิตร, 2547; ดวงดาว อรัญวาสี และ
คณะ, 2555; อินทิรา ไพนุพงศ์ และคณะ, 2558)
ซึ่งเป็นการจัดการกับอาการต่างๆ ในระยะก่อนและ
หลังผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้นการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่
ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากนั้น จึงจำเป็นต้องมีการ
จัดทำเป็นรูปแบบที่มีความครอบคลุมทั้งในด้านการ

ให้ข้อมูล การจัดการอาการ และการดูแลต่อเนื่อง
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมิน
ผลลัพธ์รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการ
ผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะป้องกันการ
ติดเชื้อหลังผ่าตัด ในโรงพยาบาลสงฆ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research
and Development) โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจเพื่อ
ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และการวิจัยกึ่ง
ทดลองแบบสองกลุ่มวัดเฉพาะหลังการทดลอง เพื่อ
ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแล
พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่าน
ทางท่อปัสสาวะของโรงพยาบาลสงฆ์ ดำเนินการ
ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 – มิถุนายน พ.ศ.
2564 ระยะเวลาการศึกษารวมทั้งสิ้น 13 เดือน
แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์

โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนพระสงฆ์อาพาธ
ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ
ระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 ถึงมิถุนายน 2563
จำนวน 50 รูป ประกอบด้วย ข้อมูลปัญหาที่พบก่อน
ผ่าตัด เช่น การงดผ่าตัด สาเหตุการงดผ่าตัด และ
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พร้อมทั้งสำรวจปัญหา
และความต้องการในการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับ
การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะของ
ทีมสหวิชาชีพ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ที่ให้การ
ดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก
ผ่านทางท่อปัสสาวะ จำนวน 15 คน แบบเก็บข้อมูล
ประกอบด้วย วิธีการสนทนากลุ่ม ในประเด็น ปัญหา
จากประสบการณ์ในการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับ
การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ กระบวนการ
แก้ไขปัญหาที่ผ่านมา ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา
และสอบถามความต้องการการดูแลในกลุ่มพระสงฆ์
อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อ
ปัสสาวะ จำนวน 5 รูป และสนทนากลุ่มกับพยาบาล
วิชาชีพ รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน

ในประเด็นสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ปัญหาที่พบในพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ สาเหตุของปัญหาที่พบจากประสบการณ์ของทีมที่ดูแล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล มีขั้นตอนดังนี้

1. นำข้อมูลปัญหาจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการดูแลเพื่อลดปัญหาดังกล่าว

2. จัดเวทีการสนทนาแบบกลุ่มทีมสหวิชาชีพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ รวมทั้งหมด 15 คน เพื่อจัดรูปแบบการดูแลขณะที่พระสงฆ์อาพาธเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

3. ดำเนินการร่างรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ กำหนดกิจกรรมในการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรม และความคิดเห็นในที่ประชุม

ระยะที่ 3 การนำไปใช้ และประเมินผลลัพธ์

นำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะไปใช้กับพระสงฆ์อาพาธกลุ่มทดลอง จำนวน 22 รูป โดยมีขั้นตอนดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยคัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการคัดเลือกกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 22 รูป หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลองจนครบ 22 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ขั้นตอนการดำเนินการมีดังนี้

วันที่ 1 วันแรกที่พระสงฆ์อาพาธนอนโรงพยาบาล (แผนกผู้ป่วยนอก) ทำการตรวจร่างกาย และซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ โดยแพทย์เจ้าของไข้ และคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 ตามแบบฟอร์มการซักประวัติความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 พร้อมทั้งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด 19

ก่อนผ่าตัดทุกราย พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกซักประวัติโรคประจำตัว การฉีดยาลดไขมันเลือด ส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รายงานข้อมูลให้แพทย์เจ้าของไข้ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาปรึกษาอายุรแพทย์ในกรณีมีโรคประจำตัว ฉีดยาลดไขมันเลือด หรือมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ

หลังจากนั้นประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด โดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยในที่รับพระสงฆ์อาพาธที่จะเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยเริ่มตั้งแต่การรับเวรจากแผนกผู้ป่วยนอก ทำการประเมินความพร้อมพระสงฆ์อาพาธในการทำผ่าตัดตามรายการตรวจสอบก่อนเคลื่อนย้ายมานอนที่หอผู้ป่วยใน ทำการประเมินดังนี้ 1) ความต้องการปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัดกรณีมีโรคประจำตัว 2) มีการเอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 3) ประวัติฉีดยาลดไขมันเลือด 4) ความครบถ้วนการเจาะเลือดครบตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ 5) การคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 6) ตรวจสอบใบยินยอมการผ่าตัด

เมื่อประเมินความพร้อมเรียบร้อยแล้วดำเนินการให้ข้อมูลการผ่าตัดผ่านแผ่นพับ และคู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะพร้อมภาพประกอบการปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย พร้อมกับแสดงตัวแบบพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้ว ให้พระสงฆ์ที่จะผ่าตัดได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบจากการบอกเล่าประสบการณ์ การประเมินความวิตกกังวลจากการพูดคุย และการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการฟังธรรมะ และจัดเตรียมสถานที่สำหรับการนั่งสมาธิ ทำวัตร สวดมนต์ สำหรับพระสงฆ์อาพาธ

ในวันก่อนผ่าตัด: พยาบาลวิสัญญีเยี่ยมเพื่อประเมินความพร้อมของพระสงฆ์อาพาธอีกครั้ง และพยาบาลประจำห้องผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวในห้องผ่าตัด

สำหรับในวันผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พุดคุยประเมินความวิตกกังวล และช่วยผ่อนคลาย ด้วยการพุดคุยให้กำลังใจ และผ่อนคลายด้วยการฟัง ธรรมะในระหว่างรอเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมารับ

หลังผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยประเมินความ เจ็บปวด ความรู้สึกตัว อาการไม่สุขสบายและดูแล ให้ความสุขสบายต่างๆ แก่พระสงฆ์อาพาธ พร้อมเข้า ชี้แจงอุปกรณ์ที่ติดตัวออกมาจากห้องผ่าตัด ให้เหตุผล และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ดูแลให้มีการสวน ลำไส้ปัสสาวะอย่างต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วย

หลังผ่าตัดวันที่ 1-3 พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือ เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือคนไข้ดูแลความสะอาดร่างกาย และความสุขสบาย พุดคุยซักถามข้อสงสัยของพระสงฆ์ อาพาธและความต้องการอื่นๆ

ก่อนจำหน่าย 1 วัน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทบทวนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายผ่านสื่อแผ่นพับ และคู่มือที่ถวายให้ในวันแรก และชี้แจงเกี่ยวกับการ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

หลังจำหน่าย 3 วัน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในกรณีมีปัญหาให้คำแนะนำ ทางโทรศัพท์ ในกรณีสถานการณ์โควิด-19 รุนแรง ไม่สามารถมาตามนัดได้ ประสานงานแพทย์ และ เภสัชกรจัดส่งยาทางไปรษณีย์ไปที่วัด

หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ตามแผนภาพที่ 1

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ เมื่อพระสงฆ์อาพาธมาที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันแรก จะได้รับการซักประวัติตรวจร่างกาย และคัดกรอง การติดเชื้อโควิด-19 ทุกราย เมื่อเสร็จสิ้นพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกส่งเวรต่อพยาบาลหอผู้ป่วยในโดย ไม่มีแบบรายการตรวจสอบในวันก่อนผ่าตัด 1 วัน พระสงฆ์อาพาธจะได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลห้อง ผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล รวมถึงได้รับข้อมูลการ ผ่าตัด และคำแนะนำต่างๆ จากกการพุดคุยของ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย หลังผ่าตัดจะได้รับการ พยาบาลด้านความสุขสบาย และการช่วยเหลือ กิจกรรมโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ ช่วยเหลือคนไข้ ก่อนจำหน่ายพระสงฆ์อาพาธจะ

ได้รับการทบทวนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายโดย พยาบาลผ่านการพุดคุย และหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ จะติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยพยาบาลประจำหอ ผู้ป่วย

การประเมินผลลัพธ์ มีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยหรือทีมพยาบาลผู้ช่วยวิจัยในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ให้พระสงฆ์อาพาธทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลก่อนเข้ารับการผ่าตัด ในกรณีไม่สามารถทำ ได้เอง ผู้วิจัยหรือทีมพยาบาลผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถาม แล้วให้พระสงฆ์อาพาธตอบ

2. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เก็บข้อมูลหลังผ่าตัด 24, 48, 72 ชั่วโมง โดยการสังเกต ซักถาม และจากบันทึก ทางการพยาบาล

3. ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงต่อเนื่องไปจนถึงหลังจำหน่าย

4. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยการสังเกตและซักถาม

5. ก่อนจำหน่าย 1 วัน ให้การดูแลเมื่อจำหน่าย ตามปกติ และนัดหมายการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

6. ประเมินภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องหลังจำหน่าย ผ่านโทรศัพท์ ในวันที่ 1 หลังจำหน่าย วันที่ 3 หลัง จำหน่าย และ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม จนครบ 22 รูป ก่อนดำเนินการในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์ อาพาธ จำนวน 6 ข้อ ประกอบไปด้วย อายุ อายุพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ไร่ร่วม ประสบการณ์ในการผ่าตัด

2. แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

2.1 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน และการดูแลตนเอง มีข้อคำถามจำนวน

20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน (Rating scale) 4 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริง, 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างไม่จริง, 3 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างจริง, 4 คะแนน หมายถึง จริง แปลผลโดยการรวมคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด คะแนนเต็ม 60 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก แสดงว่าการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี

2.2 แบบประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (Numeric Rating Scale: NRS) คะแนน 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือ ปวดมากที่สุด ซึ่งแบ่งค่าระดับความปวดเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ คือ 0 ไม่ปวดเลย, 1-3 ปวดเล็กน้อย 4-6 ปวดปานกลาง, 7-10 ปวดมากที่สุด (Collins *et al.*, 1997) โดยประเมินหลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

2.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยปรับจากแบบบันทึกผลลัพธ์จากการดูแล ของเบญจวรรณ มนูญญา และสกวเดือน ขำเจริญ (2564) เป็นแบบรายการตรวจสอบกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 2 ระดับ ได้แก่ พบภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 1 คะแนน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 0 คะแนน โดยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ตรวจสอบได้แก่ ภาวะเลือดออกมาก มีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันต้องได้รับการทำ Manual irrigate หรือ เข้าห้องผ่าตัดซ้ำ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังจำหน่าย โดยจะเป็นการประเมินต่อเนื่องหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงไปจนถึงวันจำหน่าย การแปลผลโดยหากการพบคะแนนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูง หมายถึง การฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดี แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่า CVI=0.85 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 0.86

3. แบบประเมินความพึงพอใจของพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน

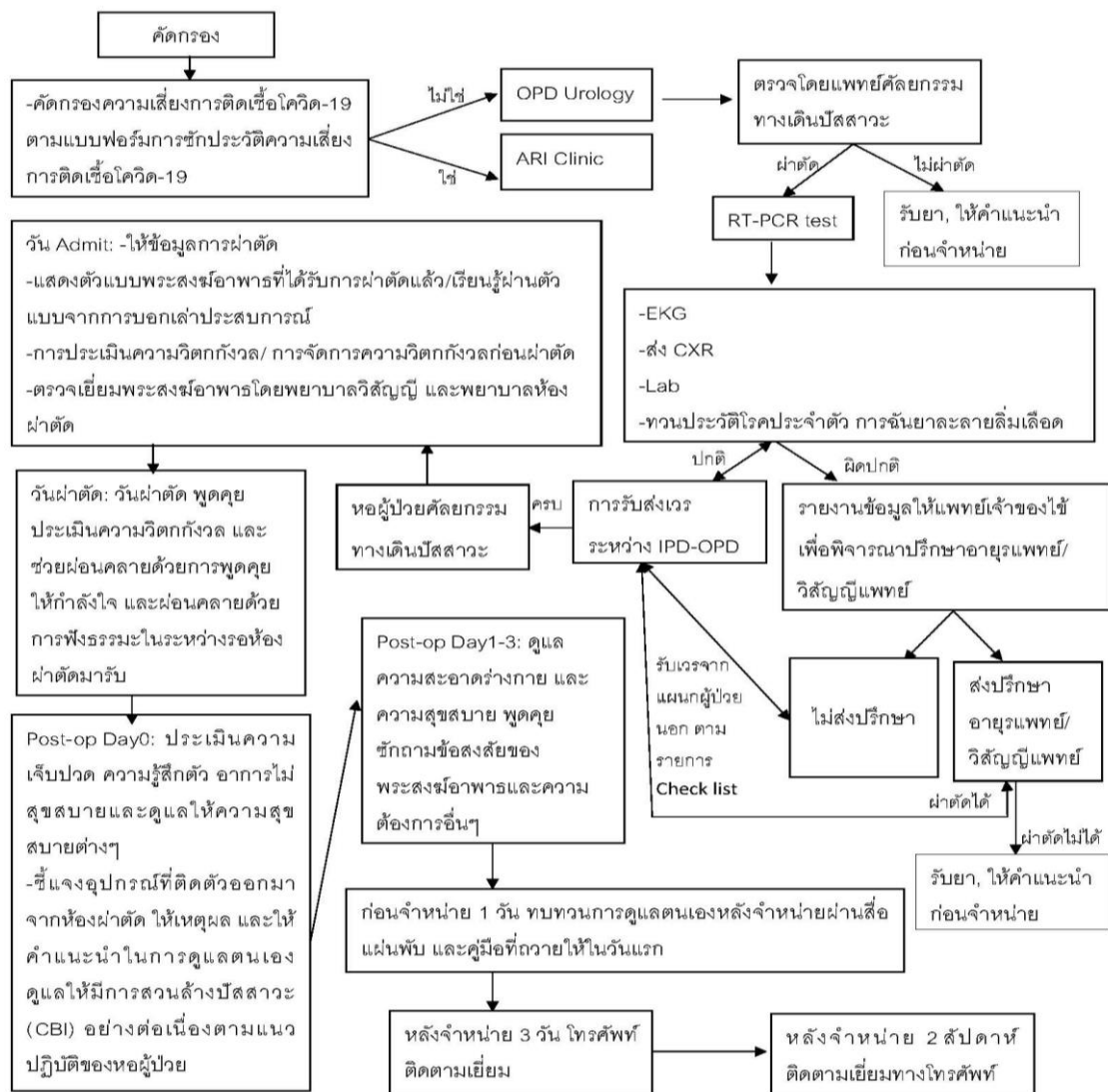
หมายถึง พึงพอใจมาก 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลผลแบบประเมินความพึงพอใจ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (ประคองกรรมสูตร, 2542) สามารถแบ่งระดับความพึงพอใจได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง พึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง พึงพอใจน้อย แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่า CVI=0.88 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 0.72

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ประกอบด้วย

1. คู่มือการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย โรคต่อมลูกหมากโต การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ขั้นตอนการให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธตามรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ รายการตรวจสอบการประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด แบบติดตามหลังจำหน่าย เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหา และภาษา

2. คู่มือ และแผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อน และหลัง ผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะพร้อมภาพประกอบ การปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน



แผนภาพที่ 1 การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาหารที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความพึงพอใจ โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ 11/2564

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของพระสงฆ์อาหารที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 50 รูป พบว่า มีพระสงฆ์อาหารที่มีปัญหาเกี่ยวกับการงดผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 3 อันดับแรก คือ 1) มีเลือดออกในทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัดร้อยละ 32.47 2) มีอาการสับสนหลงลืมเวลา และสถานที่หลังผ่าตัด ร้อยละ 28.57 และ 3) มีภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัดทำให้ต้องงดการผ่าตัด ร้อยละ 25.97 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของปัญหาที่พบจากการทบทวนเวชระเบียน (N=50)

ปัญหาที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1. พระสงฆ์เปลี่ยนใจไม่เข้ารับการผ่าตัด	5	6.49
2. มีภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัดทำให้ต้องงดการผ่าตัด ³	20	25.97
3. ไม่ได้หยุดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีโรคประจำตัวที่ไม่คงที่ หรือไม่ได้รับการ ปรึกษาจากอายุรแพทย์เพื่อร่วมประเมินและให้การรักษา	5	6.49
4. มีอาการสับสน หลงลืมเวลา และสถานที่หลังผ่าตัด ²	22	28.57
5. มีเลือดออกในทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัด ¹	25	32.47

หมายเหตุ^{1,2,3} ปัญหาที่พบ 3 อันดับแรก

ผลการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ และ
ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย
หัวหน้าและตัวแทนจากแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม
ทางเดินปัสสาวะ แผนกผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดิน
ปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนัก วิสัญญีพยาบาล ห้องผ่าตัด
เภสัชกร แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
พบปัญหาดังนี้

1. พระสงฆ์เปลี่ยนใจไม่เข้ารับการผ่าตัด เนื่องจาก
พระอาพาธไม่มั่นใจในสถานการณ์โควิด 19 กลัวการ
นอนโรงพยาบาล กลัวการติดเชื้อ

2. พระอาพาธมีความต้องการผ่าตัดแต่ไม่สามารถ
ดำเนินการได้เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงในวัน
ผ่าตัด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดทำให้นอน
ไม่หลับ ฉันทาควบคุมความดันโลหิตไม่ต่อเนื่องไม่ได้
หยุดยาละลายลิ่มเลือด ขาดการปรึกษาอายุรแพทย์
เพื่อร่วมประเมิน และให้การรักษา การซักประวัติ
ไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน

3. หลังผ่าตัดพระอาพาธมีอาการสับสน หลงลืม
เวลา และสถานที่ ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการดูแล
หลังผ่าตัด อาจเกิดจากผลข้างเคียงของการระงับ
ความรู้สึกในพระสงฆ์อาพาธที่สูงอายุมาก และบางราย
มีภาวะเลือดออกทางเดินปัสสาวะมากหลังผ่าตัด
เนื่องจากพระสงฆ์อาพาธนั้นไม่เข้าใจถึงความจำเป็น
ของการยีสายปัสสาวะเนื่องจากทำให้มีอาการ
เจ็บปวดและตึงท่อปัสสาวะส่งผลให้มีพฤติกรรม
การแกะเทปผ้าส่งผลต่อเลือดออกทางเดินปัสสาวะมากขึ้น

จากการสัมภาษณ์พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการ
ผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะจำนวน 5 รูป
พบว่า พระสงฆ์อาพาธต้องการข้อมูลที่เข้าใจง่าย
เห็นเป็นภาพเพื่อให้เห็นและเข้าใจถึงขั้นตอนการ
ผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด ร้อยละ 45.45 พระสงฆ์
อาพาธรู้สึกวิตกกังวล นอนไม่หลับในคืนก่อนวันผ่าตัด
จึงรู้สึกไม่สบาย และอ่อนเพลียทำให้ขาดความ
พร้อมในการผ่าตัด ร้อยละ 27.27 และพระสงฆ์
อาพาธต้องการความมั่นใจว่าเมื่อกลับไปอยู่วัดจะ
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ
สถานการณ์โควิด 19 เมื่อต้องกลับมาตรวจตามนัด
ร้อยละ 27.27

ผลการศึกษาระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล
ผลที่ได้จากการพัฒนาคือ รูปแบบการดูแลพระสงฆ์
อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ
ประกอบด้วยดังนี้

1. การตรวจร่างกาย และการซักประวัติโดยทีม
สหวิชาชีพ พระสงฆ์อาพาธจะได้รับ การตรวจร่างกาย
และซักประวัติโดยแพทย์เจ้าของไข้ และคัดกรอง
ความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 ตามแบบฟอร์มการ
ซักประวัติความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 และส่ง
ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด 19
ก่อนผ่าตัดทุกราย

2. การประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด

3. การให้ข้อมูลการผ่าตัด ผ่านแผ่นพับ และคู่มือ
การปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่าน
ทางท่อปัสสาวะ

4. การประเมินความวิตกกังวลจากการผ่าตัดและการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการฟังธรรมะ และจัดเตรียมสถานที่สำหรับการนั่งสมาธิ ทำวัตร สวดมนต์ สำหรับพระสงฆ์อาพาธ 1 วันก่อนผ่าตัด

5. การติดตามหลังจำหน่าย และพระคิลาณุปฐาก เป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในกรณีมีปัญหาปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ ให้คำแนะนำทางโทรศัพท์หากไม่จำเป็นต้องมาตรวจเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด 19

ผลการศึกษาระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และประเมินผลลัพธ์

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้

พระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโตในกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 47-57 ปี ร้อยละ 45.45 อายุ 58-68 ปี ร้อยละ 45.45 และอายุ 69-79 ปี ร้อยละ 9.09 อายุเฉลี่ย 59.18 ปี (S.D.=7.49) อายุพรรษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-5 ปี ร้อยละ 90.91 และ 6-8 ปี

ร้อยละ 9.09 อายุพรรษาเฉลี่ย 3.46 ปี (S.D.=1.41) ระดับการศึกษาทางโลกส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.55 ระดับการศึกษาทางธรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับนักธรรมตรีร้อยละ 36.36 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.55 และไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด ร้อยละ 59.09

กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 47-57 ปี ร้อยละ 40.91 อายุ 58-68 ปี ร้อยละ 45.45 และอายุ 69-79 ปี ร้อยละ 13.64 อายุเฉลี่ย 59.73 ปี (S.D.=8.77) อายุพรรษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-5 ปี ร้อยละ 77.27 และ 6-8 ปี ร้อยละ 22.73 อายุพรรษาเฉลี่ย 4.09 ปี (S.D.=1.54) ระดับการศึกษาทางโลกส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.36 ระดับการศึกษาทางธรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับนักธรรมตรีร้อยละ 45.45 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.55 และไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด ร้อยละ 54.55 ดังตารางที่ 2

ด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่า กลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นกลุ่มควบคุม (n=22) และกลุ่มทดลอง (n=22)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
47-57 ปี	10	45.45	9	40.91
58-68 ปี	10	45.45	10	45.45
69-79 ปี	2	9.09	3	13.64
อายุพรรษา				
2-5 ปี	20	90.91	17	77.27
6-8 ปี	2	9.09	5	22.73
ระดับการศึกษาทางโลก				
ไม่ได้รับการศึกษา	2	9.09	4	18.18
ประถมศึกษา	5	22.73	7	31.82
มัธยมศึกษา	12	54.55	8	36.36
ปวช./ ปวส.	2	9.09	1	4.55
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1	4.55	2	9.09

