



วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
THE OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND CONTROL 9 NAKHON RATCHASIMA JOURNAL



ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 เดือน มิถุนายน – กันยายน 2565

(Volume 28 Number 3 June – September 2022) ISSN 0859-1083

- ถอดบทเรียนความสำเร็จในการจัดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย ปี พ.ศ.2564
- ภาวะเครียดจากการทำงานในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย
- ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจังหวัดสุรินทร์ ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19
- การประเมินผลความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทย ในเขตสุขภาพที่ 9 ประจำปี 2563
- อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ เจ็บปื้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2564
- สัดส่วนของผู้ที่มีผลภาพถ่ายรังสีผิดปกติตามระบบ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses ในกลุ่มผู้ทำงานสัมผัสฝุ่นหินทรายและแร่ใยหิน ข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังโรคนิวโมโคนิโอสิสในเขตสุขภาพที่ 9
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2562
- ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคน เพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ: กรณีศึกษาบ้านโพธิ์สง่า ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี



วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 9 และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
อ.เมือง จ.นครราชสีมา
โทร. 044-212900 ต่อ 312
โทรสาร 044-218018
E-mail : Journaldpc9@gmail.com
Website <http://www.odpc9.org>

ที่ปรึกษา

1. ศ.นพ.ธีระ รามสูต
2. นพ.กฤษฎา มโหทาน

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.สุเมธ องค์กรวัฒนดี

บรรณาธิการ

นพ.มานิต คงแป้น

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางญาดา โตอุดมขันธ์

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวศิริรัตน์ สีขุนทด
2. นางสาวกรรณิกา บัวทะเล
3. นางสาวฉัตรสุดา ลัดสูงเนิน

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. ศ.เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูต สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
2. รศ.อรุณ จิรวินกุล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. รศ.ดร.โยธิน แสงวงศ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รศ.ดร.มณฑา เก่งการพาณิชย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผศ.ดร.เชษฐา งามจรัส มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศีลาวรรณ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รศ.ดร.จรัมพร แก้วก๊วย มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ผศ.ดร.หนึ่งพิศ ขอบกลาง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร นักวิชาการอิสระ
10. ผศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. ผศ.ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
12. ดร.ชัยยา นรเคขานนท์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
13. ผศ.ดร.ฐารวี ชันสำโรง มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
14. ผศ.ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. นพ.เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ นักวิชาการอิสระ
16. นางอัญญา ประศาสน์วิทย์ นักวิชาการอิสระ
17. ผศ.ดร.อักษรา ทองประชุม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
18. อ.ดร.ศิวาพร มหาทำนุโชค มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. พญ.เพชรวรรณ พิงรัมย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. นพ.วีรวัฒน์ มโนสุทธิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. นางนันทนา แท้ประเสริฐ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.

กำหนดออกเผยแพร่

- 3 ฉบับ
ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม - มกราคม
ฉบับที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม
ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน - กันยายน

จำนวน

30 เล่ม

พิมพ์ที่

หจก.เลิศศิลป์ สาส์ณ โฮลดิ้ง
336 ถ.สุรนารี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000
โทรศัพท์ 044-252883



วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง
เผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ศึกษาได้จากคำแนะนำ
สำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านท้ายของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
จังหวัดนครราชสีมา ทุกฉบับทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงาน
การวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำ และบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการ
อื่น ๆ ได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา Website <http://www.odpe9.org>



สารบัญ / Content

ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน - กันยายน 2565

1. ถอดบทเรียนความสำเร็จในการจัดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 Lesson Learned on Managing the Cluster of Corona 2019 Nakhon Ratchasima Provincial Health Office, Thailand, 2021 อารีย์ เชื้อเดช*	5
2. ภาวะเครียดจากการทำงานในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย Work-related Stress during the Crisis of COVID-19 Pandemic among Personnel of Sub-district Health Promoting Hospitals in Border Area of Chiang Rai Province แอนนิชชา สิงห์คะนน และ ชีระวุธ ธรรมกุล*	16
3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจังหวัดสุรินทร์ ในช่วงวิกฤต โรคโควิด-19 Factors Affecting Burnout Syndrome of Pharmacists and Pharmaceutical Assistants in Surin Province During COVID-19 Crisis ยุรณีย์ เกียรติคุณรัตน์ และ ชีระวุธ ธรรมกุล*	25
4. การประเมินผลความรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทยในเขตสุขภาพที่ 9 ประจำปี 2563 An Evaluation of Health Literacy in Prevention, Control Disease and Health Hazard of the Thai People, in the 9 Regional Health in 2020 เบญจมาศ อุณรัตน์*, พรพรรณรัตน์ เป็นสุข และ จันทกานต์ วลัยเสถียร	35
5. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการในคลินิกโรคระบบ ทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2564 The Incidence and Factors Associated of Coronavirus Disease 2019 among Patients in Acute Respiratory Illness Clinic, the Office of Disease Prevention and Control 4 Saraburi, 2021 ธนวุธ กาฬภักดี และ สุชาญวัชร สมสอน*	45
6. สัดส่วนของผู้ที่มีผลภาพถ่ายรังสีผิดปกติตามระบบ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses ในกลุ่มผู้ทำงานสัมผัสฝุ่นหินทรายและแร่ใยหิน ข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวัง โรคนิวโมโคโนโอสิส ในเขตสุขภาพที่ 9 The proportion of people with abnormal radiographic results according to the ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses system in the Region 9 Public Health exposed to sandstone dust and asbestos data from the Pneumoconioses Surveillance System ภรณ์ทิพย์ พิมดา* และ ธรรมรัตน์ แสงดี	52
7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2562 Factors Associating with the Prevention Road Traffic Accident among Performance of District Officer, the 9 th Health Region, 2019. มานะชัย สุธรรมย์*	61
8. ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคนเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ: กรณีศึกษาบ้านโพธิ์สง่า ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี Knowledge and Perceptions on Dementia in Middle-Age Adults for Elderly Preparation: A Case Study in Ban Pho Sa-nga, Tha Pho Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province อรทัย พรหมแก้ว*, จิตติมา จันทะสาร, จุฑามาศ แก้วบุญเรือง และ เจนจิรา สมยา	71



บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินงานเผยแพร่เข้าสู่ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 (เดือนมิถุนายน – กันยายน) ปี พ.ศ. 2565 ยังคงมุ่งเน้นสร้างองค์ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับผู้อ่านโดยนำเสนอบทความทางวิชาการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ วิจัยเชิงปริมาณ วิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ รวมถึงโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รายงานการสอบสวนโรค เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยฉบับนี้กองบรรณาธิการคัดสรรบทความที่มีคุณภาพและน่าสนใจ เพื่อนำเสนอแก่ผู้อ่าน เพื่อให้วารสารฉบับนี้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและภัยคุกคามสุขภาพทุกมิติ ตัวอย่างบทความเช่น การถอดบทเรียนความสำเร็จในการจัดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การประเมินผลความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทย ในเขตสุขภาพที่ 9, ภาวะเครียดจากการทำงานในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

กองบรรณาธิการขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับผู้พิมพ์ทุกท่านที่ส่งบทความวิชาการมาเผยแพร่ และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่โดยการ Submissions Online ผ่านทางเว็บไซต์ <http://odpc9.ddc.moph.go.th/Research/research.html> หากมีข้อเสนอแนะประการใดเพื่อปรับปรุงวารสารให้ดียิ่งขึ้น ขอได้โปรดแจ้งทางกองบรรณาธิการยิ่งไปกว่านั้นกองบรรณาธิการขอแสดงความขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจ และเลือกอ่านบทความวิชาการในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าข้อเสนอแนะของท่านมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพบทความ ทำนุขอบพระคุณผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ กองบรรณาธิการรู้สึกภูมิใจและเป็นเกียรติอย่างยิ่ง หากเนื้อหาในบทความวิชาการนี้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับประชาชนต่อไป

นายแพทย์มานิต คงแป้น
บรรณาธิการ



ถอดบทเรียนความสำเร็จในการจัดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย ปี พ.ศ.2564

Lesson Learned on Managing the Cluster of Corona 2019

Nakhon Ratchasima Provincial Health Office, Thailand, 2021

อารีย์ เชื้อเดช*

Aree Chueadet*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Nakhon Ratchasima Provincial Public Health

*Corresponding author: areecheadet@gmail.com

(Received: March 23, 2022; Accepted: May 16, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินการควบคุมการระบาด ปัญหา และอุปสรรค ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการจัดการการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดำเนินการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 จำนวน 12 คน ดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อใช้ถอดบทเรียนด้วยการศึกษาย้อนหลังจากการปฏิบัติการที่ผ่านมาแล้ว (After Action Review : AAR) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) การระบาดเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินภายใต้คำสั่งของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ทีมปฏิบัติการควบคุมโรคมีทีมพี่เลี้ยง (Covid Manager) ระดับจังหวัดให้คำปรึกษา ปฏิบัติงานร่วมกับทีมบูรณาการ จัดทีมด้านการสื่อสารข้อมูลให้ประชาชนรับทราบข้อเท็จจริงผ่านสื่อต่างๆ 2) ปัญหา และอุปสรรค คือ บุคลากรขาดทักษะการสอบสวนโรคและการจัดการระบาดเป็นกลุ่มก้อน บุคลากรที่มีทักษะมีจำนวนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยปกปิดข้อมูลทำให้ค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงไม่ครอบคลุม และพบปัญหาข่าวปลอมลงสื่อต่างๆ ทำให้ประชาชนตื่นตระหนก 3) ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จ คือ ความร่วมมือสามัคคีระหว่างภาคประชาชน ภาครัฐและภาคเอกชน มุ่งมั่นในการปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด มีระบบบัญชาการโดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดที่มีการติดตาม สั่งการอย่างต่อเนื่องรวดเร็ว และระบบการควบคุมโรคมีทีมพี่เลี้ยง (Covid Manager) ระดับจังหวัด ปฏิบัติงานร่วมกับทีมควบคุมโรคระดับอำเภอ

คำสำคัญ : การระบาดเป็นกลุ่มก้อน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ถอดบทเรียน

Abstract

This qualitative research aimed to study lesson learned on Managing the Cluster of Corona 2019, Nakhon Ratchasima Health Provincial, of April 2021's wave, was conducted in the form of qualitative research with the aim of studying cluster control process, problems and obstacles, factors affecting the effectiveness of controlling the cluster of Corona 2019, and synthesizing a management model for the cluster of Corona 2019. The sample group consisted of 12 personnel who performed operations on the controlling cluster of Corona 2019 in April 2021's wave selected by using purposive sampling. The research was conducted using in-depth interviews. The research tool was open-ended questions for reproducing lessons through After Action Review (AAR). The obtained data was

analyzed by using content analysis. The results were as follows: The results could be concluded based on research objectives as follows: 1) For the cluster control process, pandemic situations have occurred rapidly and the cluster control process has led to learning from actual operations, response to emergency situations under the command of the Committee of Provincial Communicable Disease, consulting and co-operation given by the COVID Manager to the cluster control team, and the establishment of a team to communicate information and factors to general people via various kinds of media; 2) Problems and obstacles were the lack of skills in investigation and cluster management of personnel, an insufficient number of skillful personnel, the concealment of patients hindering personnel from searching for high-risk contact extensively, and fake news making general people panic; 3) Factors affecting to effectiveness were cooperation and unity among public sector, government agencies, and private sector, compliance with measures defined by government sector, command system for responding to emergency situation via Committee of Provincial Communicable Disease with consecutive monitoring, commanding, and measures to obtain rapid compliance, and co-operation given by provincial COVID Manager to district cluster control team.

Keywords: Cluster, Corona of 2019, Lesson learned

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ส่งผลให้มีผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern : PHEIC) (WHO. 2020) และประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับโลก พบผู้ป่วยสะสมรวมมากกว่า 176 ล้านคน ในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสะสมจากการระบาดระลอกเมษายน 2564 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 – 14 มิถุนายน 2564 จำนวน 170,401 ราย การระบาดเป็นกลุ่มก้อนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนใหญ่พบในโรงงาน สถานประกอบการ และแคมป์ก่อสร้าง พบผู้ป่วยเสียชีวิต 1,372 ราย อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 0.81 สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา พบการระบาดระลอกแรกเมื่อ 13 มีนาคม 2563 มีผู้ป่วย 19 ราย ไม่พบการเสียชีวิต การระบาดเชื่อมโยงกับสถานบันเทิงและสนามมวย วันที่ 22 ธันวาคม 2563 จังหวัดนครราชสีมา พบการระบาดระลอกสอง ผู้ป่วยรายแรกมีความเชื่อมโยงกับตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร และเดินทางมาจากพื้นที่จังหวัดควบคุมสูงสุดและเข้มงวด 13 ราย ไม่พบการเสียชีวิต การระบาดระลอกเมษายน 2564 มีความรุนแรงและมีความชุกสูงกว่า 2 ระลอกที่ผ่านมา ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน – 15 มิถุนายน 2564 พบผู้ป่วย 994 ราย เสียชีวิต 13 ราย⁽¹⁾ พบผู้ป่วยกลุ่มแรกวันที่ 7 เมษายน 2564 ผู้ป่วยมีประวัติเข้าไปใช้บริการในสถานบันเทิง ร่วมกับช่วงเวลาที่ประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนาในวันหยุดสงกรานต์ มีงานบุญงานประเพณี การพนัน งานเลี้ยงสังสรรค์ และโรงงานขนาดใหญ่ที่มีพนักงานจำนวนมาก กระจายอยู่หลายอำเภอ การควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนแต่ละเหตุการณ์ใช้กระบวนการควบคุมโรคที่มีความแตกต่างกัน จังหวัดนครราชสีมาสามารถควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนได้ โดยมาตรการต่าง ๆ ที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดดำเนินการ ปิดพื้นที่เสี่ยง ปิดโรงงานเพื่อปรับปรุงและทำความสะอาด กักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และการตรวจค้นหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถควบคุมการระบาดได้ภายในระยะเวลา 14 – 24 วัน มี 1 เหตุการณ์จากการไปเที่ยวสถานบันเทิงย่านเยาวราช กรุงเทพมหานคร แล้วกลับมาเที่ยวสถานบันเทิงในจังหวัดนครราชสีมา ทำให้เกิดการระบาดกระจายในสถานบันเทิงหลายแห่งในจังหวัดนครราชสีมา การระบาดกระจายไป 2 อำเภอ ใช้เวลานานถึง 42 วัน



จึงสามารถควบคุมการระบาดได้ การระบาดที่ผ่านมาจังหวัดนครราชสีมาสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ภายใน 21 - 28 วัน มีเพียง 1 เหตุการณ์ ที่ไม่สามารถควบคุมการระบาดได้ตามเกณฑ์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถอดบทเรียนความสำเร็จในการจัดการการระบาดเป็นกลุ่มก้อน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กระบวนการศึกษาย้อนหลังจากการปฏิบัติการที่ผ่านมาแล้ว (After Action Review : AAR) สอบถามความคิดเห็นจากผู้ให้สัมภาษณ์ที่มีบทบาทหน้าที่จัดการการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยนำหลักการบริหารงาน 4 M เข้ามาร่วมในการศึกษากระบวนการ ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และสังเคราะห์รูปแบบการจัดการการระบาดเป็นกลุ่มก้อน เพื่อนำไปใช้ในการจัดการการระบาดเป็นกลุ่มก้อนให้มีประสิทธิภาพ และควบคุมการระบาดได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 จังหวัดนครราชสีมา
4. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบของการจัดการการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา