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นกลุ่มควบคุม (n=22) และกลุ่มทดลอง (n=22) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาทางธรรม				
ไม่ได้รับการศึกษา	2	9.09	2	9.09
นักธรรมตรี	8	36.36	10	45.45
นักธรรมโท/ เอก	7	31.82	2	9.09
เปรียญธรรม1-3	4	18.18	5	22.73
เปรียญธรรม 4-9	1	4.55	3	13.64
โรคร่วม				
ไม่มี	12	54.55	12	54.55
มี	10	45.45	10	45.45
ประสบการณ์การผ่าตัด				
ไม่มี	13	59.09	12	54.55
มี	9	40.91	10	45.45

2. การเปรียบเทียบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ด้านการฟื้นตัวด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความเจ็บปวด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน

ด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่า กลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในกลุ่มควบคุมคือ มีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มทดลองพบภาวะเลือดออก ร้อยละ 18.18 มากที่สุด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุม (n=22) และกลุ่มทดลอง (n=22)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง	66.55	7.73	70.86	6.69	41.14	-1.98	0.05*
ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด							
24 ชั่วโมง	5.27	2.55	3.50	2.04	40.09	2.55	0.01*
48 ชั่วโมง	2.59	1.94	1.36	1.50	39.44	3.35	0.02*
72 ชั่วโมง	0.86	1.13	0.64	0.95	40.90	0.72	0.47
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	1.05	0.79	0.45	0.51	42.00	2.96	0.01*

*p-value<0.05

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุม (n=22) และ
กลุ่มทดลอง (n=22)

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะเลือดออกมาก	3	13.64	4	18.18
2. มีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	11	50.00	3	13.64
3. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันต้องได้รับการทำ Manual irrigate หรือเข้าห้องผ่าตัดซ้ำ	3	13.64	2	9.09
4. ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังจำหน่าย	6	27.27	1	4.55

**3. ความพึงพอใจพระสงฆ์อาพาธต่อรูปแบบ
การดูแล หลังการผ่าตัด** พบว่า มีความพึงพอใจ
ด้านการดูแลที่ได้รับมีความเหมาะสมกับความต้องการ
และรูปแบบการดูแลที่ได้รับช่วยลดความวิตกกังวล
ก่อนผ่าตัดมากที่สุดเท่ากัน ($\bar{X}=4.77$, $S.D.=0.43$)
รองลงมาคือ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่ได้รับ
มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่วัดและ

รูปแบบการดูแลที่ได้รับทำให้รู้สึกมั่นใจในการผ่าตัด
เท่ากัน ($\bar{X}=4.68$, $S.D.=0.48$) และมีความพึงพอใจ
รูปแบบการดูแลที่ได้รับมีความครอบคลุมครบถ้วน
และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ในภาพรวม
อยู่ในระดับพึงพอใจมากเท่ากัน ($\bar{X}=4.45$, $S.D.=0.25$)
ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจของของพระสงฆ์อาพาธ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึง พอใจ
1. การดูแลที่ได้รับมีความเหมาะสมกับความต้องการ ¹	4.77	0.43	พึงพอใจมาก
2. รูปแบบการดูแลที่ได้รับมีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเมื่อ กลับไปอยู่ที่วัด ²	4.68	0.48	พึงพอใจมาก
3. รูปแบบการดูแลที่ได้รับทำให้เกิดความปลอดภัยจากภาวะ แทรกซ้อนหลังผ่าตัด	4.00	0.00	พึงพอใจมาก
4. รูปแบบการดูแลที่ได้รับช่วยสนับสนุนความพร้อมในการ ผ่าตัด	4.23	0.43	พึงพอใจมาก
5. รูปแบบการดูแลที่ได้รับมีความครอบคลุม ครบถ้วน ³	4.55	0.51	พึงพอใจมาก
6. รูปแบบการดูแลที่ได้รับช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ ¹	4.77	0.43	พึงพอใจมาก
7. รูปแบบการดูแลที่ได้รับทำให้รู้สึกมั่นใจในการผ่าตัดครั้งนี้ ²	4.68	0.48	พึงพอใจมาก
8. ความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	4.00	0.00	พึงพอใจมาก
9. การดูแลครั้งนี้ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	4.23	0.43	พึงพอใจมาก
10. ความพึงพอใจในภาพรวมของการดูแลครั้งนี้ ³	4.55	0.51	พึงพอใจมาก
รวม	4.45	0.25	พึงพอใจมาก

หมายเหตุ ^{1,2,3} เรียงลำดับความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก

อภิปรายผล

ระยะที่ 1 ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ จากผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์อาพาธที่มีปัญหาเกี่ยวกับการงดผ่าตัด และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ เลือดออกทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัด มีอาการสับสน หลงลืมเวลา และสถานที่หลังผ่าตัด และเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัดทำให้ต้องงดการผ่าตัด เมื่อวิเคราะห์สาเหตุร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พบว่าเกิดจากขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ส่งผลให้มีพฤติกรรมการแกะเทปผ้าออก ทำให้เกิดเลือดออกทางเดินปัสสาวะมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xu *et al.* (2018) ที่ระบุสาเหตุของภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากนั้น อาจเกิดจากทั้งการฉีกบริเวณแผลท่อทางเดินปัสสาวะ ในระหว่างการทำผ่าตัดที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดเลือดออกมาหลังผ่าตัด หรือเกิดจากการปฏิบัติตัวที่ผิดวิธีหลังผ่าตัดในการดูแลตนเองซึ่งพบได้ตั้งแต่หลังผ่าตัดไปจนถึง 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะได้

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบแผนการดูแลฯ จากการที่พระสงฆ์อาพาธมีความต้องการข้อมูลรายละเอียดที่แสดงให้เห็นเป็นภาพที่ชัดเจนเข้าใจง่ายเพื่อเพิ่มความเข้าใจในการให้ความร่วมมือดูแลตนเองทั้งก่อนระหว่างและหลังผ่าตัด จึงนำไปสู่การพัฒนาการให้ข้อมูลผ่านรูปแบบรูปภาพ และการแสดงตัวแบบเพื่อให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของอาภา ศรีสร้อย และอมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล (2563) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของสื่อแผ่นพับต่อการสอนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมพบว่า การใช้สื่อแผ่นพับที่มีความชัดเจน มีรูปภาพประกอบช่วยให้ผู้ป่วยนั้นมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และการศึกษาของดวงดาว อรัญวาส์ และคณะ (2555) ที่ศึกษาพบว่า การใช้แผ่นพับในการให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่เป็นรูปแบบ มีเนื้อหาที่แน่นอน และครอบคลุมช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก นอกจากนี้การแสดงตัวแบบเป็นรูปแบบการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อให้พระสงฆ์อาพาธเกิดการรับรู้และสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง

ได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดผ่านการเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ การได้สังเกตตัวแบบและได้รับผลที่พึงพอใจจะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ (สุทธิณี ชัยเฉลิมศักดิ์ และคณะ, 2562; Bandura, 1997)

สำหรับอาการสับสนของพระสงฆ์อาพาธนั้น อาจเกิดจากผลข้างเคียงของการระงับความรู้สึก และการเปลี่ยนสถานที่พักฟื้นหลังผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดส่งผลต่อภาวะสับสนหลังผ่าตัดฉับพลันได้ (García-Sánchez *et al.*, 2019) จากปัญหาในการงดผ่าตัดจากการเปลี่ยนใจของพระอาพาธเนื่องจากความไม่มั่นใจในสถานการณ์โควิด 19 และการงดเนื่องจากความดันโลหิตสูง การไม่ไต่ดยาลดความดันเลือด รวมไปถึงการไม่ได้ปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัดในรายที่มีโรคเรื้อรัง อาจเกิดจากการชักประวัติไม่ครบถ้วน การให้ข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับสถานการณ์โควิด การผิดพลาดในขั้นตอนการส่งพระสงฆ์อาพาธมาจากแผนกผู้ป่วยนอก ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จึงนำไปสู่เพิ่มการคัดกรองโควิด 19 การจัดการหลังจำหน่ายในการติดตามเยี่ยม และจัดการสถานการณ์ที่มีความรุนแรง การประสานให้มีพระคิลานุปฐาก (พระสงฆ์ที่เป็นจิตอาสาดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด) ประจำวัน ในกรณีพระอาพาธดูแลตนเองได้น้อย การให้ข้อมูลสถานการณ์โควิด 19 การสร้างความมั่นใจในระบบการดูแล การจัดการความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด การเพิ่มประสิทธิภาพการชักประวัติด้วยใบตรวจสอบรายการที่ใช้ทวนสอบระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ถือเป็นการตรวจสอบซ้ำป้องกันความคลาดเคลื่อนได้ จากการศึกษาเรื่องภาวะการดูแลสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด TURP ใน 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 68 ให้ข้อมูลว่า ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนก่อนจำหน่าย ทำให้ไม่แน่ใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (Mogensen & Duelund Jacobsen, 2008) จึงนำไปสู่การพัฒนาแบบแผนการดูแลหลังจำหน่ายโดยการติดตามทางโทรศัพท์ และให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ มิใช่การให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่พัฒนา
ขึ้นไปใช้ และประเมินผลลัพธ์นั้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่ม
ทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์
อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ
ที่พัฒนาขึ้นมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ
การดูแลตามปกติ อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแล
พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อ
ปัสสาวะนั้นพัฒนาขึ้นตามปัญหาที่พบ และจากความ
ต้องการของพระสงฆ์อาพาธ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสื่อ
ในการให้ข้อมูลที่เหมาะสมทำให้พระสงฆ์เกิดความรู้
ความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวทั้งก่อน
ระหว่าง และหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ
ศรีวภา ธนรักษ์ และประภาวดี โทณสุข (2561)
ที่พบว่า การใช้สื่อในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยต่อม
ลูกหมากโตที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อ
ปัสสาวะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ดีกว่า
นอกจากนี้การพัฒนาระบบการประเมินพระสงฆ์
อาพาธจากทีมสหวิชาชีพ และการใช้ตัวแบบเพื่อ
ถ่ายทอดประสบการณ์ทำให้พระสงฆ์อาพาธเกิดการ
เรียนรู้จากตัวแบบ ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการ
ผ่าตัดเป็นอย่างดี และเห็นภาพของสภาพภายหลัง
การผ่าตัด เมื่อให้คำแนะนำจึงเกิดความเข้าใจและ
มองภาพออกมากขึ้นจากการดูแลแบบเดิมที่ไม่มีตัว
แบบถ่ายทอดประสบการณ์ (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และ
เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559) อีกทั้งการเรียนรู้ที่
ได้จากตัวแบบนี้ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเองว่า
ตัวเองสามารถผ่านพ้นการผ่าตัดไปได้ด้วยดี (สุทธิณี
ชัยเฉลิมศักดิ์ และคณะ, 2562) จึงสามารถกระตุ้น
การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และ
หลังจำหน่ายได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษา
ของกฤษณกมล วิจิตร (2547) ที่พบว่า การใช้ตัวแบบ
เป็นการช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติ
ตัวหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากได้อย่างเหมาะสม

การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นการกระตุ้นเตือน
และให้การสนับสนุนทางการพยาบาลที่ช่วยให้พระสงฆ์

อาพาธช่วยเหลือและดูแลตนเองได้หลังจำหน่ายกลับวัด
 อีกทั้งการประสานงานผ่านพระคิลานุปฐาก ช่วยให้
พระสงฆ์อาพาธที่สูงอายุมีผู้ดูแลช่วยเหลือในส่วนที่
พร่องการดูแลตนเองไปโดยได้รับการสนับสนุนจาก
พยาบาล ทำให้พระสงฆ์อาพาธมีความพึงพอใจต่อ
รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อม
ลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะอยู่ในระดับพึงพอใจ
มาก เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้มี
พื้นฐานมาจากปัญหาของพระสงฆ์อาพาธเป็นหลัก
และนำเอาความต้องการของพระสงฆ์อาพาธมา
พัฒนาให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของพระสงฆ์
อาพาธ