นิยามศัพท์

การระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง การเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นกลุ่มก้อน (cluster) ตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป ในสถานที่เดียวกัน และช่วงสัปดาห์เดียวกันโดยมีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์บุคลากรที่ปฏิบัติงานควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 จำนวน 12 คน ประกอบด้วย 1) ประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนครราชสีมา 1 คน 2) เลขานุการคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนครราชสีมา 1 คน 3) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนครราชสีมา 1 คน 4) คณะอนุกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด 1 คน 5) ประธานคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) 1 คน 6) คณะกรรมการโรคติดต่อระดับอำเภอ 1 คน 7) ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด 3 คน 8) หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเหตุการณ์ และกระบวนการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 ของบุคคลที่มีหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) แนวทางสัมภาษณ์ศึกษาย้อนหลังจากการปฏิบัติการที่ผ่านมาแล้ว (After Action Review: AAR) และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบมีโครงสร้างเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 8 ข้อหลัก 3) แบบรายงานการสอบสวนโรครายบุคคล และแบบติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ผู้วิจัยสร้างแนวทางสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แนวทางการสังเกต นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบการใช้ภาษา และความตรงของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ทดลองใช้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระดับจังหวัด 5 ราย ระดับอำเภอ 5 ราย นำมาพิจารณาปรับปรุง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความชัดเจน

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอคำยินยอมของผู้ให้ข้อมูลตามแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์และยินยอมเข้าร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ระหว่างสัมภาษณ์มีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม จดบันทึก บันทึกเสียง และบันทึกภาพ แบ่งการสัมภาษณ์เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล 6 คน โดยใช้แนวทางสัมภาษณ์ ประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หรือจนกว่าผู้ให้ข้อมูลจะสิ้นสุดการให้ข้อมูล พร้อมทั้งสังเกตตามแนวทางการสังเกตและ จดบันทึก สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมในรายที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ชัดเจน โดยนัดสัมภาษณ์อีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูลให้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่เกิดขึ้นทุกวัน โดย ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยวิธีแบบสามเส้า (Triangulation) โดยการตรวจสอบด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) ซึ่งจะต้องมีข้อมูลที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย (ได้รับการอบรมและฝึกทักษะการเป็นนักวิจัยเชิง คุณภาพ) และตรวจสอบด้านข้อมูล (Data triangulation) หากพบว่าไม่มีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์จะนัดสัมภาษณ์อีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในวันต่อไปจนครบถ้วน 2) การสนทนากลุ่ม (Focus group) ทดสอบปฏิบัติการสอบสวนควบคุม โรคติดต่อระดับจังหวัด ระดับอำเภอ 6 คน โดยใช้แนวทางสัมภาษณ์ ประมาณ 3 ชั่วโมง หรือจนกว่าผู้ให้ข้อมูลจะสิ้นสุด การให้ข้อมูล พร้อมทั้งสังเกตตามแนวทางการสังเกตและจดบันทึก สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมในรายที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ชัดเจน โดยนัดสัมภาษณ์อีกครั้ง 3) รวบรวมเหตุการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 และผลการสอบสวนโรคผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายงานการสอบสวนโรครายบุคคล และการติดตาม ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 มิถุนายน 2564 ถึง 31 กรกฎาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูล กระบวนการควบคุมโรค ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความ สำเร็จในการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวบรวมข้อมูลทั้งหมด กำหนดหมวด หมู่วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป 2) สังเคราะห์กระบวนการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่ม ก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์โดยใช้ Diagram Analysis 3) วิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะของประชากร ผู้ให้ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม สามารถสรุปผลการศึกษา ดังนี้

1. มาตรการและกระบวนการในการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอก เมษายน 2564 จังหวัดนครราชสีมา พบว่าเหตุการณ์สถานบันเทิงที่มีการร่วมสังสรรค์ พบผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด จำนวน 102 คน ใช้ระยะเวลาควบคุมการระบาดนานที่สุดจำนวน 42 วัน และเหตุการณ์ระบาดที่โรงงาน เนื่องจากสถานที่แออัด พบผู้สัมผัสเสี่ยงสูงมากที่สุด จำนวน 316 คน (ตารางที่ 1) และมีกระบวนการควบคุมการระบาดโดยโรงพยาบาลที่ตรวจ RT-PCR เมื่อผลบวกจะโทรศัพท์แจ้งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา และแจ้งงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา ทดสอบปฏิบัติการสอบสวนโรคจังหวัดนครราชสีมา ลงสอบสวนโรคและควบคุมการระบาดของโรค ประสาน ผู้นำท้องถิ่น ชุมชน สถานประกอบการเพื่อค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ดำรวจสิ่งแวดล้อม กำหนดมาตรการเพื่อป้องกันการ แพร่เชื้อ (แผนภาพที่ 1)

2. ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 จังหวัดนครราชสีมา วิเคราะห์ตามหลักการบริหารงาน 4 M ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านคน (Man) บุคลากรระดับอำเภอ ขาดทักษะและประสบการณ์การสอบสวนโรค ในการจัดการ เมื่อเกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลทางระบาดวิทยา นำมาวางแผนเพื่อควบคุมการระบาด



บุคลากรทุกหน่วยงานมีความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงานต่อเนื่องมานานหลายเดือน ขาดขวัญกำลังใจ

2.2 ด้านงบประมาณ (Money) ไม่พบปัญหา ได้รับการสนับสนุนทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน

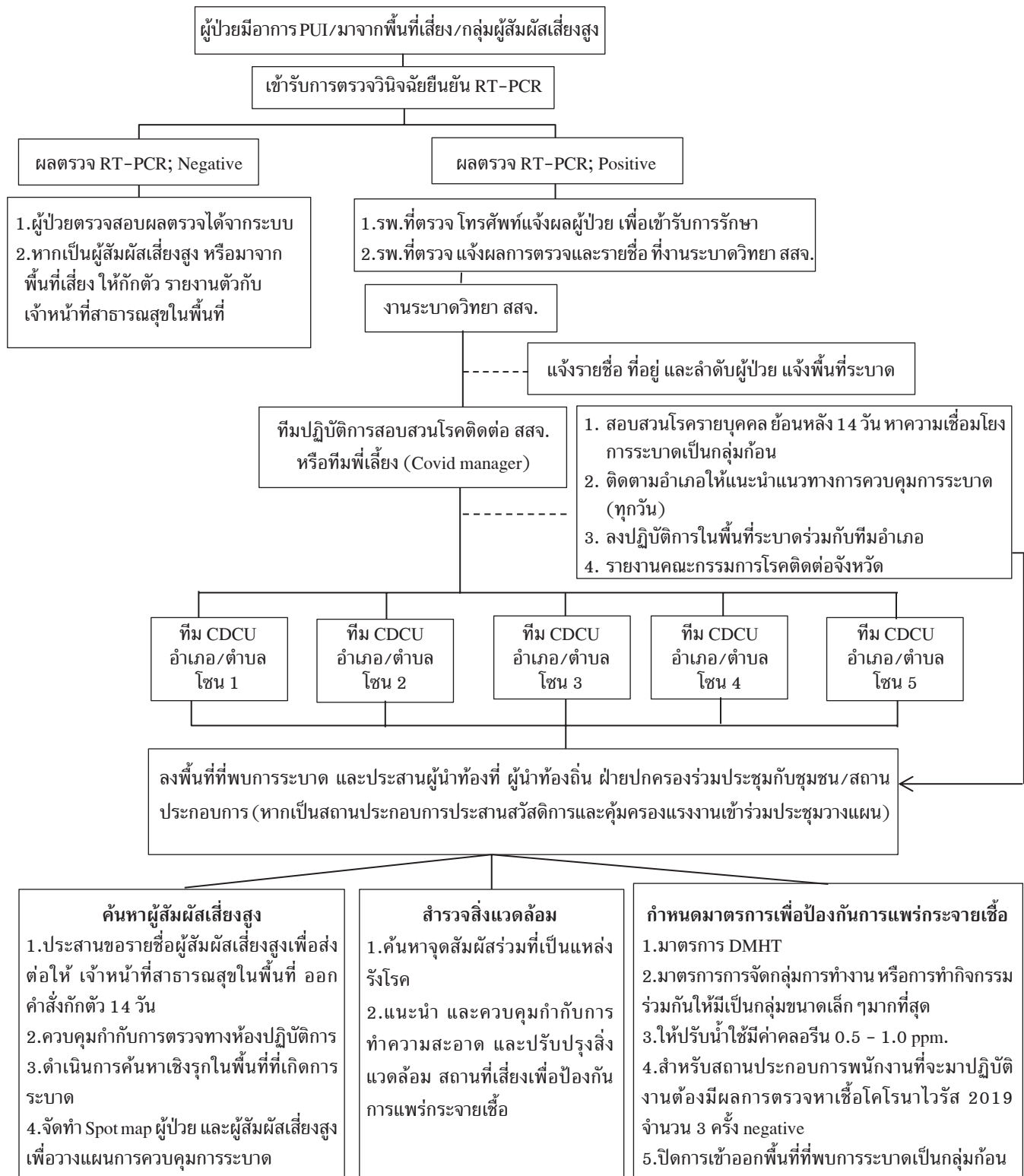
2.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) การระบาดระลอกเมษายน 2564 มีระบบการบริหารจัดการสำรองด้านวัสดุ มีเพียงพอใช้ ปัญหาที่พบคือห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่เพียงพอ โรงพยาบาลมีเตียงรองรับผู้ป่วย ไม่เพียงพอ จึงต้องจัดเตรียมโรงพยาบาลสนาม สถานที่กักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูงมีไม่เพียงพอ ต้องจัดเตรียมสถานที่เพิ่มเติม

2.4 ด้านกระบวนการ (Method) 1) ระบบบัญชาการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด มีการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง ต่อเนื่อง ติดตามรายงานผลการดำเนินงานทุกวัน ผ่านการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อ ถ่ายทอดสดให้ประชาชนรับทราบข้อมูลพร้อมกัน 2) ระบบเฝ้าระวังโรค มีการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น เฝ้าระวังในชุมชน มีเบอร์โทรศัพท์สายด่วนรับปรึกษา และแจ้งการพบผู้ป่วย 3) ระบบการสอบสวนโรค พบปัญหาผู้ป่วยบางรายปกปิดข้อมูล 4) ระบบการควบคุมโรคพบปัญหาการบังคับใช้กฎหมายปิดสถานที่เสี่ยงเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด การกักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและการกักตุนเชื้อในชุมชน 5) ระบบการสื่อสารมาตรการไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีเครื่องมือสื่อสาร หรือผู้สูงอายุ จึงเน้นมาตรการให้ อสม. ผู้นำชุมชนเคาะประตูบ้าน พบปัญหาข่าวปลอมทำให้ประชาชนตื่นตระหนก 6) การบูรณาการทุกภาคส่วนในระดับจังหวัด ระดับอำเภอไม่พบปัญหา

ตาราง 1 เหตุการณ์ สาเหตุ จำนวนผู้ป่วย ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง มาตรการและระยะเวลาการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 จังหวัดนครราชสีมา

เหตุการณ์การระบาด เป็นกลุ่มก้อน	สาเหตุการติดเชื้อ	จำนวน (คน)		มาตรการ	ระยะเวลา การควบคุม การระบาด
		ผู้ป่วย	ผู้สัมผัส เสี่ยงสูง		
สถาบันบันเทิง	ร่วมสังสรรค์	102	223	1. ค้นหาเชิงรุก นำผู้ป่วยเข้าสู่	42 วัน
เลี้ยงสังสรรค์งานบุญงาน ประเพณี	กิจกรรมร่วมกัน	18	60	ระบบการรักษา	18 วัน
เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง	รับประทานอาหารร่วมกัน	31	60	2. ค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงกักตัว	14 วัน
เล่นการพนัน	เล่นสนุกเกอร์และรับประทานอาหารร่วมกัน	20	70	3. เสนอการระบาดต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด	18 วัน
โรงงาน	สถานที่แออัดและมีจุดสัมผัสร่วมห้องเปลี่ยนชุด	67	316	เพื่อพิจารณาปิดการเข้าออกพื้นที่เสี่ยง เป็นเวลา 14 วัน	24 วัน
ร่วมกิจกรรมทางศาสนา โบสถ์คริสต์จักร	สวด, ร้องเพลง และ รับประทานอาหารร่วมกัน	12	15	4. ปรับปรุงสถานที่เสี่ยง และทำความสะอาดฆ่าเชื้อ	15 วัน

แผนภาพที่1 กระบวนการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564

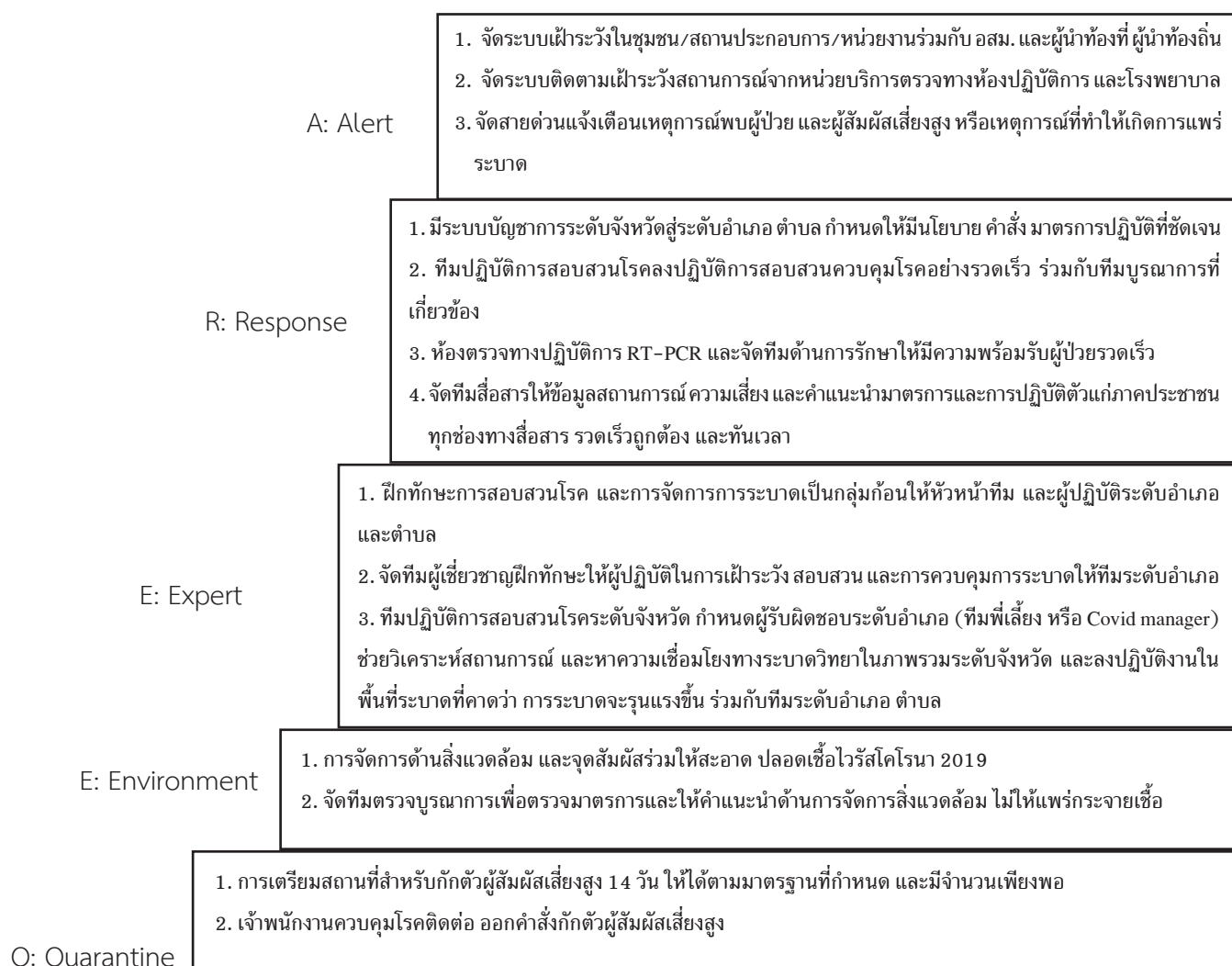


3. ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 จังหวัดนครราชสีมา ในครั้งนี้เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ รองลงมาคือ 1) นโยบายของภาครัฐตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อโรคระบาด มีข้อสั่งการ มาตรการส่งตรงมาระดับจังหวัด 2) การสื่อสารข้อมูลโปร่งใส การถ่ายทอดสดการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ทำให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว 3) อสม. ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น คือทีมสำคัญในการเฝ้าระวังสถานการณ์ใน



ชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้รู้สถานการณ์อย่างรวดเร็ว 4) ความร่วมมือของผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ผู้ป่วย ในการปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ 5) พลังความร่วมมือจากภาคประชาชน ภาคเอกชน ให้การสนับสนุนร่วมบริจาคทรัพยากรที่ขาดแคลน 6) ผู้บริหารทุกระดับเห็นความสำคัญ เข้าใจและให้การสนับสนุนการปฏิบัติงาน 7) มีการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนครราชสีมา คณะอนุกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปก.จ.) คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) อย่างต่อเนื่องทุกวัน ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็วทันเวลา 8) มีการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์และร่วมแก้ปัญหา 9) ผู้ประกอบการและประชาชนมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือ 10) ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคดำเนินการเข้มข้น

4. การศึกษารายงานการสอบสวนโรค การควบคุมโรค การจัดการกับการระบาดเป็นกลุ่มก้อนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ในสถานประกอบการ ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถนำมาสังเคราะห์รูปแบบการจัดการกับการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 “AREEQ Model” ดังนี้



อภิปรายผล

1. กระบวนการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564 ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคเป็นทีมแรกที่ต้องตรวจสอบข้อมูล สอบสวนโรคจากผู้ป่วย จึงต้องมีทักษะในการสอบสวนโรค วิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลตามหลักระบาดวิทยา นำมากำหนดแนวทางการจัดการกับการระบาดซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด สมาคมระบาดวิทยา (ประเทศไทย)⁽²⁾ กล่าวว่าการรายงานและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทำให้ตรวจจับการระบาดได้เร็วขึ้น และนำไปสู่การควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคติดต่อระดับ จังหวัดทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (Covid manager) จะพิจารณาสถานการณ์หากพบจุดที่ต้องรีบดำเนินการ จะลงพื้นที่ที่มี การระบาดทันทีร่วมกับทีม CDCU ระดับอำเภอระดับตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมวางแผนการควบคุมการระบาด เกิดความร่วมมือร่วมคิด ร่วมตัดสินใจทำให้การระบาดสงบได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับแนวคิดของเสาวพักตร์อิน้อย⁽³⁾ กล่าวว่า การเฝ้าระวังเหตุการณ์ในชุมชน (Event based surveillance) เป็นการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพรูปแบบหนึ่ง หัวใจสำคัญของการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์คือ การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน

2. ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอก เมษายน 2564 ดังนี้

2.1 บุคลากรที่ทำหน้าที่ปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค ขาดทักษะการสอบสวนโรค และขาดประสบการณ์ในการจัดการกับการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ทำให้ควบคุมการระบาดล่าช้า ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคระดับจังหวัดจึงกำหนด ผู้รับผิดชอบเป็นพี่เลี้ยง (Covid manager) ให้ระดับอำเภอ คอยติดตามให้ความช่วยเหลือด้านทักษะการสอบสวนโรค วิเคราะห์ความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา ประสานความร่วมมือระหว่างอำเภอ เพื่อให้สามารถควบคุมการระบาดได้อย่าง รวดเร็ว สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค⁽⁵⁾ กล่าวว่า โปรแกรมพี่เลี้ยง (Mentoring Program) เป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ที่มีความสำคัญ สำหรับการถ่ายทอดองค์ความรู้และ ประสบการณ์การทำงานโดยผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานให้แก่พนักงานใหม่/ผู้เรียนรู้งานใหม่

2.2 ผู้ป่วยบางรายปกปิดข้อมูลการสอบสวนโรค การค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงไม่ครอบคลุม และผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ไม่กักตัว ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ

2.3 ห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อมีจำนวนน้อย ทำให้ผลตรวจล่าช้า ส่งผลให้การควบคุมโรคล่าช้า

2.4 ปัญหาข่าวปลอมทำให้ประชาชนตื่นตระหนก หน่วยงานที่รับผิดชอบสื่อสารข้อเท็จจริงให้ประชาชนรับรู้ ผ่านสื่อต่าง ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข⁽⁶⁾ กล่าวว่า การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตมนุษย์ เพราะมนุษย์ต้องติดต่อสื่อสารกันตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นยุคโลกาภิวัตน์ เป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารจะทำให้คนมีความรู้ และโลกทัศน์ที่กว้างขึ้น

3. ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน 2564

3.1 ปัจจัยด้านคน (Man) เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่าย ต่าง ๆ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ทุกคนล้วนมีความทุ่มเท เสียสละ รับผิดชอบงานตามบทบาท มีความเชี่ยวชาญช่วยให้สามารถควบคุม การระบาดได้ภายใน 21-28 วัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุภวัฒน์ เสงเงิน⁽⁷⁾ กล่าวว่า ปัจจัยด้านผู้นำชุมชนมีความรู้ และทักษะสามารถถ่ายทอดความรู้ได้มีการจัดการเกี่ยวกับการทำงานที่ดีทำงานเป็นระบบ ในรูปแบบของการทำงาน เป็นทีม ปัจจัยด้านคนในชุมชน ให้ความร่วมมือกับทุกกิจกรรมที่ภาครัฐและกลุ่มผู้นำชุมชนที่มาปฏิบัติงานในหมู่บ้าน

3.2 ปัจจัยด้านกระบวนการ (Method) 1) มีระบบบัญชาการสั่งการระดับประเทศ ระดับจังหวัด มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย การคัดกรองกักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูง การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม แนวทางการรักษา แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงให้ปฏิบัติตามเป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁽⁸⁾ กล่าวว่า ระบบการบัญชาการเหตุการณ์คือระบบที่ใช้เพื่อการสั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือของแต่ละหน่วย และสอดคล้องกับจอมรุจิโรจน์ เหตุเกศ⁽⁹⁾ กล่าวว่า กลยุทธ์ของผู้บริหารในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มี 5 ด้าน คือ กลยุทธ์ด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพ กลยุทธ์ด้านการรักษาความสะอาด กลยุทธ์ด้านการปฏิบัติตน การประชาสัมพันธ์และติดตามข้อมูลข่าวสาร กลยุทธ์ด้านการรับมือต่อการแพร่ระบาด การศึกษาในอินเดีย⁽¹⁰⁾ พบมีการใช้หลายมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโควิด 2019 การเว้นระยะห่างทางสังคม การติดตามผู้สัมผัส การกักตัว การเพิ่มเตียงในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก เพิ่มการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2) ด้านการเฝ้าระวัง มีระบบการเฝ้าระวังสถานการณ์ในชุมชนโดย อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ทราบสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ดำเนินการส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา ส่วนผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเข้าสู่ระบบการกักตัวของชุมชน สอดคล้องกับสมาคมโรคระบาดวิทยาภาคสนาม⁽²⁾ กล่าวว่า การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข หมายถึง การจัดเก็บ การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุขที่ดำเนินการอย่างมีระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนเผยแพร่ความรู้ที่ได้ออกไป เพื่อใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการ และการประเมินผลมาตรการการป้องกันควบคุมปัญหาสาธารณสุข และจากบทความสำนักข่าว Hfocus⁽¹¹⁾ เจาะลึกระบบสุขภาพ กล่าวว่า ตัวอย่างความสำเร็จประเทศสิงคโปร์ใช้หลักการตรวจคนงานทุกคนทุกสองสัปดาห์ แยกคนไม่ติดเชื้อไปอยู่ที่พักใหม่ที่ตัดแปลงจากเรือสำราญจำนวนมากที่ต้องจอดหยุดอยู่โดยไม่ได้ใช้งาน ส่วนคนติดเชื้อให้แยกอยู่ที่หอพัก ระหว่างนั้นมีการจำกัด ให้แรงงานอยู่ในบริเวณชุมชนที่กำหนดรวมใช้เวลาสามเดือน จึงสามารถลดการติดเชื้อจากวันละพันกว่ารายเหลือเพียงหลักต่ำกว่าร้อยจนควบคุมได้ นับเป็นตัวอย่างความสำเร็จ ซึ่งอาศัยความจริงจังของรัฐ การร่วมมือของเอกชนและสังคมบนพื้นฐานของการใช้ข้อมูล และการศึกษาวิจัยที่คู่ขนานไป 3) ด้านการสอบสวนโรค จะมีระบบการดูแลแบบพีเอชเอ็มโดย Covid Manager ระดับจังหวัดจะทำหน้าที่ทำงานควบคู่กับระดับอำเภอ ร่วมวิเคราะห์ ความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา เพื่อนำไปควบคุมการระบาดของโรค สอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค⁽⁴⁾ กล่าวว่า พีเอชเอ็ม หรือ Mentor หมายถึง ผู้สอนงานให้แก่ Mentee ตามเนื้อหาหรือประเด็นการถ่ายทอดที่กำหนดไว้ (Subject matter) ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของ Mentoring Program ในองค์กร นอกจากนี้ยังมีบทบาทเป็นผู้ให้คำแนะนำ และช่วยให้ Mentee ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ทำงานของ Mentor และให้ข้อมูลความเห็นเกี่ยวกับจุดแข็งและจุดอ่อนของ Mentee รวมทั้งเป็นตัวแบบที่ดีให้แก่ Mentee 4) ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาพยาบาล การดำเนินการควบคุมการระบาดจะสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว หากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการออกอย่างรวดเร็ว 5) ด้านการสื่อสารข้อมูล ต้องมีการสื่อสารให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลไม่ปิดกั้นข้อมูล ประชาชนเกิดความเข้าใจ ไม่วิตกกังวล และพร้อมให้ความร่วมมือส่งผลให้สามารถควบคุมการระบาดได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ กล่าวว่า การสื่อสารความเสี่ยงจะทำให้ประชาชนที่อยู่ในภาวะเสี่ยงเข้าใจ ความเสี่ยงของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับ Quan Zhou และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาการระบาดในหุอันกล่าวว่า เจ้าหน้าที่ต้องแจ้งประชาชนให้ทราบสถานการณ์การแพร่ระบาด การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคอย่างทันที่ และโปร่งใส เผยแพร่ข้อมูลที่เชื่อถือได้ เพื่อลดความตื่นตระหนกของประชาชน 6) ด้านการบูรณาการทุกภาคส่วน เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนประสบผลสำเร็จ เกิดจากความร่วมมือในการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์และร่วมแก้ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของจงสวัสดิ์ มณีจอม⁽¹³⁾ กล่าวว่า สมาชิกมีส่วนร่วมในการศึกษา และค้นหาปัญหาของหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญปัญหาของหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน และมีส่วนร่วม ในการติดตามประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3.3 ด้านงบประมาณ (Money) มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งนโยบายระดับประเทศกำหนดแนวทางการเบิกจ่ายเงิน ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเบิกจ่ายงบประมาณสนับสนุนการควบคุมโรคได้

3.4 ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) มีระบบการบริหารจัดการ สำรวจความต้องการและจัดหาสนับสนุน ในการปฏิบัติงานซึ่งได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และการร่วมบริจาคของภาคประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดของกรมควบคุมโรค⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า บทบาทของกลุ่มภารกิจ Stockpiling and Logistics คือ 1) จัดทำแผนสรรหาสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์เทคโนโลยีและสารสนเทศ (IT) อุปกรณ์และระบบสื่อสาร เสี่ยงและอุปกรณ์ยังชีพ และยานพาหนะ 2) จัดทำแผน กระจาย ดูแลกำกับ และการจัดส่ง 3) จัดทำแผนสรรหาจัดตั้งสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับทีมปฏิบัติการ และศูนย์พักพิงสำหรับผู้ประสบภัย 4) ดูแลรักษาทีมปฏิบัติการ ที่ได้รับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ควรฝึกอบรม CDCU ให้มีจำนวนเพียงพอ โดยเน้นการฝึกทักษะการสอบสวนโรค และเทคนิคการจัดการการระบาด เป็นกลุ่มก้อน พร้อมทั้งวิเคราะห์ความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา การวางแผนควบคุมโรค และฝึกทักษะการเสนอข้อมูล ให้ผู้บริหารรับทราบปัญหา เพื่อนำไปสู่กระบวนการพิจารณาสั่งการ และควรฝึกทักษะการเฝ้าระวัง การควบคุมโรค ให้กลุ่มเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินการ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการจัดการการระบาดเป็นกลุ่มก้อนแยกตามขนาดของประเภทของขนาดสถานประกอบการให้สามารถควบคุมการระบาดของโรคควบคู่กับการดำเนินการด้านธุรกิจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนครราชสีมา คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ ทุกอำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค ติดต่อดังระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรมควบคุมโรค ฉบับวันที่ 9 มีนาคม 2564. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2554 มิถุนายน 10]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_090364.pdf.
2. สมาคมระบาดวิทยาภาคสนาม. พื้นฐานระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แคนนา กราฟฟิค; 2559.
3. เสาวพักตร์ อื่นจ้อย. คู่มือการเฝ้าระวังโรค และเหตุการณ์ผิดปกติแบบมีส่วนร่วมในชุมชนด้วยซอฟต์แวร์ประยุกต์ โดยกลุ่มผู้เลี้ยงสัตว์ปีกและสุกร เพื่อลดปัญหาโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน. กรุงเทพฯ: บริษัท อีซี จำกัด; 2562.
4. สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค. แนวทางพัฒนา Mentoring program ในองค์กร. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/osec/>.
5. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินการสื่อสาร ความเสี่ยง ภายใต้คู่มือแนวทางการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก และองค์การอนามัยโลกตามกฎอนามัย



ระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (JEE-IHR 2005). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด สาขา 4; 2562.