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดทำเป็นมาตรฐานการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่
ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ
เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันส่งผลการการฟื้นตัวของ
พระสงฆ์อาพาธดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการ
ติดเชื้อหลังผ่าตัด ควรใช้สื่อที่ทันสมัยเหมาะสมกับ
พระสงฆ์อาพาธเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง
เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในยุค
ปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่
แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ แผนก
ผู้ป่วยในศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนัก
ห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล เภสัชกร และแพทย์
เฉพาะทางศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะของโรงพยาบาล
สงฆ์ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
และกราบขอบพระคุณพระสงฆ์อาพาธกลุ่มตัวอย่าง
ทุกท่านเป็นอย่างสูง ที่สละเวลา และให้ความร่วมมือ
ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณกมล วิจิตร. (2547). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์
ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก.
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- เบญจวรรณ มนุญญา และสกวเดือน ขำเจริญ. (2564). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ
วันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจร. วารสารวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(1), 13-24.
- ดวงดาว อรัญวาสี, สิริรัตน์ ตรีพุทธิรัตน์, เทพกร สาธิตการมณี และกชกร พลาชีวะ. (2555). ผลการให้ข้อมูล
อย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว. วิสัณณสาร,
38(2), 102-108.
- ประคอง กรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชัย บุญยะรัตเวช, อภิรักษ์ สันติงามกุล, กมล ภาณุมาศรีศรี และคณะ. (2554). ต่อมลูกหมาก. กรุงเทพฯ:
อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการ
เยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 22(1), 9-20.
- ศรีวิภา ธนรักษ์ และประภาวดี โทณสุข. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อ
ความรู้และการจัดการตนเองของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ
ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 32(4), 1283-1296.
- สุทธิณี ชัยเฉลิมศักดิ์, นารัตน์ จิตรมนตรี และวินัส สีพกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้
ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
กระดูกลิ้นหลัง. วารสารพยาบาลสภาภาคไทย, 12(1), 144-160.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข 2553 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ
18 กุมภาพันธ์ 2563]; แหล่งข้อมูล: URL:
https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic53.pdf
- ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสงฆ์. (2563). การฟื้นตัวของพระอาพาธหลังผ่าตัดต่อม
ลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP).
- อาภา ศรีสร้อย และอมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อแผ่นพับกับ
วีดิทัศน์ต่อการสอนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี.
วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 28(2), 203-211.
- อินทรีรา ไพฑูรย์, วิภา แซ่เซี้ย และเนตรนภา คู่พันธ์วี. (2558). โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการ
ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารสภาการพยาบาล, 30(1), 99-111.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Prentice-Hall.
- Collins, S. L., Moore, R. A., & McQuay, H. J. (1997). The visual analogue pain intensity scale:
what is moderate pain in millimetres?. Pain, 72(1-2), 95-97.
- García-Sánchez, M., Caballero-López, J., Cenicerós-Rozalén, I. et al. (2019). Management of
analgesia, sedation and delirium in Spanish intensive care units: a national two-part
survey. Medicina Intensiva (English Edition), 43(4), 225-233.

- Mogensen, K., & Duelund Jacobsen, J. (2008). The load on family and primary healthcare in the first six weeks after transurethral resection of the prostate. *Scandinavian journal of urology and nephrology*, 42(2), 132-136.
- Nickel, J. C., Méndez-Probst, C. E., Whelan, T. F., Paterson, R. F., & Razvi, H. (2010). 2010 Update: Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. *Canadian Urological Association Journal*, 4(5), 310-316.
- Pesha, A. (2016). Complications of transurethral resection of the prostate. *Clinical Medicine Research*, 5, 24-27.
- Xu, P., Xu, A., Chen, B., *et al.* (2018). Bipolar transurethral enucleation and resection of the prostate: Whether it is ready to supersede TURP?. *Asian Journal of Urology*, 5(1), 48-54.

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในการเพิ่มความสามารถ
การดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
ในโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่

An Intermediate Care Service to Improve Activities of Daily Living in
Patients with Stroke, Spinal Cord Injury and Traumatic Brain Injury
in Sarapee Borvorn Patthana Hospital, Chiang Mai Province

พิชามณ สุวรรณฉัตร* พ.บ.

Pichamon Suwannachatt* M.D.

ภัทรรัตน์ ปานสุวรรณฉัตร* พ.บ., วว. เวชศาสตร์
ครอบครัว

Pattarat Pansuvannajit* M.D., Dip. Thai Board of
Family Medicine

วิชุดา จิรพรเจริญ** พ.บ., วว. เวชศาสตร์
ครอบครัว

Wichuda Jiraporncharoen** M.D., Dip. Thai Board
of Family Medicine

* โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ Sarapee Hospital, Chiang Mai Province

** ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Department of Family Medicine, Faculty of
Medicine, Chiang Mai University

Received: Mar 28, 2021

Revised: Jul 27, 2021

Accepted: Nov 18, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาการเปลี่ยนแปลงคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 69 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่าง 1 มกราคม 2562-30 กันยายน 2563 เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันกับตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ด้วยสถิติ t-test และ One way ANOVA test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 73.91 อายุระหว่าง 15-59 ปี ร้อยละ 56.52 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.17 โดยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 75.00 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการดูแลระยะกลางมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่ม 3.94 ± 3.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีผลต่างของคะแนน Barthel ADL Index แตกต่างจากผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยผลต่างของคะแนนเฉลี่ย Barthel ADL Index ของกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 4.43 (S.D.=3.14) และผลต่างของคะแนนเฉลี่ย Barthel ADL Index ของกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 1.85 (S.D.=3.16) ดังนั้นรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะดำเนินกิจวัตรประจำวันได้

คำสำคัญ: การดูแลระยะกลาง, การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

ABSTRACT

The objective of this one group pretest-posttest study was to evaluate the effect of an intermediate care service on daily living activities of patients with stroke, spinal cord injury and traumatic brain injury in Sarapee Borvorn Patthana Hospital, Chiang Mai Province. Study population of 69 patients existing in hospital database and medical records, who admitted between January 1st, 2019–September 30th, 2020 were retrospectively collected for their Barthel Activity Daily Living (ADL) index change before and after admission. Analyses of the data were to assess frequencies, percentages, means, and standard deviations of population characteristics and to compare Barthel ADL index change with study variables by using t-test and One-way ANOVA test. The result showed that the patients were male 73.91%, aged between 15-59 years 56.52%, and had underlying diseases 52.17%, which the most was hypertension 75.00 %. The comparison of Barthel ADL index change in patients who received the intermediate care program was shown statistical significantly increasing of Barthel ADL index 3.94 ± 3.28 in average (p -value <0.05). The patients with no complication had Barthel ADL index's change statistical significantly different from the patients with complication (p -value <0.05). The patients with no complication had average Barthel ADL index change 4.43 (S.D.=3.14) while the others with complication had average Barthel ADL index change 1.85 (S.D.=3.16). It could be concluded that the patients with stroke, spinal cord injury and traumatic brain injury receiving the intermediate care service in the hospital would develop an ability to perform their activity daily living.

Key words: Intermediate care, Barthel ADL index evaluation

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันเป็นระบบที่เน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก (สุวิณี วิวัฒน์วานิช และคณะ, 2555) ทำให้มุ่งเป้าไปที่การรองรับและดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติเฉียบพลัน (Acute care) ให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จเร วิชาไทย และคณะ, 2552) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีอาการบกพร่องในการทำงานของอวัยวะหลงเหลืออยู่ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและการใช้ชีวิตในสังคม จำเป็นต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้านนั้น มักไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเหมาะสม (คณะทำงานโครงการพัฒนางาน

การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู พ.ศ. 2558–2559 สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2559) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเข้าโรงพยาบาลอีกครั้ง ก่อให้เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพิ่มภาระของครอบครัวและสังคมในการดูแลผู้ป่วย (คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน, 2562; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2562) เนื่องจากขาดการส่งต่อที่เป็นระบบชัดเจนไปยังชุมชน ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจและไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ การเลือกรูปแบบบริการฟื้นฟูสภาพนั้นขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความพร้อมของ

ผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน, 2562; จเร วิชิตไทย และคณะ, 2552)

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) จึงเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นเพื่อเติมเต็มช่องว่างของระบบบริการในปัจจุบัน เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติ (Acute phase) และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางร่างกาย จิตใจ ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ตลอดจนกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน, 2562) นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลสำหรับการดูแลแบบระยะยาว (Long term care)

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการดูแลแบบระยะกลาง หนึ่งในพื้นที่ต้นแบบที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง คือ โรงพยาบาลสารภีบรรพตพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลสาขาของโรงพยาบาลสารภีขนาด 60 เตียง สร้างขึ้นเพื่อเป็นสถานที่พักฟื้นของผู้ป่วยในช่วงระหว่างหลังออกจากโรงพยาบาลและเตรียมพร้อมก่อนกลับบ้าน รวมทั้งเป็นสถานพยาบาลที่มีเป้าหมายในการพัฒนาเพื่อเป็นแหล่งฝึกด้านการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยและญาติ ถือได้ว่าเป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะกลางแห่งแรกของภาคเหนือ มีการให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรองรับจำนวน 12 เตียง โดยรับผู้ป่วยหลังระยะเฉียบพลันที่มาจากโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน และอื่นๆ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสารภีบรรพตพัฒนา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study design) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสารภีบรรพตพัฒนา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562– 30 กันยายน 2563 รวมทั้งสิ้น 21 เดือน

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury, SCI) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury, TBI) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสารภีบรรพตพัฒนา ระหว่างเดือนมกราคม 2562–กันยายน 2563 จำนวนทั้งสิ้น 127 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 69 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

ผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel ADL index น้อยกว่า 15 คะแนน หรือมากกว่า 15 คะแนน ที่มีความผิดปกติมากกว่า 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่

1. ปัญหาการกลืน (Swallowing problem)
2. ปัญหาการสื่อสาร (Communication problem)
3. ปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility problem)
4. ปัญหาด้านการรับรู้ (Cognitive and perception problem)
5. ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ (Bowel and bladder problem)

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลไม่ถึง 1 วัน กล่าวคือ วันนอนโรงพยาบาล และวันออกจากโรงพยาบาลเป็นวันเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ต้องส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบบันทึกข้อมูล (Case record form) โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา และโปรแกรมบันทึกเวชระเบียน HosXP โดยการบันทึกข้อมูลใน Case record form ประกอบด้วย

1. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ชนิดของกลุ่มโรค (Stroke, TBI, SCI) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (Onset) ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) กำลังการเคลื่อนไหวของแขนขา (Weakness) การกลืนลำบาก (Dysphagia) การควบคุมการขับถ่าย (Bowel bladder involvement) คะแนนความเจ็บปวด (Visual analog scale, VAS) ซึ่งเป็นการประเมินโดยผู้ป่วย เครื่องมือประกอบด้วยเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ไม่มีตัวเลข ซ้ายมือสุดเขียนว่าไม่ปวด และขวามือสุดเขียนว่าปวดจนทนไม่ได้ ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงดังกล่าว จากนั้นนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซนติเมตร (คิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล และอรพิชา ไรฤทธิ์, 2561) และการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2) ซึ่งเป็นการประเมินโดยใช้คำถามจำนวน 2 คำถาม หากตอบว่า “มี” อย่างน้อย 1 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ต้องประเมินต่อด้วย PHQ-9 ต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2559)

ส่วนที่ 3 กระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่ได้รับระหว่างการรักษา ได้แก่ กิจกรรมการให้บริการ (Activities protocol) ประกอบด้วยกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด (Physical therapy & Occupational therapy) ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and medicament) อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (Assistive device)

ส่วนที่ 4 ภาวะแทรกซ้อน (Complication) ที่พบระหว่างการบำบัดฟื้นฟู

2. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วยคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตร

ประจำวัน (Barthel ADL Index) ก่อนและหลังการบำบัดฟื้นฟู โดยเป็นการประเมินความสามารถทั้งหมด 10 ด้าน คะแนนน้อยสุดในแต่ละด้านเท่ากับ 0 มากสุดในแต่ละด้านอยู่ที่ 1, 2 หรือ 3 ขึ้นอยู่กับหัวข้อคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน การแปลผลนั้น กำหนดให้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการแบ่งย่อยเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยติดเตียง (0-4 คะแนน) และผู้ป่วยติดบ้าน (5-11 คะแนน) ส่วนผู้ป่วยที่ได้คะแนน 12-20 คะแนน คือ ผู้ป่วยที่พึ่งตนเองได้หรือติดสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม STATA version 16 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ในการแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบคะแนน Barthel ADL Index ในภาพรวมก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดรักษา โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ย Barthel ADL index ในตัวแปร 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Two sample t-test กรณีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้สถิติ One-way ANOVA test และหากพบว่ามีความแตกต่างทำการทดสอบรายคู่โดยใช้ Bonferroni

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ้างอิงตามหมายเลข Research ID: FAM-2563-07686

ผลการศึกษา

1) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

กลุ่มอายุที่เข้ารับการรักษามากที่สุด คือ กลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 56.52 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.46 ± 17.30 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.91 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.17 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 75.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=69)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
● กลุ่มอายุ		
กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)	39	56.52
กลุ่มผู้สูงอายุ (≥60 ปี)	30	43.48
Mean = 53.46, S.D. = 17.30, Min = 15.00, Max = 84.00		
● เพศ		
ชาย	51	73.91
หญิง	18	26.09
● โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	33	47.83
มีโรคประจำตัว (ตอบได้หลายข้อ)	36	52.17
- โรคความดันโลหิตสูง	27	75.00
- โรคเบาหวาน	11	30.56
- โรคไตวายเรื้อรัง	3	8.33
- โรคอื่นๆ	14	38.89

กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ 46.38 รองลงมาคือ การบาดเจ็บไขสันหลัง ร้อยละ 39.13 และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 14.49 โดยผู้ป่วยที่มีอาการในระยะระหว่าง 2-12 สัปดาห์ มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 66.67 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกร่างกาย 13-15 คะแนน หรือบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 86.96 ลักษณะการอ่อนแรงส่วนใหญ่เป็นแบบซีกใดซีกหนึ่ง (Hemiparesis) ร้อยละ 49.28 ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการกลืน ร้อยละ 33.33 มีปัญหาควบคุมการขับถ่าย ร้อยละ 60.87 มีความเจ็บปวด ร้อยละ 20.29 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.04 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยก่อนได้รับการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่าง (n=69)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
● ชนิดของกลุ่มโรค		
โรคหลอดเลือดสมอง	32	46.38
การบาดเจ็บไขสันหลัง	27	39.13
การบาดเจ็บที่ศีรษะ	10	14.49
● ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยก่อนการบำบัดฟื้นฟู		
น้อยกว่า 2 สัปดาห์	19	27.53
ระหว่าง 2-12 สัปดาห์	46	66.67
มากกว่า 12 สัปดาห์	4	5.80

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยก่อนได้รับการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่าง (n=69) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
● ระดับความรู้สึกตัว (GCS)		
บกพร่องเล็กน้อย, Mild (13-15 คะแนน)	60	86.96
บกพร่องปานกลาง, Moderate (9-12 คะแนน)	8	11.59
บกพร่องรุนแรง, Severe (น้อยกว่า 8 คะแนน)	1	1.45
● การเคลื่อนไหว: กำลังของแขนขา (Weakness)		
อ่อนแรงแขนขาทั้งหมด (Quadripareisis)	20	28.99
อ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง (Hemiparesis)	34	49.28
อ่อนแรงเฉพาะขาสองข้าง (Paraparesis)	13	18.83
อ่อนแรงแบบอื่นๆ (Others)	2	2.90
● การกลืนลำบาก		
มีปัญหา	23	33.33
ไม่มีปัญหา	46	66.67
● การควบคุมการขับถ่าย		
มีปัญหา	42	60.87
ไม่มีปัญหา	27	39.13
● คะแนนความเจ็บปวด (VAS)		
มีความเจ็บปวด (มากกว่า 1 คะแนน)	14	20.29
ไม่มีความเจ็บปวด (0 คะแนน)	55	79.71
● การคัดกรองภาวะซึมเศร้า (PHQ-2): Positive (>1 คะแนน)		
มีภาวะซึมเศร้า (มากกว่า 1 คะแนน)	9	13.04
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 คะแนน)	60	86.96

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการทำกายภาพบำบัดและ
กิจกรรมบำบัด ร้อยละ 97.10 โดยกายภาพบำบัดที่มี
การทำมากที่สุดคือ การฝึกการทรงตัว ร้อยละ 71.64
รองลงมาคือ การเคลื่อนไหวแบบออกแรงทำเอง
ร้อยละ 56.72 และกิจกรรมบำบัดที่มีการทำมากที่สุด
คือ การฝึกกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 89.55 รองลงมา
คือ การฝึกการทรงตัว ร้อยละ 61.19 ดังตารางที่ 3
ในส่วนของการยาและเวชภัณฑ์ มีการใช้ยาลดเกร็ง

ร้อยละ 7.25 มีการใช้ยาสวนระบายทางทวารหนัก
ร้อยละ 55.07 มีสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 31.88
และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (อุปกรณ์ช่วยเดิน)
มีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ร้อยละ 24.64 โดยอุปกรณ์
ที่ใช้มากที่สุดคือ ราวคู่มือเดิน ร้อยละ 35.29
รองลงมาคือ เครื่องช่วยเดินสี่ขา ร้อยละ 29.41 ไม่เท่า
ชนิดสามขา ร้อยละ 29.41 และไม่ค้ำยันรักแร้ ร้อยละ
5.88 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 กระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่ได้รับระหว่างรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=69)

ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
● การทำกายภาพบำบัด		
ไม่ได้ทำกายภาพบำบัด	2	2.90
ได้ทำกายภาพบำบัด (ตอบได้หลายข้อ)	67	97.10
- การฝึกการทรงตัว (Balance training)	48	71.64
- การเคลื่อนไหวแบบออกแรงทำเอง (Active exercise)	38	56.72
- การฝึกเคลื่อนย้ายตัวและเดิน (Ambulation & gait)	37	55.22
- การเคลื่อนไหวแบบทำให้ (Passive exercise)	30	44.78
- การยืดกล้ามเนื้อ (Stretching exercise)	10	14.93
- การเคลื่อนไหวแบบมีแรงช่วย (Active-assistive exercise)	4	5.97
- การจัดท่าระบายเสมหะ (Postural drainage)	2	2.99
- การฝึกหายใจ (Breathing exercise)	1	1.49
● การทำกิจกรรมบำบัด		
ไม่ได้ทำกิจกรรมบำบัด	2	2.90
ได้ทำกิจกรรมบำบัด (ตอบได้หลายข้อ)	67	97.10
- การฝึกกิจวัตรประจำวัน (ADL training)	60	89.55
- การฝึกการทรงตัว (Balance training)	41	61.19
- การฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อ (Muscle strength training)	30	44.78
- การฝึกการทำงานของมือ (Hand function training)	26	38.81
- การฝึกการรับรู้ (Perception training)	22	32.84
- การฝึกกลืน (Swallowing training)	14	20.90
- การเคลื่อนไหวเพิ่มพิสัยข้อ (ROM exercise)	11	16.42
- การบริหารกล้ามเนื้อปาก (Oral exercise)	11	16.42
- การฝึกการทำงานประสานกัน (Coordination training)	8	11.94

ตารางที่ 4 การใช้ยาและเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการระหว่างรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=69)

ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
● ยาและเวชภัณฑ์		
การใช้ยากลุ่มลดเกร็ง		
- ไม่ใช้ยากลุ่มลดเกร็ง	64	92.75
- ใช้ยากลุ่มลดเกร็ง	5	7.25
การใช้ยาสวนระบายทางทวารหนัก		
- ไม่ใช้ยาสวนระบายทางทวารหนัก	31	44.93
- ใช้ยาสวนระบายทางทวารหนัก	38	55.07

ตารางที่ 4 การใช้ยาและเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการระหว่างรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=69) (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สายสวนปัสสาวะ		
- ไม่มีสายสวนปัสสาวะ	47	68.12
- มีสายสวนปัสสาวะ	22	31.88
สายคล้องไหล่		
- ไม่มีสายคล้องไหล่	65	94.20
- มีสายคล้องไหล่	4	5.80
● อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ		
ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดิน	52	75.36
มีอุปกรณ์ช่วยเดิน	17	24.64
- ราวค้ำยันเดิน (Parallel bar)	6	35.29
- เครื่องช่วยเดินสี่ขา (Walker)	5	29.41
- ไม้เท้าชนิดสามขา (Tripods)	5	29.41
- ไม้ค้ำยันรักแร้ (Axillary crutches)	1	5.88

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่พบระหว่างการเข้ารับการบำบัดรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 18.84 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือไข้ ร้อยละ 69.23 รองลงมาคือ หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตต่ำ/สูง และอื่น ๆ (ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร) ร้อยละ 15.38 เท่ากัน สำหรับข้อมูลเรื่องระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 12.21 วัน โดยวันนอนที่น้อยที่สุดคือ 3 วัน และวันนอนที่มากที่สุดคือ 30 วัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างการบำบัดรักษา และช่วงระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n=69)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
● ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างการบำบัดรักษา		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	56	81.16
มีภาวะแทรกซ้อน (ตอบได้หลายข้อ)	13	18.84
- ไข้ $>38^{\circ}\text{C}$	9	69.23
- หอบเหนื่อย	2	15.38
- ความดันโลหิตต่ำ/สูง	2	15.38
- หัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเฉียบพลัน	1	7.69
- ซึมลง สับสน มีภาวะทางจิต	1	7.69
- อื่น ๆ (ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร)	2	15.38

ตารางที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา และช่วงระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของ
กลุ่มตัวอย่าง (n=69) (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
● ช่วงระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล		
- น้อยกว่า 10 วัน	30	43.48
- 10-20 วัน	31	44.93
- 20-30 วัน	8	11.59
ระยยะเวลาน้อยที่สุด 3 วัน		
ระยยะเวลามากที่สุด 30 วัน		
ระยยะเวลาเฉลี่ย 12.21 ± 6.24 วัน		

คะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ก่อนและหลังการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ก่อนการบำบัดฟื้นฟู มีผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 43.48 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 44.93 และกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 11.59 หลังการบำบัดฟื้นฟูมีผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 18.84 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 39.13 และกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 42.03 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) ก่อนและหลังการบำบัด
ฟื้นฟู (n=69)

คะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยติดเตียง (0-4 คะแนน)	30	43.48	13	18.84
ผู้ป่วยติดบ้าน (5-11 คะแนน)	31	44.93	27	39.13
ผู้ป่วยติดสังคม (12-20 คะแนน)	8	11.59	29	42.03

2) การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนน ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการ
ดำเนินกิจวัตรประจำวัน ในภาพรวมก่อนและหลัง
การเข้ารับการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในของ
กลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนน Barthel ADL Index
โดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนเข้ารับการดูแล
ระยะกลาง เท่ากับ 5.83 ± 4.64 คะแนน หลังเข้ารับ
การดูแลระยะกลาง เท่ากับ 9.77 ± 5.16 คะแนน
ซึ่งผลต่างการเปลี่ยนแปลงคะแนน Barthel ADL
Index โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 3.94 ± 3.28 คะแนน โดยหลังการ

เข้ารับการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในมีคะแนน
Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p\text{-value} < 0.05$)

เมื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย
Barthel ADL Index ก่อนและหลังดำเนินการตาม
โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำแนกตาม
กลุ่มอายุ การมีโรคประจำตัว ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย
ได้แก่ ชนิดของกลุ่มโรค ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยก่อน
การบำบัดฟื้นฟู ด้านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่ได้รับ
ระหว่างรักษา ได้แก่ กายภาพบำบัด และกิจกรรม
บำบัด พบว่า คะแนนเฉลี่ย Barthel ADL Index
ไม่แตกต่างกัน

ผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีผลต่างของคะแนน Barthel ADL Index แตกต่างจากผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลต่างของคะแนนเฉลี่ย Barthel ADL Index ของกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 4.43 (S.D.=3.14) และผลต่างของคะแนนเฉลี่ย Barthel ADL Index ของกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 1.85 (S.D.=3.16) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย Barthel ADL Index ก่อนและหลังเข้ารับการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสารภีบรรพตพัฒนา (n=69)

ตัวแปร	Barthel ADL Index			t or F	p-value
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง		
1. ข้อมูลทั่วไป					
● กลุ่มอายุ				0.39	0.700
กลุ่มผู้สูงอายุ (n=30)	5.13 ± 4.07	8.90 ± 4.83	3.77 ± 2.93		
กลุ่มวัยทำงาน (n=39)	6.36 ± 5.02	10.43 ± 5.36	4.08 ± 3.56		
● การมีโรคประจำตัว				0.95	0.347
ไม่มีโรคประจำตัว (n=33)	4.97 ± 4.84	9.30 ± 5.42	4.33 ± 2.87		
มีโรคประจำตัว (n=36)	6.61 ± 4.36	10.19 ± 4.94	3.58 ± 3.61		
2. ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยก่อนเข้าโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู					
● ชนิดของกลุ่มโรค				1.97	0.148
โรคหลอดเลือดสมอง (n=32)	6.65 ± 4.65	10.03 ± 5.40	3.37± 3.62		
การบาดเจ็บที่ศีรษะ (n=10)	3.80 ± 3.45	9.50 ± 4.50	5.70± 2.45		
การบาดเจ็บไขสันหลัง (n=27)	5.59 ± 4.88	9.55 ± 5.26	3.96± 2.98		
● ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยก่อนการบำบัดฟื้นฟู				0.73	0.484
เฉียบพลัน <2 สัปดาห์ (n=19)	7.00 ± 5.18	11.42 ± 5.40	4.42± 3.35		
กึ่งเฉียบพลัน 2-12 สัปดาห์ (n=46)	5.20 ± 4.07	9.09 ± 4.78	3.89± 3.27		
เรื้อรัง >12 สัปดาห์ (n=4)	7.50 ± 7.72	9.75 ± 7.80	2.25± 3.20		
3. กระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่ได้รับระหว่างรักษา					
● ภาพกายภาพบำบัด				-1.75	0.085
ไม่ได้ทำ (n=2)	1.50 ± 2.12	1.50 ± 2.12	0.00± 0.00		
ได้ทำ (n=67)	5.96 ± 4.64	10.01 ± 5.02	4.06± 3.26		
● กิจกรรมบำบัด				-1.75	0.085
ไม่ได้ทำ (n=2)	1.50 ± 2.12	1.50 ± 2.12	0.00± 0.00		
ได้ทำ (n=67)	5.96 ± 4.64	10.01 ± 5.02	4.06± 3.26		
4. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา					
● ภาวะแทรกซ้อน				2.67	0.009*
ไม่มี (n=56)	6.16 ± 4.77	10.59 ± 4.75	4.43± 3.14		
มี (n=13)	4.38 ± 3.88	6.23 ± 5.53	1.85± 3.16		
คะแนนเฉลี่ยภาพรวม	5.83 ± 4.64	9.77 ± 5.16	3.94 ± 3.28	-9.98	<0.001*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

การเปลี่ยนแปลงคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสารภีบรรพต พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยประสิทธิภาพในการเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านั้น พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครปฐม ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Pattanasuwanna, 2019) และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษาแบบ prospective multicenter cohort study ในโรงพยาบาลจำนวน 14 แห่งทั่วประเทศไทย ซึ่งพบว่าประสิทธิภาพในการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Kuptniratsaikul *et al.*, 2016) แสดงให้เห็นว่าการให้บริการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสารภีบรรพตนั้นมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะกลางแห่งอื่นในประเทศไทย ทั้งนี้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบเข้มข้น หรือ High intensity ซึ่งเป็นบริการที่มีแค่ในรูปแบบผู้ป่วยในเท่านั้น ผู้ป่วยจะมีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งได้รับการดูแลรักษาที่เข้มข้นน้อยกว่า (คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน, 2562; สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2562)

เมื่อพิจารณาด้านภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคะแนน Barthel ADL Index อย่างมีนัยสำคัญ ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 18.84 เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pattanasuwanna (2019) ที่พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 20.1 เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการบำบัดรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยใน โดยพบการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะมากที่สุด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปอดติดเชื้อ แผลกดทับ ติดเชื้อใน

ทางเดินปัสสาวะ มักพบในผู้ป่วยกลุ่มที่คะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันต่ำ หรือ Barthel ADL Index 0-5 คะแนน ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เป็นหนึ่งในเป้าหมายของ Intermediate care service plan คือการเกิดภาวะแทรกซ้อนใหม่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อยกว่าร้อยละ 20 (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2562) การหาแนวทางลดภาวะแทรกซ้อนจึงมีความสำคัญ เพราะภาวะแทรกซ้อนนั้นถือเป็นข้อห้ามของการบำบัดฟื้นฟู (คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน, 2562) ดังนั้น หากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน จะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียโอกาสที่จะได้รับการบำบัดฟื้นฟู ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูลดลง และทำให้การบำบัดฟื้นฟูล่าช้าขึ้นไปด้วย โดยการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า หากยิ่งฟื้นฟูได้เร็วและระยะเวลาในการฟื้นฟูนั้นมาก ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการรักษานั้นดีกว่ากลุ่มที่ฟื้นฟูช้า และระยะเวลาในการฟื้นฟูน้อยอย่างมีนัยสำคัญ (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2562)

ข้อเสนอแนะ

1) การบันทึกข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ชัดเจน และการประชุมทีมร่วมกัน โดยปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคะแนน Barthel ADL Index ของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับการดูแลระยะกลาง ซึ่งการเก็บข้อมูลในจุดนี้จะเป็นประโยชน์หากต้องการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงคะแนน Barthel ADL Index ของผู้ป่วย

2) การกำหนดนโยบาย วางแผนร่วมกันกับทุกภาคส่วนในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยในกลุ่มนี้ อาจกำหนดเป็นแนวทางส่วนกลางของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันและรับมือกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดที่พบในผู้ป่วยจากการศึกษาครั้งนี้ คือ การติดเชื้อ โดยมีอาการแสดงที่สำคัญคือ ไช้

3) การสร้างความตระหนักในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บไขสันหลัง และการบาดเจ็บศีรษะ โดยการพัฒนาระบบการดูแลคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทุกหน่วยบริการ การเฝ้าระวังและวางแผนมาตรการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ซึ่งต้องใช้ความร่วมมือทั้งในระดับจังหวัดและชุมชนท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา คณาจารย์ และนักเวชสถิติ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ช่วยเหลือและให้คำปรึกษา งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2559). แบบประเมินซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (รวมแบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q) [แบบประเมิน] [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 19 ตุลาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: [https://www.dmh.go.th/test/download/files/20%209Q%208Q%20\(1\).pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/files/20%209Q%208Q%20(1).pdf)
- คณะกรรมการโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู พ.ศ. 2558 – 2559 สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2559). การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://rehabmed.or.th/files/book.pdf>
- คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน. (2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan). สมุทรสาคร: บริษัท บอห์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.
- จเร วิชชาไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และวัชรวิญญู วัชรวิญญู. (2552). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล และอรพิตญา ไกรฤทธิ์. (2561). การประเมินความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ. ราชบัณฑิตยสาร, 41(3), 92-99.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2562). โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care). [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2563]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://hrdo.org/wp-content/uploads/2019/10/รายงานฉบับสมบูรณ์-การประเมินระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง.pdf>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2555). รายงานวิจัย การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การสำรวจแบบวันเดียว. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

- Kuptniratsaikul, V., Wattanapan, P., Wathanadilokul, U. *et al.* (2016). The effectiveness and efficiency of inpatient rehabilitation services in Thailand: a prospective multicenter study. *Rehabilitation Process and Outcome*, 5, 13-18.
- Pattanasuwanna P. (2019). Outcomes of Intermediate Phase Post-Stroke Inpatient Rehabilitation in Community Hospital. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*, 29(1), 8-13.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาครบตามเกณฑ์ ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก

Factors Affecting Complete Treatment of Addiction Patients in Tak Province

ชลอวัฒน์ อินปา* พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์,
อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน,
อ.ว. จิตเวชศาสตร์การเสพติด
พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ** พ.บ., น.บ., รป.ม., ส.ด.,
อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ป้องกัน
คลินิก, อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

Chalawat Inpa* M.D., Dip. Thai Board of Psychiatry,
Dip. Thai Board of Preventive Medicine,
Dip. Thai Board of Addiction Psychiatry
Pisit Sriprasert** M.D., LL.B., M.P.A., D.P.H.,
Dip. Thai Board of Preventive Medicine,
Dip. Thai Board of Family Medicine

* โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital, Tak Province

** สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข Office of The Permanent Secretary, Ministry of Public Health

Received: Nov 11, 2021

Revised: Dec 18, 2021

Accepted: Dec 29, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับ
การบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยยา
เสพติดในจังหวัดตากที่เข้ารับการรักษา ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 1,293 ราย เก็บข้อมูลจากระบบ
การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) กระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
คือ แบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-square
test และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษา
ครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 2 ตัวแปร คือ สถานภาพสมรส
($OR_{adj}=4.26$; 95%CI:1.34-8.02) ยาเสพติดหลักที่ใช้เสพ ได้แก่ ยาบ้า/เฮโรอีน/ไอซ์/เมทาโดน ($OR_{adj}=$
8.18; 95%CI: 2.09-32.06) (2) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ความสมัครใจ ($OR_{adj}=$
2.43; 95%CI:1.14-11.26) วิธีการรักษาด้วยเมทาโดน ($OR_{adj}=5.08$; 95%CI:1.95-13.24) และ (3) ปัจจัย
ด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ยอมรับและช่วยเหลือ
($OR_{adj}=1.02$; 95%CI:1.23-2.26) ทั้งนี้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเป็นการดูแลรักษาที่มีการติดตาม
อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงควรทบทวนและ
พิจารณาให้ความสำคัญถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้า
รับการรักษาครบตามเกณฑ์ ตลอดจนช่วยลดผู้ป่วยยาเสพติดรายใหม่และการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำอีก
ด้วย

คำสำคัญ: ปัจจัยที่ส่งผล, การบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์, ผู้ป่วยยาเสพติด

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate factors affecting complete treatment of drug addicted patients in Tak province. There were 1,293 drug abused persons, selected from the National Drug Addiction Treatment & Rehabilitation System Database, Ministry of Public Health, who were about to receive treatment in 2020. The data retrieved from the record forms had been transferred into this research file. Analyses of the data performed to describe personal statistics, Chi-square test, and multivariate analysis by a multiple logistic regression method. The results demonstrated factors accomplishing the therapy comprised (1) personal factors included: marital status ($OR_{adj}=4.26$; 95%CI:1.34-8.02) and types of drug addicted (methamphetamine/heroin/methadone/ice) ($OR_{adj}=8.18$; 95%CI:2.09-32.06), (2) treatment factors included: voluntary therapeutic ($OR_{adj}=2.43$; 95%CI:1.14-11.26) and treatment with methadone ($OR_{adj}=4.65$; 95%CI:1.70-12.70) and (3) social support factor included acceptable family relationships ($OR_{adj}=1.02$; 95%CI:1.23-2.26). Importantly, the addiction treatment is an ongoing follow-up course. Therefore, the health workers, hospitals and related agencies who provide the therapy have to review and consider the factors influencing voluntary treatment of the patients. All that factors may affect the patients to achieve the treatment, to reduce number of new drug abuses and number of recommenced drug addiction.