6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือระบบบัญชาการเหตุการณ์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับการจัดการในภาวะสาธารณภัย/ภัยพิบัติ. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2559.
7. ศุภวัฒน์ เสาเงิน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการเป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของบ้านหนองรี ตำบลหนองรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตคณะรัฐประศาสนศาสตร์]. ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจมหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
8. กรมควบคุมโรค. การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 10] เข้าถึงได้จาก http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20170616075301.pdf.
9. จอมจุไรรัตน์ เหตุเกษ. กลยุทธ์ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด – 19 ศึกษาเฉพาะกรณี เทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตคณะรัฐประศาสนศาสตร์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.
10. Lahiri A, Jha SS, Bhattacharya S, Ray S, Chakraborty A. Effectiveness of preventive measures against COVID-19: A systematic review of In Silico modeling studies in indian context. Indian J Public Health. 2020;64(2): 156-167.
11. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์เพื่อควบคุมปัญหาโควิดสมุทรสาคร. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เมษายน 10] เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2021/01/20855>.
12. Zhou Q, Huang S, Xiao Y, Li M, Guo Z. Reflections on the Cluster Epidemic of COVID-19; Lessons Learned from Wuhan's Experience: A Brief Review. Iran J Public Health. 2020;49(1):12-17.
13. จงสวัสดิ์ มณีจอม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชนบ้านโคกไพร ตำบลทัพราช อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว [วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเมืองการปกครอง คณะรัฐศาสตร์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
14. กรมควบคุมโรค. การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 10] เข้าถึงได้จาก http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20170616075301.pdf.

ภาวะเครียดจากการทำงานในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 ของบุคลากร
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย

Work-related Stress during the Crisis of COVID-19 Pandemic among Personnel of Sub-district
Health Promoting Hospitals in Border Area of Chiang Rai Province

แอนนิชชา สิงห์คะนัน และธีระวุฒิ ธรรมกุล*

Annichcha Singhkhanan, and Theerawut Thammakun*

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

*Corresponding author: theerawut.tha@stou.ac.th

(Received: April 4, 2022; Accepted: June 1, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและระดับภาวะเครียดจากการทำงาน และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และระดับภาวะเครียดจากการทำงานในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย จำนวน 120 คน จากประชากรทั้งหมด 245 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ย ในกรณีทราบประชากร สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากร เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยง 0.95 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 35.8 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12.1 ปี ระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.7 2) ภาวะเครียดในการทำงานมีระดับน้อย และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่ชายแดน คือ ตำแหน่งงานและการสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญา คำสำคัญ ภาวะเครียด, บุคลากรสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, วิกฤติโควิด-19

Abstract

This cross-sectional research aimed to 1) identify personal factors, social support, and levels of work-related stress, and 2) determine the association between personal factors and social support, and levels of work-related stress during the crisis of COVID-19 pandemic among personnel of sub-district health promoting hospitals (SHPHs) in the border area of Chiang Rai Province. The study involved 120 health officers who were selected from the population of 245 SHPHs' personnel in Chiang Rai's border area. The sample size was calculated based on the estimated mean formula with a known population. The participants were selected using the population-proportional and simple random sampling method. Data were collected using questionnaires with the reliability value of 0.95, between June and August 2021; and quantitative data analysis was performed to determine frequencies, percentages, means, standard deviations and multiple regression. The results showed that: 1) the majority of participants were female, an average age was 35.8 years old, education level was a bachelor's degree, working position was a public health technical officers, an average working experience was 12.1 years, and 51.7 % of them had a high level of overall social support; 2) their overall work-related stress level was low; and 3) the factors significantly affecting their stress conditions during the crisis were nature of working position and social cognitive support.

Keywords: Stress conditions, Public health personnel, Sub-district health promoting hospital, Covid-19 crisis



บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยอดผู้ติดเชื้อ สะสมเพิ่มขึ้นสูงถึง 146 ล้านรายทั่วโลก หลังการแพร่ระบาดผ่านมานานเกือบ 2 ปี ยอดผู้เสียชีวิตสูงกว่า 3.1 ล้านราย อัตราเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 2.1 รักษาหายร้อยละ 85 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย ในช่วงตุลาคม 2563 เกิดขึ้นที่จังหวัดเชียงใหม่และเชียงราย ซึ่งสาเหตุมาจากผู้ที่ลักลอบเข้าไปทำงานที่สถานบันเทิงประเทศเมียนมาร์ แล้วกลับเข้ามาในพื้นที่ติดเชื้อโควิด ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย ต่อมาพบการระบาดของโรครอบใหม่เกิดขึ้นในจังหวัดสมุทรสาคร ในช่วงเดือนธันวาคมปี 2563 จากการสอบสวนโรคพบว่าเกิดจากแรงงานต่างด้าวที่ลักลอบเข้าประเทศ ทำให้มีผู้ติดเชื้อในประเทศเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และต่อมาเดือนเมษายน 2564 พบการระบาดใหม่ที่ย่านทองหล่อ รอบนี้การระบาดกระจายไปอย่างรวดเร็วทำให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้างทั่วประเทศ มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวนหลายหมื่นคนและผู้เสียชีวิตหลายร้อยคน⁽¹⁾

ในสถานการณ์โควิด-19 บุคลากรสาธารณสุขรับหน้าที่หนักที่สุดในช่วงวิกฤติการระบาดและต้องรับภาระงานหนักเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ⁽²⁾ จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่อยู่ทางตอนเหนือของประเทศไทยติดกับประเทศเพื่อนบ้านซึ่งประกอบด้วย ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและประเทศเมียนมาร์ มีการค้าขายแลกเปลี่ยน ติดต่อสื่อสารกันระหว่างประเทศ รวมไปถึงระบบสาธารณสุขที่มีการเข้ามารับบริการในประเทศไทยของประชาชนเพื่อนบ้านทั้ง 2 ประเทศ⁽³⁾

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อช่วงปลายปี 2563 ในประเทศเมียนมาร์ส่งผลให้ประชาชนไทยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ประเทศเมียนมาร์ต้องการกลับเข้ามาในประเทศไทย ทั้งที่ถูกต้องตามกฎหมายและที่ลักลอบข้ามแดนเข้ามาในประเทศ ส่งผลทำให้บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนต้องเตรียมรับมือกับการเข้ามาของประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้าน ภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำไม่ว่าจะเป็นการสลับสับเปลี่ยนกำลังกันเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในสถานกักกันของรัฐซึ่งจังหวัดเชียงรายได้มีการเปิดสถานที่กักกันโรคแห่งรัฐ (Local Quarantine) จำนวน 4 แห่ง การปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดตรวจ/ด่านตรวจร่วมกับแต่ละหน่วยงาน ปฏิบัติหน้าที่ในด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ รวมไปถึงการจัดกำลังคนในการค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุก เพื่อป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 แก่ประชาชน ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญอีกหน้าที่หนึ่งของบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการทำงานเชิงรุก การเฝ้าระวังป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน และการสอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันควบคุมโรคภายในชุมชน โดยการระบาดทั้ง 3 ระลอกภายใน 2 ปีนี้ อาจทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดภาวะเครียดได้

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นอายุของผู้ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงาน⁽⁴⁾ เพศ ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ⁽⁵⁾ ปัจจัยในด้านการสนับสนุนทางสังคม การจัดการของผู้บริหารในเรื่องทรัพยากร อัตราค่าจ้างที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน⁽⁶⁾ บุคลากรมีความกังวลมากในเรื่องความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ความกังวลว่าครอบครัวอาจจะติดโรคโควิด-19 จากตนเอง⁽⁷⁾ การให้ความรู้ การฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้บริการในสถานการณ์โรคอุบัติใหม่เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพดูแลและจัดการผู้ติดเชื้อ การให้การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและองค์กรที่เพียงพอมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน การเตรียมความพร้อมองค์กรและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการปฏิบัติหน้าที่ในช่วงวิกฤติการแพร่ระบาด⁽⁸⁾ และยังมีการศึกษาในสถานการณ์ปกติที่ยืนยันว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดอยู่ในระดับสูงจากการขาดการสนับสนุนจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน⁽⁹⁾

การศึกษางานวิจัยของนักวิชาการหลายๆ ท่าน ทำให้ทราบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อระดับความเครียดและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ยังไม่มีการศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. โดยเฉพาะเขตพื้นที่ชายแดนที่เน้นการทำงานเชิงรุกมากกว่าพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขถือเป็นด่านหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ในเขตพื้นที่ชายแดนซึ่งมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากกว่าพื้นที่อื่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและระดับภาวะเครียดจากการทำงาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และระดับภาวะเครียดจากการทำงานในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดในการวิจัย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานใน รพ.สต. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านทรัพยากร มีผลต่อภาวะความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ศึกษาในประชากรที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เขตพื้นที่ชายแดน จำนวน 5 อำเภอของจังหวัดเชียงราย ได้แก่ อำเภอเชียงแสน อำเภอแม่สาย อำเภอเชียงของ อำเภอเวียงแก่นและอำเภอแม่ฟ้าหลวง จำนวนทั้งหมด 245 คน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดด้วยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีทราบประชากรของบุญชม ศรีสะอาด⁽¹⁰⁾ โดยอ้างอิงในการกำหนดสัดส่วนของประชากรจากกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 120 คน และเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากบัญชีรายชื่อด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงานใน รพ.สต. ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาตามแนวคิดของจาคอปสัน⁽¹²⁾ ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาจากแบบวัดของ อรสา ใจนินา⁽¹³⁾ จำนวน 31 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด จำนวน 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านทรัพยากร โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน กำหนดไว้เป็น 3 ระดับ โดยแบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากคะแนนเฉลี่ย ได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดภาวะความเครียด เป็นแบบสอบถามวัดความเครียดในการทำงาน เป็นแบบที่ใช้วัดความเครียดจำนวน 5 ข้อ จากแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต เพื่อประเมินอาการบุคคลหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในระยะช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยจะแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับคือ แทบไม่มี เป็นครั้งคราว บ่อยๆ ครั้ง และเป็นประจำ ซึ่งในแต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน และเมื่อนำข้อทั้งหมดมาคิดคะแนนรวมจะมีค่าตั้งแต่ 0 – 15 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน 0-4 หมายถึง เครียดน้อย คะแนน 5-7 หมายถึง เครียดปานกลาง คะแนน 10-15 หมายถึง เครียดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้พิจารณาได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และนำไปหาความเที่ยงโดยไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากร



สาธารถสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เขตพื้นที่อำเภอแม่เฒ่า จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Reliability Coefficient) ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมและความเครียดได้เท่ากับ 0.95

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2564 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ 69/2564 เลขขออนุมัติจริยธรรม CRPPHO No.68/2564

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 77 คน (ร้อยละ 64.2) อายุเฉลี่ย 35.83 ปี (S.D. = 7.61) อายุ 25-34 ปี จำนวน 50 คน (ร้อยละ 41.7) การศึกษาปริญญาตรี จำนวน 105 คน (ร้อยละ 87.5) สถานภาพสมรส และอยู่ด้วยกัน จำนวน 65 คน (ร้อยละ 54.2) ตำแหน่งในการปฏิบัติงานใน รพ.สต. นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 64 คน (ร้อยละ 53.3) ประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่มากกว่า 15 ปีขึ้นไป จำนวน 43 คน (ร้อยละ 35.8) ดังตารางที่ 1 ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ด้านลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=120)

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	35.8
หญิง	77	64.2
อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	8	6.7
25-34 ปี	50	41.7
35-44 ปี	46	38.3
45 ปีขึ้นไป	16	13.3
Mean = 35.83, S.D. = 7.61, Min = 23, Max = 60		
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0	0
ปริญญาตรี	105	87.5
ปริญญาโท	15	12.5
สถานภาพสมรส		
โสด	43	35.8
สมรส และอยู่ด้วยกัน	65	54.2
สมรส แต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	11	9.2
หย่าร้าง/หม้าย	1	0.8

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งงาน		
ผู้อำนวยการรพ.สต.	21	17.5
พยาบาลวิชาชีพ	32	26.7
นักวิชาการสาธารณสุข	64	53.3
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3	2.5
ประสบการณ์ในการทำงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	32	26.7
น้อยกว่า 10 ปี	21	17.5
10-14 ปี	24	20
15 ปีขึ้นไป	43	35.8

Mean = 12.08, S.D. = 8.49, Min = 1, Max = 40

กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ทั้งด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านทรัพยากร และมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง ร้อยละ 49.2 ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานของบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.เขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย (n=120)

การสนับสนุนทางสังคม จากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน	ระดับการสนับสนุนทางสังคม		
	ปาน	กลาง	สูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านอารมณ์	4 (3.3)	54 (45)	62 (51.7)
ด้านสติปัญญา	9 (7.5)	55 (45.8)	56 (46.7)
ด้านทรัพยากร	5 (4.2)	54 (45)	61 (50.8)
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	4 (3.3)	57 (47.5)	59 (49.2)

ระดับความเครียดในการทำงานในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.เขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 40 ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 ผลการประเมินระดับความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.เขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย (n=120)

ระดับความเครียด (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย (0-4)	48	40
เครียดปานกลาง (5-7)	30	25
เครียดมาก (8-9)	23	19.2
เครียดมากที่สุด (10-15)	19	15.8

Mean = 5.78, S.D. = 3.84, Min = 0, Max = 15

ผลการวิเคราะห์ Bivariate โดยใช้สถิติ Linear Regression พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่มีลักษณะงานด้านการปฏิบัติงานจะมีความเครียดน้อยกว่าบุคลากรที่มีลักษณะงานด้านการบริหารงาน อยู่ 3.84 คะแนน (mean diff. = -3.84, 95% CI: -5.54, -2.15) บุคลากรสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับสูงจะมีความเครียดน้อย



กว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับต่ำ - ปานกลางอยู่ 1.77 คะแนน (mean diff. = -1.77, 95% CI: -3.13, -0.42) บุคลากรสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญาในระดับสูงจะมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญาในระดับต่ำ - ปานกลางอยู่ 2.07 คะแนน (mean diff. = -2.07, 95% CI: -3.42, -0.73) และบุคลากรสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรในระดับสูงจะมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรในระดับต่ำ - ปานกลางอยู่ 2.27 คะแนน (mean diff. = -2.27, 95% CI: -3.61, -0.92)

จากการวิเคราะห์แบบ Bivariate ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value ≤ 0.05 เข้าร่วมการวิเคราะห์ แบบ Multi-variate โดยใช้สถิติ Multiple linear regression ด้วยวิธี Enter เมื่อควบคุมปัจจัยที่มีความสำคัญทั้งหมดแล้ว พบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีลักษณะงานด้านการปฏิบัติงานจะมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่มีการลักษณะงานด้านการบริหารงานอยู่ 5.43 (mean diff. = -5.43, 95% CI: -5.92, -2.76) บุคลากรสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญาในระดับสูงจะมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญาต่ำ - ปานกลางอยู่ 2.24 คะแนน (mean diff. = -2.24, 95% CI: -3.35, -0.21) โดยตัวแปรทั้งหมดดังกล่าวมีความสามารถทำนายระดับภาวะความเครียดอธิบายของสมการถดถอยได้ร้อยละ 32.2 ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อภาวะความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.เขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย โดยสถิติ Multiple regression ด้วยวิธี Enter (n=120)