Key words: Factors Affecting, Complete Treatment, Drug addicted patients

บทนำ

ยาเสพติดถือเป็นปัญหาระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศและสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหา โดยกำหนดนโยบายการดำเนินงานต่อสถานการณ์ด้านยาเสพติดที่ชัดเจนและจัดตั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการป้องกันและปราบปรามในเชิงรุก-เชิงรับ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ, 2560) นอกจากนี้ ในมิติทางด้านสุขภาพ ยาเสพติดยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของผู้เสพ เนื่องจากยาเสพติดนั้น ออกฤทธิ์โดยตรงกับระบบประสาทและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตประสาท อารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ เป็นต้น ซึ่งถ้าหากประชาชนมีแนวโน้มการเสพยาเสพติดมากขึ้น ก็จะทำให้ประเทศชาติสูญเสียทรัพยากรบุคคลมากยิ่งขึ้นเช่นเดียวกัน (สำเนา นิลบรรพ์ และรัตน์า ดีปัญญา, 2556)

อย่างไรก็ตาม ผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ถูกดำเนินคดีทุกคน นอกจากจะได้รับโทษตามกฎหมายแล้วรัฐบาลยังมีนโยบายให้โอกาสผู้เสพและ/หรือผู้ติดยาเสพติดทุกรายได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่มีคุณภาพมาตรฐานตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 108/2557 ที่ได้ให้โอกาสผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้ง มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเข้ามาปรับระบบการบำบัดรักษาให้มีมาตรฐานอีกด้วย (กระทรวงยุติธรรม, 2561)

จากฐานข้อมูลระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) รายงานว่า จังหวัด

ตามมีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในปีงบประมาณ 2561–2563 จำนวน 2,297 ราย, 2,482 ราย และ 2,427 ราย ตามลำดับ ถือได้ว่าเป็นจังหวัดที่มีอัตราผู้ป่วยยาเสพติดเป็นลำดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 2 รองจากจังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดเพชรบูรณ์ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2563) ซึ่งในระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดนั้น ต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน หากแม้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ ผู้ป่วยย่อมมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี แข็งแรง ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม ตลอดจนมีความพร้อมต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ในขณะที่เดียวกัน หากผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาไม่ครบตามเกณฑ์การรักษาที่กำหนดไว้ ย่อมส่งผลต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยอาจกลับมาเสพยาเสพติดได้อีกครั้ง (วนิดา รตนสุมาวงศ์ และคณะ, 2561) ซึ่งในปีงบประมาณ 2563 จังหวัดตากมีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาไม่ครบตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 40 ในขณะเดียวกัน การศึกษาของบพิธ สนั่นเอื้อ (2560) ยังนำเสนอปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติดประกอบไปด้วย ความรู้ ความตั้งใจ ทักษะ ทักษะการรับมือหรือผู้คนในสังคม การได้รับโอกาสจากสังคม กฎหมาย เจ้าหน้าที่บำบัด การเข้าถึงสถานบริการหรือสถานบำบัด โปรแกรมการบำบัดรักษา เป็นต้น แต่ทว่ายังไม่มีการศึกษาปัจจัยทางคลินิก ดังนั้นจากความสำคัญและปัญหาข้างต้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก ซึ่งจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการบำบัดรักษาและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2563 (วันที่ 1 ตุลาคม 2562–วันที่ 30 กันยายน 2563) จำนวน 2,320 ราย โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่ไม่มีการอ้างอิงตัวบุคคล (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2563) และสำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานั้นได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 1,293 ราย ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเข้า–คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มีสัญชาติไทย มีอายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป และมีข้อมูลในระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่ใช่สัญชาติไทย มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีข้อมูลในระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยสตรีที่ตั้งครรภ์ และผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการบำบัดรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูลซึ่งพัฒนามาจากแบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ประกอบไปด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ยาเสพติดหลักที่ใช้เสพ อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก และประวัติคืออาญาลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ
2. ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษาในอดีต เหตุผลของการเข้ารับการบำบัดรักษาในครั้งนี้ และวิธีการรักษา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ
3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และสัมพันธภาพในชุมชน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมานหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการบำบัดรักษาและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดด้วยสถิติ Chi-square test การวิเคราะห์ค่า Crude odds ratio (OR) และวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regressions) นำเสนอค่า adjusted odds ratio (OR_{adj}) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%CI

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช หมายเลขโครงการที่ 3/2564

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 1,293 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.32 อายุเฉลี่ย 37.70 ปี (S.D.=13.84) สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.87 ยาเสพติดหลักที่ใช้คือ ยาบ้า/เฮโรอีน/ไอซ์/เมทาโดน ร้อยละ 60.94 ส่วนอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก คือ 15-20 ปี ร้อยละ 47.87 ไม่มีประวัติคดีอาญา ร้อยละ 76.49 และพบว่า สถานภาพ ยาเสพติดหลักที่ใช้เสพติดและอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติด

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	การบำบัดรักษา				χ^2	p-value
			ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์			
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ							0.72	0.39
ชาย	1,142	88.32	993	86.95	149	13.05		
หญิง	151	11.68	135	89.40	16	10.60		
2. อายุ							4.61	0.18
18 – 34 ปี	565	43.69	503	89.02	62	10.98		
35 – 59 ปี	645	49.88	560	86.82	85	13.18		
60 ปีขึ้นไป	83	6.12	72	86.74	11	13.26		
Mean= 37.70, S.D.=13.84, Min=18, Max=86								
3. สถานภาพสมรส							10.25	0.01*
โสด	544	42.07	489	89.88	55	10.12		
คู่	606	46.87	514	84.81	92	15.19		
หย่าร้าง/หม้าย	90	6.96	75	83.33	15	16.67		
แยกกันอยู่	53	4.10	50	94.33	3	5.67		
4. ยาเสพติดหลักที่ใช้							4.60	0.01*
ยาบ้า/เฮโรอีน/ ไอซ์/เมทาโดน	788	60.94	700	88.83	88	11.17		
ฝิ่น/กัญชา	505	39.06	428	84.75	77	15.25		

*p-value<0.05

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติด (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	การบำบัดรักษา				χ^2	p-value
			ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์			
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
5. อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก							13.48	0.00*
ต่ำกว่า 15 ปี	238	18.41	209	87.81	29	12.19		
15 – 20 ปี	619	47.87	558	90.14	61	9.86		
21 – 35 ปี	325	25.14	267	82.15	58	17.85		
36 – 60 ปี	108	8.35	92	85.18	16	14.82		
61 ปีขึ้นไป	3	0.23	2	66.66	1	33.34		
6. ประวัติคดีอาญา							2.34	0.12
มี	304	23.51	273	89.80	31	10.20		
ไม่มี	989	76.49	855	86.45	134	13.55		

*p-value<0.05

สำหรับข้อมูลปัจจัยด้านการบำบัดรักษา พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดส่วนมากมีประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษาในอดีต ร้อยละ 51.82 โดยเหตุผลที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ คือ สิ้นใจ ร้อยละ 67.44 และส่วนใหญ่ไม่มีการรักษา ร้อยละ 55.76 โดยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบำบัดรักษาและการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษาในอดีต เหตุผลที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ และวิธีการรักษา ดังตารางที่ 2

สำหรับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ยอมรับและช่วยเหลือ ร้อยละ 57.46 และมีสัมพันธภาพในชุมชน คือ อยู่ร่วมกันได้ ร้อยละ 55.68 โดยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มี

จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและสัมพันธภาพในชุมชนตามตารางที่ 3

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพสมรสพบว่าส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาถึง 4.26 เท่าของผู้ที่มีสถานภาพโสด (95%CI:1.34-8.02) และยาเสพติดหลักที่ใช้เสพติด ได้แก่ ยาบ้า/เฮโรอีน/ไอซ์/เมทาโดน ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษา 8.18 เท่า (95%CI:2.09-32.06) (2) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ความสมัครใจ ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาถึง 2.43 เท่า (95%CI:1.14-11.26) วิธีการรักษาด้วยเมทาโดน ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาถึง 5.08 เท่า (95%CI:1.95-13.24) และ (3) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ยอมรับและช่วยเหลือ ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาถึง 1.02 เท่า (95%CI:1.23-2.26) ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบำบัดรักษาและการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติด

ปัจจัย ด้านการบำบัดรักษา	จำนวน	ร้อยละ	การบำบัดรักษา				χ^2	p-value
			ครบ		ไม่ครบ			
			ตามเกณฑ์		ตามเกณฑ์			
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษาในอดีต							9.52	0.00*
มี	670	51.82	566	84.47	104	15.53		
ไม่มี	623	48.18	562	90.20	61	9.80		
2. เหตุผลที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้							34.93	0.00*
สมัครใจ	872	67.44	792	90.82	80	9.18		
การจัดระเบียบสังคม	347	26.84	276	79.53	71	20.47		
การดำเนินการทางกฎหมาย	74	5.72	60	81.08	14	18.92		
3. วิธีการรักษา							274.99	0.00*
ไม่มี	721	55.76	679	94.17	42	5.83		
เมทาโดน	450	34.80	396	88.00	54	12.00		
การประคับประคอง	18	1.39	3	16.66	15	83.34		
รักษาอาการจิตเวช	55	4.25	34	61.81	21	38.19		
รักษาโรคทางกาย	49	3.79	16	32.65	33	67.35		

*p-value<0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติด

ปัจจัยด้าน การสนับสนุน ทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ	การบำบัดรักษา				χ^2	p-value
			ครบ		ไม่ครบ			
			ตามเกณฑ์		ตามเกณฑ์			
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. สัมพันธภาพในครอบครัว							808.75	0.00*
ไม่มีญาติ	56	4.33	15	26.78	41	73.22		
ไม่ยอมรับ	147	11.37	38	25.85	109	74.15		
ยอมรับ/ช่วยเหลือ	743	57.46	736	99.00	7	1.00		
อยู่ร่วมกันได้	347	26.84	339	97.69	8	2.31		
2. สัมพันธภาพในชุมชน							808.68	0.00*
ไม่ยอมรับ	203	15.70	53	26.10	150	73.90		
ยอมรับ/ช่วยเหลือ	370	28.62	368	99.45	2	0.55		
อยู่ร่วมกันได้	720	55.68	707	98.19	13	1.81		

*p-value<0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติด วิเคราะห์แบบ
Multiple Logistic Regression

ปัจจัย	Crude OR	95%CI	p-value	OR _{adj}	95%CI	p-value
1. ปัจจัยส่วนบุคคล						
1.1 สถานภาพสมรส						
คู่	1.48	1.25-2.36	0.01*	4.26	1.34-8.02	0.00*
หย่าร้าง/หม้าย	0.89	0.47-1.59	0.75	2.48	0.25-11.36	0.51
แยกกันอยู่	2.76	0.89-9.76	0.08	2.35	0.45-15.26	0.37
โสด				1		
1.2 ยาเสพติดหลักที่ใช้เสพ						
ยาบ้า/เฮโรอีน/ไอซ์/ เมทาโดน	1.43	1.03-1.99	0.03*	8.18	2.09-32.06	0.00*
ฝิ่น/กัญชา				1		
1.3 อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก						
61 ปีขึ้นไป	0.28	0.02-3.32	0.31	3.86	0.00-30.34	0.72
36-60 ปี	0.81	0.38-1.74	0.59	1.05	0.23-4.77	0.94
21-35 ปี	0.65	0.35-1.20	0.16	1.52	0.45-5.15	0.49
15-20 ปี	1.25	0.69-2.25	0.46	1.04	0.38-2.90	0.93
ต่ำกว่า 15 ปี				1		
2. ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา						
2.1 ประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษาในอดีต						
มี	0.59	0.42-0.83	0.002*	0.73	0.37-1.46	0.37
ไม่มี				1		
2.2 เหตุผลที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้						
สมัครใจ	3.45	0.84-12.52	<0.001*	2.43	1.14-11.26	0.00*
การดำเนินการทาง กฎหมาย	1.25	0.23-0.81	<0.001*	3.46	0.21-3.14	0.35
การจัดระเบียบทางสังคม				1		
2.3 วิธีการรักษา						
เมทาโดน	0.45	0.30-0.69	<0.001*	5.08	1.95-13.24	0.01*
การประคับประคอง	0.01	0.01-0.04	<0.001*	0.29	0.01-8.53	0.47
รักษาอาการจิตเวช	0.10	0.05-0.19	<0.001*	3.70	1.05-13.01	0.05
รักษาโรคทางกาย	0.30	0.02-0.06	<0.001*	3.33	0.98-11.36	0.05
ไม่มี				1		

*p-value<0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาครอบครัวตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติด วิเคราะห์แบบ
Multiple Logistic Regression (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR	95%CI	p-value	OR _{adj}	95%CI	p-value
3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม						
3.1 สัมพันธภาพในครอบครัว						
ยอมรับและช่วยเหลือ	0.42	0.12-1.52	<0.001*	1.02	1.23-2.26	<0.001*
อยู่ร่วมกันได้	0.52	0.01-1.69	<0.001*	0.98	2.48-2.97	0.52
ไม่มีญาติ	0.37	0.16-1.65	0.07	0.46	1.12-1.35	0.71
ไม่ยอมรับ				1		
3.2 สัมพันธภาพในชุมชน						
ยอมรับ/ช่วยเหลือ	1.29	1.16-3.52	0.01*	2.26	2.76-8.92	0.06
อยู่ร่วมกันได้	1.36	0.85-1.26	0.40	2.46	1.25-3.25	0.10
ไม่ยอมรับ				1		

*p-value<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยร่วมกับครอบครัวที่มีบิดามารดานั้น ครอบครัวย่อมคอยให้ความช่วยเหลือและกำลังใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิตา หิรัญเทพ และคณะ (2556) ที่พบว่า การแสดงความห่วงใยและการให้โอกาสจากบุคคลในครอบครัว การปฏิบัติและแสดงความรู้สึกในการสนับสนุนให้หยุดเสพยาเสพติดจะทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาและคงสภาพการเป็นผู้ไม่เสพยาเสพติดซ้ำได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด หรือมีปัญหาในครอบครัว เช่น การหย่าร้าง ย่อมอาจขาดกำลังใจและการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาได้

สำหรับยาเสพติดหลักที่ใช้เสพ ได้แก่ ยาบ้า/เฮโรอีน/ไอซ์/เมทาโดน ยาเสพติดกลุ่มนี้เป็นยาเสพติดประเภท 1 และ 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งเป็นยาเสพติดสังเคราะห์ มีผลกระทบการทำงานของเซลล์สมองให้มีอาการตื่นตัว จนอาจเกิดอาการหลอนประสาทได้ อีกทั้งยาเสพติด

ประเภทนี้ สามารถเข้าถึงได้ง่ายในพื้นที่ชายแดนและสามารถตรวจพบได้ ดังนั้นผู้ป่วยยาเสพติดจึงต้องเข้ารับการบำบัดรักษาให้ครบตามเกณฑ์และมาตรฐานของสถานพยาบาลหรือหน่วยบำบัด (ศุภฤกษ์ นาคติติก, 2563) นอกจากนี้ผู้ป่วยยาเสพติดที่เคยเสพยาเสพติดประเภทนี้ ยังมีโอกาสที่จะกลับไปเสพยาซ้ำ รวมทั้งเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ได้ (ไพพรรณ พิทยานนท์ และคณะ, 2544) ดังนั้นจึงควรให้การบำบัดรักษาตามเกณฑ์อย่างเข้มงวด

ประเทศไทยได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจบำบัด (Voluntary system) ซึ่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนชุมชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบการบำบัดรักษาจะได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานที่ดีในสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ (กัลยาณี สุเวทเวทิน และคณะ, 2561) จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษา อีกทั้งนโยบายของภาครัฐบาลที่นำเสนอว่า ผู้ติดยาเสพติดทุกรายต้องได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยยึดหลัก “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” จึงทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษาในระบบมากขึ้น (กระทรวงยุติธรรม, 2561)

ในส่วนของวิธีการรักษา พบว่าวิธีการรักษาด้วยเมทาโดนยังส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาสูงถึง 5.08 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร สุวรรณมาโจ และคณะ (2562) ที่พบว่า การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนทดแทนระยะยาว เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาภายใต้แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และเป็นนโยบายระดับชาติของประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2556 โดยกำหนดให้นำมาตรการวิธีการรักษาด้วยเมทาโดนมาใช้ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดรุนแรงที่ยังไม่สามารถเลิกได้และมีพฤติกรรมเสพติดที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวเป็นวิธีการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์และยังมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบการรักษาของสถานพยาบาลอีกด้วย

ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ยอมรับและช่วยเหลือส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งอธิบายได้ว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อการจูงใจให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา โดยบทบาทของครอบครัวจะช่วยประคับประคองแก่สมาชิก (อารี สุภาวงศ์, 2559) ในกรณีที่ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ครอบครัวจะทำหน้าที่ในการให้กำลังใจและมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถดูแลตนเองได้ ในขณะเดียวกัน หากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี หรือครอบครัวไม่สามารถให้การสนับสนุนผู้ป่วยได้ ย่อมส่งผลต่อประสิทธิผลในการรักษาเช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเป็นภารกิจและการดำเนินงานที่ต้องใช้ระยะเวลา ยาวนานและต่อเนื่อง การช่วยให้สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถวางแผนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาได้ครบตามเกณฑ์ ตลอดจนสามารถออกแบบโปรแกรมการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและจูงใจและเสริมพลังให้ครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยยาเสพติดเกิดการยอมรับในตัวของผู้ป่วยต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสาธารณสุข สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดสามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ ไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้ารับการรักษาระบบของสถานพยาบาลได้ครบตามเกณฑ์ ตลอดจนพิจารณาให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งต้องมีการจูงใจและเสริมพลังให้ครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยยาเสพติดเกิดการยอมรับในตัวของผู้ป่วย อันจะช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้ครบตามเกณฑ์ ตลอดจนช่วยลดปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดรายใหม่และการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำอีกด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งถัดไป

1. การศึกษาแบบย้อนหลังนี้ อาจทำข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่ถูกบันทึกในระบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์
2. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อทำความเข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดในเชิงลึก
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยและตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด เช่น สถานภาพของบิดามารดา พฤติกรรมส่วนบุคคล สุขภาพจิตของผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน ระยะทางในการเดินทางมารับการบำบัดรักษา ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา เงื่อนไขทางศาสนาและทัศนคติต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ บุคลากรศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ที่ให้การช่วยเหลือและให้คำปรึกษาด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงยุติธรรม. (2561). ประกาศ คณะรักษาความสงบแห่งชาติ. ฉบับที่ 108/2557 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://www.moj.go.th/view/50143>
- กัลยาณี สุธเวทิน, สัมมนา มูลสาร และธีรพร สุภาพันธุ์. (2561). สภาพการณ์การบำบัดผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ด้วยระบบสมัครใจบำบัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ. ศรีนครินทร์เวชสาร, 33(6), 580-588.
- ธนิศา หิรัญเทพ, อุมาพร อุดมทรัพย์กุล และธณชัย คงสกันธ์. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำ ในผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(2), 157-164.
- บพิธ สนั่นเอื้อ. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการอยู่ครบกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษา: ผู้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบังคับบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดประยุกต์ โรงพยาบาลบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/postdoc/20171016143538.pdf>
- ไพพรรณ พิตยานนท์, กัลยา ขาวพวง, กัลยา ธรรมคุณ และคณะ. (2544). การติดตามผู้ป่วยเสพยาเสพติดผิงขาว ภายหลังการบำบัดรักษาชั้นถอนพิษยา. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์, 15(1), 43-54.
- วนิดา รัตนสุมาวงศ์, รัศมี กัลยาณศิริ และพิชัย แสงชาญชัย. (2561). ทฤษฎีของพฤติกรรมเสพยาเสพติดและข้อ ถกเถียงที่มีในปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63(3), 295-306.
- ศุภฤกษ์ นาคคิลก. (2563). อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สยช.). วารสารวิชาการเสพยา, 6(1), 47-58.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2563). จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดรักษา จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2563 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://antidrugnew.moph.go.th/ONCBReports>
- สมพร สุวรรณมาโจ, ดวงใจ ดวงฤทธิ์, ณัฐธินิชา คมกล้า, วราพร พัฒนะโชติ และอุไรวรรณ สถาพร. (2562). ปัจจัยทำนายในการคงอยู่ในระบบระยะเวลา 1 ปี ของผู้บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวในคลินิกเมทา โดอน ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. วารสารกรมการแพทย์, 44(4), 119-124.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. (2560). รายงานสำรวจพืชเสพติดใน ประเทศไทย [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://www.oncb.go.th/ncsmi/doc3/รายงานพืชเสพติดรวม5051.pdf>
- สำเนา นิลบรรพ์ และรัตนา ดีปัญญา. (2556). กระบวนการเสพยา ผลกระทบต่อสุขภาพและครอบครัวของผู้เสพ ไอซ์. วารสารวิชาการเสพยา, 1(1), 15-31.
- อารี สุภาวงศ์. (2559). ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดแบบ ประยุกต์ โรงพยาบาลทุ่งสง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 36(พิเศษ), 160-170.