ปัจจัย	n	ความเครียด					VIF	p-value
		Mean	S.D.	Mean difference				
				Unadjusted	Adjusted*	95% CI		
ลักษณะของการปฏิบัติงาน (ตำแหน่ง)								
ผู้บริหาร	21	8.95	2.27	0	0			<0.001**
ผู้ปฏิบัติ	99	5.11	3.77	-4.34	-5.43	-5.92, -2.76	1.06	
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์								
ต่ำ-ปานกลาง	61	6.66	3.76	0	0			0.587
สูง	59	4.88	3.74	-0.46	-0.54	-2.21, 1.21	2.56	
การสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญา								
ต่ำ-ปานกลาง	64	6.75	3.52	0	0			0.027**
สูง	56	4.68	3.92	-1.78	-2.24	-3.35, -0.21	2.79	
การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร								
ต่ำ-ปานกลาง	68	6.76	3.60	0	0			0.402
สูง	52	4.50	3.80	-0.70	-0.84	-2.34, 0.94	2.48	

หมายเหตุ *Adjusted = Mean difference ที่ได้รับการควบคุมด้วยตัวแปรที่มีความสำคัญทั้งหมดในตารางที่แล้ว และค่า $R^2 = 0.322$, **p-value<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่า ลักษณะของการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.เขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ปฏิบัติจะมีความเครียดในการทำงานน้อยกว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารอยู่ 3.84 คะแนน ซึ่งอธิบายได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหาร คือ ผอ.รพ.สต. มีภารกิจที่ต้องรับผิดชอบงานบริหาร งานวิชาการ งานบริการและเวชปฏิบัติครอบครัวยิ่งขึ้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้มีความเครียดมากกว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ปฏิบัติที่มีภารกิจไม่ครอบคลุมทุกด้าน และด้วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งจัดเป็นโรคอุบัติใหม่และบริบทของพื้นที่ ซึ่งมีเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านมีความแตกต่างจากพื้นที่อื่น ดังนั้น ผอ.รพ.สต. จึงต้องใช้ทักษะความสามารถด้านการประสานงานความร่วมมือกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมไปถึงส่วนราชการ องค์กรต่าง ๆ ในลักษณะของการเป็นภาคีเครือข่ายหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดระบบการควบคุมป้องกันโรคติดต่อโควิด-19 แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อนำไปสู่การมีความรู้ความเข้าใจในโรคติดต่อโควิด-19 ประชาชนสามารถที่จะป้องกันตนเอง ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของนวนันท์ คำมา⁽¹⁴⁾ พบว่าบุคลากรที่มีตำแหน่งงานและประสบการณ์ในการทำงานมานาน อาจได้รับมอบหมายงานที่มีความสำคัญ งานที่ยากและมีความซับซ้อนมาก จึงทำให้ความเครียดในการทำงานอาจจะมีมากกว่าบุคลากรที่มีตำแหน่งงานที่ต่ำกว่าหรือประสบการณ์น้อยกว่าได้ และสอดคล้องกับวชิระ เพ็ชรธรรม และกลางเดือน โพชนา⁽¹⁵⁾ แม้จะศึกษาในกลุ่มพนักงานเอกชนที่มีบริบทการทำงานแตกต่างจากหน่วยงานของรัฐ ก็พบว่า ตำแหน่งมีผลต่อความเครียดของพนักงาน โดยพนักงานระดับที่ต้องรับผิดชอบทั้งงานบริหาร เอกสารงานธุรการและงานควบคุมการผลิต นั้นจะมีความเครียดสูงกว่าระดับอื่น ๆ

อย่างไรก็ตามปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.เขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย สอดคล้องกับ ธัญธรณ์ ทองแก้ว และ ศิริลักษณ์ ศุภปิตพร⁽¹⁶⁾ และการศึกษาของ ฐาปนี วังกานนท์⁽¹⁷⁾ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน รายได้เฉลี่ยแตกต่างกันมีความเครียดไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของซูฮียาง และคณะ⁽⁴⁾ ที่ศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 220 คนในประเทศสิงคโปร์ก่อนสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ที่พบว่าอายุ ประสบการณ์ในการทำงานและรายได้สัมพันธ์กับภาวะความเครียด ซึ่งการมีผลขัดแย้งกันนี้อาจเกิดจากช่วงเวลาในการศึกษาที่แตกต่างกัน และพบว่าเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเขตชายแดน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดในการทำงานช่วงโควิด-19 นั้น แตกต่างกับการศึกษาของอิมาน อัลแนสรี และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 365 คน ในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศจอร์แดน พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อายุ และประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางจิตใจ อาจสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เน้นงานชุมชน งานบริหารงานวิชาการใน รพ.สต. กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เน้นงานบริการรักษา อาจมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความเครียดที่แตกต่างกันได้ ซึ่งควรพิจารณาศึกษาต่อไปในประเด็นดังกล่าว

จากการศึกษานี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญา มีผลต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.เขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมทางบุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้ได้รับนั้นในระดับสูง ครอบคลุมทางด้านอารมณ์ สติปัญญา ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องกับจาโคปสัน⁽¹²⁾ ได้กล่าวเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการที่สร้างปฏิสัมพันธ์ ความสัมพันธ์และการรวมตัวกันเป็นกลุ่มก้อนทางสังคม เพื่อที่จะให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางด้านอารมณ์ สติปัญญา ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร โดยให้อยู่ในรูปแบบของการยอมรับเอาใจใส่ การยกย่อง การเห็นคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือกันจากคนในองค์กร การสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญา (Cognitive Support) คือการที่บุคคลนั้นได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการที่บุคคลได้รับคำแนะนำที่ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้

การศึกษานี้อาจไม่ได้ศึกษาครอบคลุมทุกมิติอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเครียดของบุคลากร เช่น การรับรู้ภาระงาน เช่น การรับรู้ลักษณะของงาน ปริมาณงานที่หน่วยงานมอบหมาย อัตรากำลังต่อจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งแสดงถึง work load ลักษณะตำแหน่งงาน ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยงภัย ลักษณะงาน/ทักษะบางอย่างที่มีความเฉพาะในพื้นที่ชายแดนที่อาจจะสะท้อนความเครียดจากปัญหาและอุปสรรคด้านภาษาและการสื่อสาร ความยากง่ายของการจัดการสำหรับบุคคลต่างตัวหรือชาติพันธุ์ที่หลากหลาย เนื่องจากในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 บุคลากรสาธารณสุขมีปริมาณงานเพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ปกติ เป็นต้น รวมทั้งประเด็นของภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานตั้งแต่ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอที่อยู่ติดชายแดน ควรมีการวางแผน ส่งเสริมป้องกัน ปัญหาความเครียดจากการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.เขตพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารหรือผู้อำนวยการ รพ.สต. และควรมีการสนับสนุนด้านสติปัญญา แก่ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งในด้านการอบรมให้ความรู้ การสนับสนุนข้อมูลและแนวทางการควบคุมป้องกันโรค
2. บุคลากรสาธารณสุขที่มีความเครียด อยู่ในระดับเครียดมากและเครียดมากที่สุด ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ควรได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ ควรมีการจัดเครือข่ายด้านสุขภาพจิต ทำงานเชิงรุกกับหน่วยบริการใน รพ.สต.โดยทีมจิตแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเครียดจากการทำงาน และเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษา ค้นหาผู้มีความเสี่ยง และติดตามช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
4. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เช่น การเยี่ยมเสริมพลังจากผู้บังคับบัญชาในระดับอำเภอหรือจังหวัด เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก เกษักรหญิงน้ำฝน ปิยะตระกูล และนายทศพล เมืองอินทร์ ที่สละเวลาตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลการวิจัย รวมทั้งผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต.สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงแสน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 18]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมของการระบาด COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 18]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/covid19>.
3. กรวรรณ บัวดอกตูม. การเคลื่อนย้ายข้ามแดนของผู้ใช้บริการสุขภาพจากพม่าและลาวเพื่อเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในพื้นที่ชายแดนจังหวัดเชียงราย. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. 2563;13(1):32-6.

4. Yang S, Meredith P, Khan A. Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. *Asian J Psychiatr.* 2015;15:15–20.
5. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020;88:901–07.
6. เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และ สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์. ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2563;65(4):400–8.
7. วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารแพทย์เขต 4-5.* 2563;39(4):616–27.
8. Labrague LJ, De Los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1653–1661.
9. Ito S, Fujita S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Occupational stress among healthcare workers in Japan. *Work.* 2014;49(2):225–34.
10. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2535.
11. กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ, ลำพึง วอนอก, สุพัฒน์ อาสนะ, วรรณศรี แวงงาม, กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 2563;14(2):138–48.
12. Jacobson DE. Types and timing of social support. *J Health Soc Behav.* 1986;27(3):250–64.
13. อรสา ใจนินา. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและงานจิตเวชในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3. *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์.* 2556;6(1):2–8.
14. นวนันท์ คำมา. รายงานผลการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการทำงานของบุคลากร สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินในเขตกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 สิงหาคม 23]. เข้าถึงได้จาก <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/mlw12/6114961006.pdf>.
15. วชิระ เพ็ชรธรรม และ กลางเดือน โพชนา. ความเครียดของพนักงานและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของพนักงานกรณีศึกษาฐานผลิตแก๊สธรรมชาตินอกชายฝั่งอ่าวไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.* 2559;18(1):10–20.
16. ธัญธรณ์ ทองแก้ว และ ศิริลักษณ์ ศุภพิติพร. ความเครียดจากการทำงานและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารเวชศาสตร์ร่วมสมัย.* 2561;62(2):197–209.
17. ฐาปนี วังกานนท์. ปัจจัยด้านการทำงานที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน: กรณีศึกษาบริษัทแอมพาสอินเตอร์ จำกัด [การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2556.
18. Alnazly E, Khraisat OM, Al-Bashairh AM, Bryant CL. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *Plos One.* 2021;2(7):1121–32.



ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม
จังหวัดสุรินทร์ ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19

Factors Affecting Burnout Syndrome of Pharmacists and Pharmaceutical Assistants in Surin Province
During COVID-19 Crisis

ยุรانی เกียรติคุณรัตน์ และธีระวุฒิ ธรรมกุล*

Yurane Kiattikunrat and Theerawut Thammakun*

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

*Corresponding author: theerawut.tha@stou.ac.th

(Received: April 4, 2022; Accepted: June 1, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ภาระงาน (2) ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน และ (3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม จังหวัดสุรินทร์ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือเภสัชกร จำนวน 105 คน และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม จำนวน 27 คน ที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ รวมทั้งสิ้นจำนวน 132 คน จากประชากรทั้งหมดจำนวน 289 คน คำนวณตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power และใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-15 สิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ผลการศึกษาพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30-40 ปี สถานภาพโสด ระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ ปฏิบัติงานในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 5-10 ปี การรับรู้ภาระงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (2) ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดค่าความเป็นบุคคลอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการลดค่าความสำเร็จของบุคคลอยู่ในระดับต่ำ และ (3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 ของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม คือการรับรู้ภาระงาน อายุ และสถานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันตามการวิเคราะห์ถดถอยพหุได้ร้อยละ 28.10

คำสำคัญ ภาวะหมดไฟในการทำงาน, การรับรู้ภาระงาน, เภสัชกร, เจ้าพนักงานเภสัชกรรม

Abstract

This cross-sectional research aimed to study: (1) personal factors and perceived workload; (2) burnout syndrome levels; and (3) factors affecting burnout syndrome of pharmacists and pharmaceutical assistants in Surin province during the COVID-19 crisis. The sample consisted of 105 pharmacists and 27 pharmacist assistants under the Surin Provincial Public Health Office, totaling 132 people randomly selected out of all 289 such officials. The sample size was calculated using the G*Power program. Data were collected using a questionnaire, between August 1 to August 15, 2021; and then analyzed to determine frequencies, percentages, means, standard deviations, and multiple linear regression. The results showed that, among study participants: (1) most of them were single female aged 30-40 years, had graduated with a bachelor's degree, worked as professional pharmacist in outpatient pharmacy services at community hospitals, and had 5-10 years of work experience with a high level of perceived workload; (2) they had high levels of burnout regarding emotional exhaustion and depersonalization, and a low level of

reduced personal achievements; and (3) the factors affecting their burnout syndrome during the COVID-19 crisis were perceived workload, age, and workplace, all of which could explain 28.10% of the conditions according to a multiple regression analysis.

Keywords: Burnout syndrome, Perceived workload, Pharmacists, Pharmaceutical Assistants

บทนำ

ระบบยาถูกใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยบริการที่มีผลต่อการได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ ทำให้งานบริการเภสัชกรรมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น⁽¹⁾ บทบาทของเภสัชกรเป็นงานที่มีขอบเขตครอบคลุมกระบวนการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับยา ตั้งแต่การจัดซื้อ จัดหา การเตรียมผสม การกระจาย การควบคุม เก็บรักษา และการใช้ การดำเนินงานเภสัชกรรมในสถานพยาบาลจึงมีขอบเขตงานที่กว้างขวางและแปรผันได้ตามจำนวนผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ความเชี่ยวชาญของผู้ประกอบการวิชาชีพ ตามปริมาณและความต้องการในการรับบริการและบริบททางเภสัชกรรมของผู้ป่วยในกลุ่มต่างๆ รวมถึงการติดตามป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และส่งเสริมให้การรักษาดำเนินไปอย่างปลอดภัยตามแผนรักษาของแพทย์ผู้ให้การรักษาและเกิดสัมฤทธิ์ผลตามที่คาดหวัง⁽²⁾ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยเภสัชกรมีหน้าที่ให้ความรู้ เฝ้าระวังการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐานและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ⁽³⁾ เจ้าหน้าที่เภสัชกรรมมีบทบาทในการจัดเก็บเวชภัณฑ์สำหรับจ่ายตามหมวดหมู่ที่กำหนดไว้ การแบ่งบรรจุยา ล้างหน้า การเบิกจ่ายทดแทน และจัดเก็บการจัดทำบัญชีรับจ่ายเภสัชภัณฑ์ การตรวจสอบยาเสื่อมคุณภาพ ยาหมดอายุ การคิดราคาเวชภัณฑ์ การเขียนฉลาก ฉลากช่วย ตลอดจนการจัดยาตามใบสั่งยา การทำรายงานการจ่ายยา และการเผยแพร่สื่อความรู้ด้านการใช้ยาต่างๆ ที่กำหนดไว้ และงานที่เจ้าหน้าที่เภสัชกรรมปฏิบัติภายใต้ความเห็นชอบหรือการควบคุมของเภสัชกร รวมไปถึงงานอื่นๆ ที่เภสัชกรมอบหมายให้⁽⁴⁾

ผลการสำรวจบุคลากรด้านสุขภาพในจังหวัดสุรินทร์ปี 2561 พบว่าหัวข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ ผ่อนคลายดี (Happy Relax) เพียงร้อยละ 55.97 โดยการผ่อนคลายดี เป็น 1 ใน 9 มิติของ Happinometer ที่จะบ่งบอกว่าบุคคลสามารถบริหารเวลาในแต่ละวันเพื่อการพักผ่อนได้อย่างมีคุณภาพ พอใจกับการบริหารจัดการปัญหาของตนเอง และใช้ชีวิตให้สบาย⁽⁵⁾ จากผลการสำรวจดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพของจังหวัดสุรินทร์ประมาณกึ่งหนึ่งควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดความผ่อนคลายดี โดยเฉพาะช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 จากข้อมูลกรมควบคุมโรค วันที่ 24 กันยายน 2564 จังหวัดสุรินทร์มีการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ที่รุนแรงขึ้น โดยมีรายงานผู้ติดเชื้อจำนวน 14,850 คน ผู้เสียชีวิต 64 คน จากจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น และความรุนแรงของการระบาดที่มากขึ้นในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 ส่งผลให้ภาระงานของเภสัชกรและเจ้าหน้าที่เภสัชกรรมมากขึ้น ภาระงานที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟของบุคลากรด้านเภสัชกรรมในช่วงวิกฤตได้^(7,8)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน) ปัจจัยด้านองค์กร (ปริมาณงานที่รับผิดชอบ การสนับสนุนจากองค์กร) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาระงาน^(6,9-15) แต่อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วง พ.ศ. 2563-2564 ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยนั้น ยังขาดรายงานการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของเภสัชกรและเจ้าหน้าที่เภสัชกรรม ผู้วิจัยจึงได้นำแนวความคิดของแมสแลชและแจคสัน⁽¹⁶⁾ มาใช้เป็นแนวทางวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานของแมสแลช (Maslach burnout inventory-MBI) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงาน อันจะส่งผลดีต่อประสิทธิภาพการทำงานของเภสัชกรและเจ้าหน้าที่เภสัชกรรมในจังหวัดสุรินทร์ในอนาคตต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจังหวัดสุรินทร์ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจังหวัดสุรินทร์ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ศึกษาในประชากรที่เป็นเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ปี 2564 จำนวนทั้งสิ้น 289 คน โดยแบ่งเป็นเภสัชกร จำนวน 194 คน และเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจำนวน 95 คนโดยไม่นับรวมผู้ที่อยู่ในระหว่างลาศึกษาต่อกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 132 คนเป็นเภสัชกรจำนวน 105 คน และเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจำนวน 27 คน ได้จากโปรแกรม G*Power⁽¹⁷⁾ ผู้วิจัยได้กำหนดค่า Effect size $q = 0.15$, Alpha error prob = 0.05 และใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย นำรายชื่อทั้งหมดมากำหนดหมายเลข จับฉลากขึ้นมาทีละหมายเลขจนครบจำนวน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ ประกอบไปด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ฝ่ายที่ปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาระงาน พัฒนามาจากแบบสอบถามของลลิตา แท่งเพชร⁽¹⁸⁾ แบ่งระดับการรับรู้ภาระงาน ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 15 ข้อ การแปลผลจากคะแนนการรับรู้ภาระงาน พิจารณาตามแนวคิดของเบสท์⁽¹⁹⁾

ส่วนที่ 3 ภาวะหมดไฟในการทำงาน ใช้แบบวัดระดับภาวะหมดไฟในการทำงานที่พัฒนามาจากแบบวัดความเหนื่อยล้าในการทำงานของแมสแลส Maslach burnout Inventory (MBI) ที่ได้รับการแปลและเรียบเรียงโดยสิระยา สัมมาวาท⁽²⁰⁾ ซึ่งความหมายเช่นเดียวกับคำว่าความเหนื่อยล้าในการทำงาน แบ่งการวัดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดค่าความเป็นบุคคล และการลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 23 ข้อ โดยแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การกำหนดทั้งหมดคะแนนของแมสแลสและแจคสัน⁽²¹⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้พิจารณาได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และนำไปหาความความเที่ยงโดยไปทดลองใช้ (Try out) กับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จำนวน 30 คน และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมดเท่ากับ 0.82

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 15 สิงหาคม 2564 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ด้วยเทคนิค Stepwise

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA no. 006/2564 รับรองในวันที่ 14 มิถุนายน 2564

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 74.2 อายุเฉลี่ย 35.15 ปี (S.D. = 7.25) อายุอยู่ระหว่าง 30-40 ปีจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2 สถานภาพโสดจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 49.2 การศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ปฏิบัติงานในตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 ปฏิบัติงานในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 39.4 ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 68 คนคิดเป็นร้อยละ 51.5 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 5-10 ปีจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 (ดังตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาระงานอยู่ในระดับสูงจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจังหวัดสุรินทร์ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 (n=132)

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	25.8
หญิง	98	74.2
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	36	27.3
30-40 ปี	61	46.2
มากกว่า 40 ปี	35	26.5
Mean = 35.15, S.D. = 7.25, Min = 20, Max = 58		
สถานภาพสมรส		
โสด	65	49.2
มีคู่/สมรสแบบอยู่ด้วยกัน	53	40.2
มีคู่/สมรสแต่แยกกันอยู่	8	6.1
หย่าร้าง/หม้าย	6	4.5
การศึกษา		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) หรือต่ำกว่า	15	11.4
ปริญญาตรี	99	75.0
ปริญญาโท	17	12.9
ปริญญาเอก	1	0.7
ตำแหน่ง		
เภสัชกร	15	11.4
เภสัชกรปฏิบัติการ	34	25.8
เภสัชกรชำนาญการ	55	41.7
เภสัชกรเชี่ยวชาญ	1	0.9
เภสัชกรเชี่ยวชาญพิเศษ	0	0.0
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	7	5.2
เจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน	13	9.8
เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน	7	5.2
ตารางการปฏิบัติงาน		
งานบริการผู้ป่วยนอก	52	39.4
งานบริการผู้ป่วยใน	28	21.2
งานบริหารเวชภัณฑ์	16	12.2

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
งานผลิต	7	5.2
งานคุ้มครองผู้บริโภค	13	9.8
อื่น ๆ (เช่นงานบริหารเภสัชกรรม งานเภสัชปฐมภูมิ)	16	12.2
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลศูนย์	35	26.5
โรงพยาบาลทั่วไป	19	14.4
โรงพยาบาลชุมชน	68	51.5
สำนักงานสาธารณสุข	10	7.6
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)		
น้อยกว่า 5 ปี	33	25.0
5 - 10 ปี	49	37.1
11 - 20 ปี	40	30.3
มากกว่า 20 ปี	10	7.6

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้ภาระงานของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจังหวัดสุรินทร์ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 (n=132)

ระดับการรับรู้ภาระงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	68	51.5
ระดับปานกลาง	61	46.2
ระดับต่ำ	3	2.3

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดค่าความเป็นบุคคลในระดับสูงจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 90.9 และภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดค่าความสำเร็จของบุคคลในระดับต่ำ จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 71.2 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจังหวัดสุรินทร์ ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 แต่ละองค์ประกอบ (n=132)

องค์ประกอบ	ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	8 (6.1)	46 (34.8)	78 (59.1)
ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล	1 (0.8)	11 (8.3)	120 (90.9)
ด้านการลดค่าความสำเร็จของบุคคล	94 (71.2)	36 (27.3)	2 (1.5)

จากการตรวจสอบพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงของการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple regression โดยใช้เทคนิค Stepwise จากการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.05 โดยควบคุมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทั้งหมด พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ การรับรู้ภาระงาน อายุ และสถานที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันตามการวิเคราะห์ถดถอยพหุได้ร้อยละ 28.10 โดยเภสัชกรหรือเจ้าพนักงาน

เภสัชกรที่มีการรับรู้ภาระงานในระดับสูงจะมีคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานที่มากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ภาระงานระดับต่ำ-ปานกลาง 20.16 คะแนน (mean diff. = 20.16, 95%CI : 13.54, 26.78) เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปจะมีคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าผู้ที่มียุคน้อยกว่า 35 ปีอยู่ 10.43 คะแนน (mean diff. = -10.43, 95%CI : -17.14, -3.72) และเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนจะมีคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขอยู่ 7.87 คะแนน (mean diff. = 7.87, 95%CI : 1.21, 14.53) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์หัตถิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ภาระงานต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรจังหวัดสุรินทร์โดยสถิติ Multiple regression ด้วยเทคนิค Stepwise (n=132)

ตัวแปร	Mean difference	SE _b	beta	t	95 % CI		p-value
ค่าคงที่	46.66	9.08		5.14	28.69,	64.62	<0.001
อายุ							
น้อยกว่า 35 ปี	Ref.*						
อายุ 35 ปีขึ้นไป	-10.43	3.39	-0.23	-3.07	-17.14,	-3.72	<0.001
สถานที่ปฏิบัติงาน							
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/สำนักงานสาธารณสุข	Ref.*						
โรงพยาบาลชุมชน	7.87	3.36	0.18	2.34	1.21,	14.53	0.02
การรับรู้ภาระงาน							
ระดับต่ำ-ปานกลาง	Ref.*						
ระดับสูง	20.16	3.35	0.45	6.03	13.54,	26.78	<0.001

R² = 0.281, SEE = 19.143, F = 16.635, p-value < 0.001, Ref.* = Reference group for compare the Mean difference of another group

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าระดับการรับรู้ภาระงานของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรจังหวัดสุรินทร์ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่มีการรับรู้ อยู่ในระดับสูง และปัจจัยด้านการรับรู้ภาระงานมีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรที่มีคะแนนการรับรู้ภาระงานระดับสูงจะมีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าผู้ที่มีคะแนนการรับรู้ภาระงานระดับต่ำ - ปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของลลิตา แท่งเพชร⁽¹⁸⁾ ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายในงาน โดยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรกำกับ โดยศึกษาในพนักงานระดับปฏิบัติการ ฝ่ายบริการและสนับสนุนลูกค้ารายย่อยของธนาคารพาณิชย์แห่งหนึ่ง พบว่าการรับรู้ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และสอดคล้องกับดารีกา ปิตรุงคพิทักษ์⁽¹⁰⁾ ที่ทำการศึกษาความสอดคล้องกลมกลืนของแบบจำลองสองปัจจัย (Bifactor Model) ของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของไซรอมและคณะ โดยศึกษาในนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลของภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 228 คน พบว่าการรับรู้ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานโดยรวม และยังพบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานได้รับอิทธิพลทางตรงทิศทางบวกจากการรับรู้ภาระงาน

การศึกษานี้พบว่าบุคลากรที่มีการรับภาระงานที่อยู่ในระดับสูง จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานมากตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเภสัชกรมีภาระงานที่มาก เนื่องจากการขาดแคลนอัตรากำลัง ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขยังมีอัตรา กำลังเภสัชกรไม่เพียงพอ ในขณะที่ผู้บริโภครและผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบริการทางเภสัชกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ และความปลอดภัยจากการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีการใช้ยาต่อเนื่องและซับซ้อน จากข้อมูลพบว่ากระทรวง สาธารณสุขต้องการเภสัชกรเพิ่มอีก 1,602 คนต่อปีไปจนถึง 10 ปี เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งภาครัฐจะมีเภสัชกรมาดูแลสุขภาพความปลอดภัยและการใช้ยาให้ประชาชนในอัตรา 3.7 เภสัชกรต่อหมื่นประชากร⁽²²⁾ สอดคล้องกับแนวคิดคูเปอร์และคาทไรท์⁽²³⁾ กล่าวว่าปริมาณงานที่มากเกินไปเกินความสามารถของผู้ปฏิบัติที่จะทำให้ สำเร็จในระยะเวลาที่กำหนดได้ อาจก่อให้เกิดความเครียด ความกังวล จนอาจจะนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงานได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของคอร์เตสและดอจเจอร์ตี⁽²⁴⁾ พบว่าผู้ปฏิบัติงานจะรู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถทำงานให้เสร็จ ตามกำหนดได้ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติต้องงานไปในทางลบได้ ส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

สำหรับตัวแปรด้านอายุที่พบว่าเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปจะมีคะแนนภาวะหมดไฟ ในการทำงานน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรรัตน์ แซ่ลื้อ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล⁽²⁵⁾ ที่ทำการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในสถาบันบำราศนราดูร พบว่าสัดส่วนในกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปีมีภาวะหมดไฟมากกว่าในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า และพบในทิศทางเดียวกับกลุ่มที่มีอายุการทำงานน้อยกว่า 10 ปี ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน และการศึกษาของกรมสุขภาพจิต⁽²⁶⁾ ที่ทำการศึกษาโดยการเก็บผลสำรวจผู้บริโภคร วยทำงานในกรุงเทพมหานครในช่วงปลายปี 2562 จำนวน 1,280 คน พบว่าช่วงอายุที่น้อยลงกลับมีโอกาที่จะเข้าสู่ภาวะ หมดไฟได้มากกว่า โดยกลุ่ม Gen Z หรือช่วงอายุต่ำกว่า 22 ปี กำลังตกอยู่ในภาวะหมดไฟมากที่สุดถึงร้อยละ 7 ขณะที่ กลุ่ม Gen Y หรือช่วงอายุ 23-38 ปี ก็ตกอยู่ในสภาวะใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 13 แต่กลับกันในกลุ่ม Baby boomer หรือ ช่วงอายุ อายุ 55-73 ปี กลับอยู่ในภาวะหมดไฟเพียงร้อยละ 7 รวมทั้งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของแมสแลสและ แจคสัน⁽¹⁶⁾ กล่าวว่าอายุเป็นตัวบอกถึงประสบการณ์ทำงานของแต่ละบุคคล ทั้งในชีวิตส่วนตัวและการทำงาน ผู้ที่มีอายุ มากมักจะมีความรู้ความเข้าใจทางอารมณ์มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย สามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็วสอดคล้องกับสถานการณ์จริง มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า และในสถานการณ์วิกฤติโรคโควิด-19 นี้ทำให้บุคลากรที่มีอายุน้อยต้องทำงานประสานกับ บุคลากรต่างโรงพยาบาลต่างสถานที่ เช่น การติดต่อประสานงานเรื่องการเบิกยา Favipiravir ในโรงพยาบาลแม่ข่าย การ ส่งต่อข้อมูลการใช้ยาของคนไข้ในกรณีคนไข้ถูกส่งตัวมาจากสถานพยาบาลอื่น ด้วยประสบการณ์ที่น้อยอาจทำให้การ สื่อสาร การติดต่อประสานงาน การตัดสินใจ การแก้ปัญหาต่างๆ เป็นไปด้วยความลำบาก นอกจากนี้บุคลากรที่อายุน้อย มักจะโสดและได้รับมอบหมายงานที่อาจมีความเสี่ยง เช่น การออกไปทำงานที่โรงพยาบาลสนาม ออกจ่ายยาในคลินิก โรคระบบทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Illness : ARI Clinic) ด้วยเหตุผลเหล่านี้จึงอาจส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟได้ มากกว่าบุคลากรที่มีอายุมากกว่าได้

นอกจากนั้นการศึกษายังพบว่าเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนจะมีคะแนน ภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของวาริชภูมิ ศิวกาญจน์⁽¹¹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาภาวะหมดไฟของเภสัชกร ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน พบว่าประเภทของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาวะ หมดไฟของเภสัชกรในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไปมีภาวะหมดไฟอยู่ในระดับต่ำ ต่างจากโรงพยาบาลชุมชนพบว่ามีภาวะหมดไฟในระดับสูง การที่ภาวะ หมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในการทำงานของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน มีมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งนี้อาจเกิดจากลักษณะงานที่แตกต่างกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในการทำงานด้าน อารมณ์การทำงานของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรแต่ละคนนอกจากจะมีหน้าที่หลัก

ในการให้บริการผู้ป่วยแล้ว ยังมีหน้าที่รับผิดชอบอื่น ๆ ค่อนข้างมาก เช่น การบริการเภสัชสนเทศ การจัดการความรู้และระบบสารสนเทศทางยา การจัดการการกระจายและการควบคุมยา การส่งเสริมการรักษาด้วยยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด คือ การดำเนินการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสมุนไพรที่มีการใช้หรือกล่าวอ้างถึงสรรพคุณในการรักษาหรือป้องกันโรคโควิด-19 แก่ประชาชนผู้มารับบริการ การดำเนินงานด้านการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับยาที่ต่างจังหวัด แล้วกลับมาที่จังหวัดสุรินทร์ การจัดส่งยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางไปรษณีย์หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน⁽²⁷⁾ ส่งผลให้มีภาระงานที่มากขึ้นเรื่อย ๆ อาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ อีกทั้งโรงพยาบาลชุมชนยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง ยาที่มีใช้ไม่ครอบคลุมกับโรคของผู้ป่วยที่ซับซ้อน อัตรากำลังของบุคลากรเกือบทุกวิชาชีพ ไม่เพียงพอต่อปริมาณคนไข้ที่มาใช้บริการ บุคลากร 1 คนอาจมีงานที่ต้องรับผิดชอบหลากหลายและจำนวนมาก เทคโนโลยีทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ยังไม่ทันสมัย และมีไม่เพียงพอ ข้อจำกัดเหล่านี้อาจส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน

ในภาวะวิกฤติโรคระบาดของโรคอุบัติใหม่นี้ทำให้ข้อจำกัดต่าง ๆ ยิ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น เช่น ปัญหาการกระจายยาต้านไวรัสโควิดเกิดประเด็นปัญหาระบบสำรองยา เนื่องจากในระยะต้นที่ยังมียา favipiravir หรือยาจำเป็นอย่างอื่นในการรักษาโควิด-19 ไม่มากพอ แต่อัตราการป่วยสูงและกระจายไปทั่วประเทศ⁽⁸⁾ ทำให้เกิดความกังวลว่าหากมีผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลชุมชนจะหายมารักษาผู้ป่วยได้ทันเวลาหรือไม่โดยผู้รับบริการที่เป็นโรคโควิด-19 ที่รุนแรงและเข้าข่ายต้องให้ยา favipiravir จะมีระบบการจัดการตั้งแต่ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ เมื่อแพทย์สั่งยาที่ได้รับการอนุมัติการใช้จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด ฝ่ายเภสัชกรรมจะต้องแนบบแบบฟอร์มไปเบิกยาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เมื่อได้รับยามาต้องทำการตรวจสอบยา และจัดทำฉลากยาที่สามารถทำให้เกิดการบริหารยาที่ต้อง และตรวจสอบก่อนทำการส่งมอบยาให้กับผู้ให้ยา และเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน และกินยาครบตามกำหนดแล้ว เภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจะต้องทำการรวบรวมข้อมูลแบบฟอร์ม ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารนำส่งโรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไป ทั้งนี้จะต้องเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการตลอดเวลา และทันทั่วทั้ง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเครียด ความวิตกกังวลในการทำงานเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 โรงพยาบาลชุมชนควรมีการจัดกิจกรรมที่ช่วยลดภาวะหมดไฟในกลุ่มเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่มีอายุน้อย เช่น จัดให้มีคู่ Buddy พี่-น้องจับคู่กัน เพื่อให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษา และการจัดอบรมเรื่องวิธีการจัดการความเครียดฝึกให้รู้จักทักษะการจัดการดูแลตัวเองและผ่อนคลายความเครียดให้แก่บุคลากรกลุ่มนี้ และผู้บริหารหรือผู้อำนวยการให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและควรมีการสลับสับเปลี่ยนงานเพื่อเพิ่มความหลากหลาย ทำให้ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าสามารถทำงานได้ประสบความสำเร็จและช่วยป้องกันภาวะหมดไฟที่อาจจะเกิดขึ้นได้

1.2 ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขควรใส่ใจในเรื่องลักษณะการทำงานที่แตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล เช่น ในโรงพยาบาลชุมชนควรมีการมอบหมายงานให้กับผู้ปฏิบัติตามความสามารถ ความรู้ ความถนัด ความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล มีการพิจารณาเพิ่มอัตรากำลังเพื่อให้กระจายและลดภาระงาน เพิ่มอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเพียงพอให้การทำงานสะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข งานมีประสิทธิภาพ และลดความผิดพลาดที่อาจเกิดในการทำงานได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่สามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต และการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อให้ได้ผลสรุปที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น ค่าตอบแทนพิเศษ ความก้าวหน้าในวิชาชีพ แรงจูงใจในการทำงาน เป็นต้น



เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 20]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.ha.or.th/TH/Contents/มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ%20\(HA\)](https://www.ha.or.th/TH/Contents/มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ%20(HA)).
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจมาตรฐานบริการเภสัชกรรมในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ฉบับปรับปรุงและพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
3. เครือข่ายเภสัชกรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย. เภสัชกรผู้ปิดทองหลังพระ..... กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2017/06/14035>.
4. สำนักงานคณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น. มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 22]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.local.moi.go.th/newweb2019/web/home/search?q=มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง+>.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 25]. เข้าถึงได้จาก: <https://slideplayer.in.th/slide/16911391/>.
6. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=22>.
7. วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์. ภาวะหมดไฟ: ความหมาย แบบทดสอบ และแนวทางป้องกันแก้ไข. วารสาร สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ. 2550;1(2):121.
8. ยุพดี ศิริสินสุข. วิกฤติโควิด-19 กับระบบยาของประเทศไทย. ยาวิพากษ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaidrugwatch.org/download/series/series44.pdf>
9. ดิเรก เลิศหัตถศิลป์. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของจิตแพทย์ในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56(4):437-48.
10. ดาริกา ปิตรุงคพิทักษ์. การทดสอบแบบจำลองสองปัจจัยของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของไซรอมและคณะ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
11. วาริชากู ศิวกาญจน์. ความเหนื่อยล้าในการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553.
12. Cheng Y, Chen IS, Chen CJ, Burr H, Hasselhorn HM. The influence of age on the distribution of self rated health, burnout and their associations with psychosocial work conditions. J Psychosom Res. 2013;74:213-20.
13. Maslach C. & Jackson S.E. Burnout in health profession: A social psychological analysis. In G.S. Sander & J. Suls (eds.). Social psychology of health and illness. 1982;227-251.
14. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. Journal of Vocational Behavior. 2010;77(2):168-85.
15. Rossi A, Cetrano G, Pertile R, Rabbi L, Donisi V, Grigoletti L, et al. Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. Psychiatry research. 2012;200(2-3): 933-8.



16. Maslach C, Jackson S.E. The measurement of experience burnout. *Journal of Organization Behavior*. 1981;2: 99–113.
17. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*. 2007;39(2):175–91.
18. ลลิตา แท่งเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงานสัมพันธภาพในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายในงาน โดยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรกำกับ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
19. Best JW. *Research in education* : 3rd ed. Englewood Cliffs, Nj: Prentice–Hall; 1977.
20. ลีระยาสมมวาท. ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามธิบดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
21. Maslach C., Jackson S. E. *Maslach Burnout Inventory*. New York: Consulting Psychological Press; 1986.
22. สภาเภสัชกรรมและคณะกรรมการอำนวยการศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย. จำนวนเภสัชกรที่จำเป็นต้องมีสำหรับการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยและการใช้ยาของประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2017/09/14623>
23. Cooper C.L., Cartwright S. *Managing workplace stress*. California: Sage Publication Inc; 1997.
24. Cordes CL, Dougherty TW. A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*. 1993;18(4):621–56.
25. จุฑารัตน์ แซ่ลื้อ และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*. 2560;9(2):95–103.
26. กรมสุขภาพจิต. งานวิจัยชี้ชาวกรุงวัยทำงานเกินครึ่งเสี่ยงหมดไฟ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 21]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.posttoday.com/life/work-life-balance/613654>.
27. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล. มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล พ.ศ. 2561–2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 23]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pknhospital.com/2019/data/drug/drugsystem/drug1.pdf>



การประเมินผลความรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทย
ในเขตสุขภาพที่ 9 ประจำปี 2563

An Evaluation of Health Literacy in Prevention, Control Disease and Health Hazard of the Thai
People, in the 9 Regional Health in 2020

เบญจมาศ อุณรัตน์*, พรรณรัตน์ เป็นสุข และ จันทกานต์ วลัยเสถียร

Benjamas Unarat*, Pannarat Pensuk and Jantakant Valaisathien

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima

*Corresponding author: kuenchai@hotmail.com

(Received: November 30, 2021; Accepted: June 2, 2022)

บทคัดย่อ

การประเมินผลความรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ประจำปี 2563 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-Square การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.7 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.3 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ระดับมาก ร้อยละ 56.0 และพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ระดับมาก ร้อยละ 47.5 พบว่า ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง กับความรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.550, 0.525) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กับความรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.395) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ประชาชนมีลักษณะของความรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ กลุ่มที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ค่อนข้างต่ำ กลุ่มที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณค่อนข้างมาก โดยพบว่าประชาชนแต่ละกลุ่มจะมีวิธีการเข้าถึงข้อมูลที่แตกต่างกัน จากแหล่งข้อมูลที่มีความหลากหลาย จึงควรวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ และพัฒนาระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้สุขภาพ, การประเมินผล, พฤติกรรมการป้องกันโรค

Abstract

An Evaluation of Health Literacy in Prevention, Control Disease and Health Hazard of the Thai People, in the 9th Regional Health in 2020. This descriptive and analytical study using mixed methods. In quantitative method, questionnaires were used to collect data from 400 residents selected through multi-stage sampling. Percentage, Mean, Standard Deviation, Chi-Square and Pearson Coefficient were used to analyze the data. In qualitative method, data collected through Focus Group Discussion among key informants. Content analysis was used to analyze obtained information. The study results: Health Literacy in Disease Prevention and Control, and Health Hazard: 51.7% of the residents had health literacy at a moderate level. Perception of Information: 60.3% of the residents perceived all

5 topics of diseases and health hazards related information at high. The knowledge of diseases and health hazards of overall 5 topics were at high 56.0%. Preventive behavior against diseases and health hazards: Most of the residents 47.5%. There is association between knowledge of diseases and health hazards, behavior against diseases and health hazards; and health literacy at moderate significant level (p -value = 0.550, 0.525). Perception of information and health literacy at low significant level (p -value = 0.395). According to qualitative method, health literacy of the residents could be divided into 3 groups which were low, moderate low and moderate levels supporting results from quantitative method. The residents of different groups access to information through different methods. The results of this study could be used as a reference to systematically formulate a plan related to risk communication and improve health behavior of targeted populations. They could be also used to formulate a plan to develop public communication for effectively enhancing information receiving, knowledge and health behaviors of targeted populations in the future.

Keywords: Health Literacy, Evaluate, Disease prevention behavior

บทนำ

กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานในระดับกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่หลักในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ที่มุ่งเน้นการเป็นผู้นำด้านวิชาการและเทคโนโลยีการป้องกันและควบคุมโรคของประเทศและระดับนานาชาติ⁽¹⁾ จากภาระหน้าที่ดังกล่าวกรมควบคุมโรคจึงได้จัดให้มีแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านยุทธศาสตร์ชาติ ในระดับประเทศ การดำเนินการดังกล่าวจะต้องมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ของการพัฒนา โดยการทำงานจะต้องตรงกับความต้องการของประชาชน ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชนและสังคม และประชาชนจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁽²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างได้ผลนั้น ต้องให้ความสำคัญกับการดำเนินงานในระดับบุคคล ดังนั้นการมีข้อมูลและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย รวมถึงความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในมุมมองของประชาชน จะเป็นข้อมูลที่สำคัญ ที่ใช้ในการวางแผนเพื่อสื่อสารเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้⁽³⁾ สำหรับในปีงบประมาณ 2562 กรมควบคุมโรคมีจุดเน้นในการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 5 ประเด็น ได้แก่ โรคไข้เลือดออก การบริโภคน้ำตาลและเกลือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัญหาฝุ่น PM 2.5 และโรคฉี่หนู

กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการด้านการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคให้กับประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 9 ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความรู้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2563 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นั้น การดำเนินการเรื่องการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อเป้าหมายสำคัญให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่สำคัญ จึงได้ดำเนินการศึกษาข้อมูลดังกล่าว ในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งข้อมูลที่ได้นั้นจะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพ และผลจากการสำรวจนั้นจะนำไปสู่การ



พัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในการป้องกันตนเอง ครอบครัวยุและสังคม เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมไปถึงการนำไปสู่ การสร้างนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทที่เป็นอยู่ได้อย่างเป็นรูปธรรมร่วมกับเป็นแนวทางในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนในเขตสุขภาพที่ 9 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (The convergent parallel design)⁽⁴⁾ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพในระดับลึกและสามารถสะท้อนความเป็นจริงได้ดีที่สุด ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 9 คำนวณขนาดตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน⁽⁵⁾ ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คัดเลือกขนาดตัวอย่างแบบบังเอิญในประชาชนที่พบทั่วไปทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2 จังหวัด ละ 2 อำเภอ ละ 2 ตำบล ละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 400 คน ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมีนาคม – สิงหาคม 2563

กลุ่มเป้าหมายข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป เลือกตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง⁽⁴⁾ คือ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญดังนี้ 1) เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับประโยชน์จากการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ 2) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้แนะนำผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชน และให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญแนะนำตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ดำเนินการสนทนากลุ่มพื้นที่ละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน รวมเป็น 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1. แบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร (4 ข้อ) ส่วนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน (15 ข้อ) ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค (15 ข้อ) ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน (26 ข้อ) ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน (26 ข้อ) โดยมีการแปลผลคะแนนทุกตัวแปร ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มาก ปานกลาง และน้อย ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสนทนากลุ่มทั้งหมด 4 ประเด็น ได้แก่ ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร การนำข้อมูลข่าวสารไปประยุกต์ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติไคสแควร์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)⁽⁶⁾ และการวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Constant comparative analysis)⁽⁷⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการรับรองจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เลขที่ Kucsc.HE-62-004 ณ วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.2 เป็นเพศชาย อายุ 25-45 ปี และ 46-60 ปี มีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 26.8 (อายุเฉลี่ย 43.97 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.18) จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ประถมศึกษา และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 35.0, 26.5 และ 21.0 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมาเป็นนักเรียน/นักศึกษา และอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 15.5 และ 13.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านต่าง ๆ

2.1 ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.7 รองลงมาเป็นระดับมากและน้อย ร้อยละ 46.3 และ 2.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 56.66$, $SD = 5.80$) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค

ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค	Mean±SD	ระดับความรอบรู้ จำนวน (ร้อยละ)		
		ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
ทักษะการเข้าถึง	12.16±1.86	281 (70.3)	114 (28.5)	5 (1.3)
ทักษะการเข้าใจ	10.91±1.53	123 (30.8)	260 (65.0)	17 (4.3)
ทักษะการไต่ถาม	9.24±1.28	123 (30.8)	260 (65.0)	17 (4.3)
ทักษะการตัดสินใจ	11.84±1.89	273 (68.3)	110 (27.5)	17 (4.3)
ทักษะการนำไปใช้	12.51±1.84	323 (80.8)	68 (17.0)	9 (2.3)
ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค	56.66±5.80	185 (46.3)	207 (51.7)	8 (2.0)

2.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ในระดับมาก ร้อยละ 60.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง และน้อย ร้อยละ 29.0 และ 10.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในระดับมาก ($\bar{X} = 19.59$, $SD = 4.10$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยในเขตสุขภาพที่ 9 (n = 400)

ประเด็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	Mean±SD	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน (ร้อยละ)		
		ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
โรคไข้เลือดออก	4.04±1.06	167 (41.8)	140 (35.0)	93 (23.3)
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ	3.88±1.02	120 (30.0)	165 (41.3)	115 (28.8)
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	3.98±1.02	137 (34.3)	168 (42.0)	95 (23.8)
ปัญหา PM 2.5	3.95±1.03	135 (33.8)	161 (40.3)	104 (26.1)
โรคฉี่หนู	3.74±1.03	98 (24.5)	160 (40.0)	142 (35.5)
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ	19.59±4.10	241 (60.3)	116 (29.0)	43 (10.8)

2.3 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็นในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 56.0, 35.0 และ 9.0 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค และภัยสุขภาพรวม 5 ประเด็นของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (Mean = 17.55, $SD = 5.26$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยในเขตสุขภาพที่ 9 (n = 400)

ประเด็นความรู้	Mean±SD	ระดับความรู้ จำนวน (ร้อยละ)		
		ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
โรคไข้เลือดออก	3.82±1.27	261 (65.3)	118 (29.5)	21 (5.3)
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ	2.54±1.20	72 (18.0)	231 (57.8)	97 (24.3)
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	4.86±1.64	296 (74.0)	62 (15.5)	42 (10.5)
ปัญหา PM 2.5	2.98±1.27	126 (31.5)	226 (56.5)	48 (12.0)
โรคฉี่หนู	3.45±1.47	210 (52.5)	138 (34.5)	52 (13.0)
ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	17.55±5.26	224 (56.0)	140 (35.0)	36 (9.0)

2.4 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 47.5 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 5 ประเด็น ในระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 47.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.5 และมีผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อยเพียงร้อยละ 10.5 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (Mean = 99.29, SD = 18.29) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายประเด็นและระดับของพฤติกรรม (n = 400)

ประเด็นพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ	Mean±SD	ระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จำนวน (ร้อยละ)		
		ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
โรคไข้เลือดออก	22.09±3.38	330 (82.5)	58 (14.5)	12 (3.0)
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ	19.46±4.09	217 (54.3)	136 (34.0)	47 (11.8)
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	21.93±5.47	172 (43.0)	168 (42.0)	60 (15.0)
ปัญหา PM 2.5	17.04±5.67	159 (39.8)	137 (34.3)	104 (26.0)
โรคฉี่หนู	18.86±4.11	211 (52.8)	142 (35.5)	47 (11.8)
พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	99.29±18.29	190 (47.5)	168 (42.0)	42 (10.5)

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน พบว่า อายุ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ ป้องกันควบคุมโรค		χ^2	P- value
	มาก	ปานกลางและน้อย		
เพศ	132 (33.0)	268 (67.0)	3.164	0.075
อายุ (ปี)	132 (33.0)	268 (67.0)	8.392*	0.039
การศึกษา	132 (33.0)	268 (67.0)	10.487*	0.033
อาชีพหลัก	132 (33.0)	268 (67.0)	2.655	0.103

* $p < 0.05$

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พบว่า ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.550$, $p\text{-value} = 0.525$) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.395$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ปัจจัย	PC	KL	BH
PC (n = 400)	1		
KL (n = 400)	0.539*	1	
BH (n = 358)	0.421*	0.490*	1
HL (n = 400)	0.395*	0.550*	0.525*

** $p < 0.01$

หมายเหตุ : PC = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ KL = ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

BH = พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ HL = ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ประชาชนมีลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ กลุ่มผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ คือ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยตนเองได้ และไม่สนใจที่จะค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ กลุ่มที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ คือ สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในประเด็นที่ตนเองสนใจได้ ไม่สามารถที่จะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ตนได้รับได้ กลุ่มที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง คือ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้จากหลายแหล่ง สามารถจำข้อมูลด้านสุขภาพที่ตนได้รับมาได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณค่อนข้างมาก โดยพบว่าประชาชนแต่ละกลุ่มจะมีวิธีการเข้าถึงข้อมูลที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การบริโภคน้ำตาลและเกลือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัญหาฝุ่น PM 2.5 และวัณโรค จากแหล่งข้อมูลที่มีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่มาจากสื่อบุคคล เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อน และสื่อเฉพาะกิจ เช่น อินเทอร์เน็ต ไลน์

อภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 56.66$, $S.D. = 5.80$) ค่าเฉลี่ยทักษะการเข้าถึงและการนำไปใช้ในระดับมาก โดยมีทักษะด้านการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม และทักษะการตัดสินใจในระดับปานกลาง ข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการสำรวจของ Kutner⁽⁸⁾ ที่พบว่า ร้อยละ 53 ของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนมีทักษะการเข้าใจและไต่ถามในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายทักษะ พบว่าประชาชนยังมีคะแนนทักษะด้านการไต่ถามน้อยกว่าทักษะอื่นๆ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้นั้น เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องลักษณะของทักษะที่พบว่าทักษะการไต่ถามต้องอาศัยทักษะด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ ขณะที่การเข้าถึง การตัดสินใจ และการนำไปใช้เป็นทักษะที่อาศัยกระบวนการภายในบุคคลมากกว่า ประกอบกับลักษณะของประชาชนไทยที่เน้นการรับข้อมูลทางเดียวมากกว่าการไต่ถามซักถาม ประชาชนจึงมีทักษะในการไต่ถามน้อย



การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 19.59, S.D. = 4.10) นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชาญ ปาวัน และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า เพศ อายุ และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลให้บุคคลมีรูปแบบในการเลือกเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน เช่น บุคคลที่มีอาชีพที่แตกต่างกันย่อมเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันด้วย สาเหตุดังกล่าวส่งผลให้บุคคลที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีการรับรู้ข้อมูลที่แตกต่างกัน

ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 5 ประเด็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 17.55, S.D. = 5.26) มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การบริโภคน้ำตาลและเกลือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปัญหาฝุ่น PM 2.5 และโรคฉี่หนูในระดับปานกลาง เหตุผลที่ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก เนื่องจากลักษณะของสังคมในปัจจุบันมีลักษณะของสังคมเมืองมากยิ่งขึ้น ซึ่งสังคมเมืองเป็นสังคมแห่งข้อมูลข่าวสาร ประชาชนสามารถเข้าถึงข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้ตลอดเวลาและสามารถเข้าถึงได้จากหลายแหล่ง ประกอบกับการทำงานในเชิงรุกของกรมควบคุมโรคที่มีการบูรณาการกับหน่วยงานที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นมูลนิธิ สำนักงาน หรือองค์การที่ทำงานด้านสุขภาพทำให้ประชาชนมีระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในระดับสูง ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นเรื่องปัญหาฝุ่น PM 2.5 เป็นประเด็นที่ประชาชนมีความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง สาเหตุที่เป็นเช่นนี้นั้นอาจเกิดจากลักษณะของปัญหาฝุ่น PM 2.5 ที่เป็นปัญหาใหม่ ที่เพิ่งมีการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้ได้ไม่นาน นอกจากนี้ลักษณะของฝุ่น PM 2.5 ยังเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อน ยากแก่การอธิบายให้เกิดความเข้าใจ โดยเฉพาะขนาดของฝุ่นที่มีการกำหนดเป็นระดับไมครอน

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X}$ = 99.29, S.D. = 18.29) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับเหมาะสมมากทุกประเด็น เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงอาจเกิดจากรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของกรมควบคุมโรคที่มีการใช้รูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนอื่นๆ มีการใช้รูปแบบการสื่อสารเชิงรุก เช่น การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล สามารถได้รับข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้องทันเวลา นอกจากนี้กรมควบคุมโรค และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ยังมีการใช้ช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงทางอินเทอร์เน็ตเพื่อให้ประชาชนในกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน ในสังคมเมืองซึ่งเน้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตเป็นหลักได้รับรู้ควบคู่กันไปด้วย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพนั้น พบว่า เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชาญ ปาวันและคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งอธิบายได้ว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันส่งผลให้บุคคลเกิดความสนใจ แรงจูงใจ และความต้องการที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวย่อมทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันไป ในที่สุด

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่าตัวแปรข้างต้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ที่อธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีระดับความรู้รอบด้านสุขภาพในระดับที่ต่างกันจะมี

พฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน โดยบุคคลที่ระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงกว่าจะมีความสามารถ มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมากกว่าทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากกว่า ซึ่งส่งผลให้บุคคลเหล่านี้มีข้อมูลข่าวสารและมีความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพมากกว่า นอกจากนี้บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีความสามารถในการพิจารณาไตร่ตรองและเลือกตัดสินใจ ตลอดจนมีความสามารถที่จะนำเอาข้อมูลข่าวสารที่ตนได้มาให้ได้มากกว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีแนวโน้มจะมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และมีพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพมากกว่า

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรนำผลการศึกษานี้มาเป็นฐานในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และการวางแผน การปฏิบัติในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ในภาพของเขตสุขภาพที่ 9 โดยในการสื่อสารความเสี่ยง ควรใช้ช่องทางที่หลากหลายเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงข้อมูล และการสื่อสารความเสี่ยงควรใช้หลายช่องทางควบคู่กันไป

2. การดำเนินงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงควรให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับคุณลักษณะและบริบทของประชาชน ที่ทำการสื่อสารด้วย เพื่อให้ประชาชนเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง อันจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไปโดยทำการศึกษาผู้ใช้และบริบทของผู้ใช้ก่อนพัฒนาสื่อ เลือกช่องทาง และทำการสื่อสารความเสี่ยง โดยผลการวิจัยพบว่าประชาชนยังขาดทักษะในการเข้าใจและได้ถาม

3. ควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคให้ประชาชน เพราะผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ดังนั้นการดำเนินงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต จึงควรมุ่งสื่อสารเพื่อให้ประชาชนเกิดทักษะในการทำความเข้าใจ ทักษะในการตัดสินใจที่ถูกต้องต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่มีอย่างหลากหลาย ในยุคปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย เพื่อให้เกิดการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งเกิดภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคที่ดีได้โดย

1. นำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นฐานในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และการวางแผน การปฏิบัติในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนโดยในการสื่อสารความเสี่ยงควรใช้ช่องทางที่หลากหลายเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงข้อมูล

2. ทำการศึกษาผู้ใช้และบริบทของผู้ใช้ก่อนพัฒนาสื่อ เลือกช่องทาง และทำการสื่อสารความเสี่ยง

3. พัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยการพัฒนาโมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship Model)

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาในหน่วยงานที่ตนเองรับผิดชอบได้ ดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นสื่อที่ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากที่สุด ใน 3 อันดับแรก ประสิทธิภาพในการสื่อสารความเสี่ยงของ อสม. จึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการสื่อสารความเสี่ยง และในบางโอกาส อสม. ยังมีฐานะเป็นต้นแบบทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา จึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. เพื่อเป็นการพัฒนา



อสม. สามารถกลั่นกรองและเลือกข้อมูลที่จะนำไปสื่อสารต่อได้อย่างถูกต้อง และสามารถเป็นต้นแบบที่ดีให้กับประชาชนในชุมชนได้ต่อไป

2. การสื่อสารด้วยสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ยังเป็นสื่อที่มีความสำคัญในการสื่อสารความเสี่ยง เพราะสามารถเผยแพร่ข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารความเสี่ยงในสถานการณ์เร่งด่วน อย่างไรก็ตามการสื่อสารผ่านโทรทัศน์เป็นช่องทางที่มีค่าใช้จ่ายสูง และมีเวลาจำกัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา จึงควรพัฒนารูปแบบการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ใช้เวลาน้อย แต่มีความน่าสนใจ เพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา

3. คุณลักษณะของประชาชนที่แตกต่างกันมีผลต่อรูปแบบการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา จึงควรตระหนักอยู่เสมอว่า แม้ว่าประชาชนจะมีการเข้าถึงข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพได้ง่ายขึ้นในยุคปัจจุบัน แต่ก็ยังมีคนกลุ่มหนึ่งที่จัดว่าเป็นกลุ่มอ่อนไหว คือ มีความสามารถในการเข้าถึง และเข้าใจได้น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มนี้ และทำการตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจอยู่เสมอว่า การสื่อสารความเสี่ยงที่ดำเนินการอยู่สามารถสื่อสารไปถึงประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรให้ความสนใจกับการวิจัยเพื่อหาลักษณะของการสื่อสาร ลักษณะ การออกแบบสื่อที่มีคุณภาพและตรงกับความต้องการของประชาชนด้วยการวิจัยอิงการออกแบบ (Design-based research) เพื่อให้ได้หลักการในการออกแบบสื่อที่มีประสิทธิภาพ และตรงกับความต้องการของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและตรงกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

2. ควรใช้เทคนิคการวัดพฤติกรรมสุขภาพแบบอื่น ๆ เพื่อให้ได้งานวิจัยที่มีความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

3. ควรทำการศึกษาเพื่อหาวิธีการพัฒนาความสามารถของสื่อบุคคล เพื่อช่วยให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้แนวทางในการพัฒนาสื่อบุคคลได้อย่างตรงจุด มีประสิทธิภาพ และประหยัด

4. ควรทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทของประชาชนไทย เพื่อให้ได้โมเดลการวัด และเครื่องมือวัดที่มีความตรงตามบริบท อันจะช่วยให้เกิดการพัฒนางานองค์ความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษา สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ที่ช่วยชี้แนะให้ความคิดเห็นจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา บุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขในเขตและพื้นที่ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่ทำให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2554. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
2. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. แผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรอบแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาแผนปฏิบัติการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค (เอกสารอัดสำเนา); 2559.

3. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพ (พ.ศ. 2560 – 2579). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2560.
4. Palys, T. Purposive sampling. In L.M. Given (Ed.) The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods. (Vol.2). Sage: Los Angeles; 2008.
5. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. (Vol.3): Educational and Psychological Measurement; 1970.
6. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์; 2553.
7. สุรางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
8. Kutner M., Greenberg E., Jin Y. and Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2006.
9. วิชาญ ปวันและคณะ. การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2561-2562. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2561-2562.



**อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการในคลินิก
โรกระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2564**

**The Incidence and Factors Associated of Coronavirus Disease 2019 among Patients in Acute
Respiratory Illness Clinic, the Office of Disease Prevention and Control 4 Saraburi, 2021**

ธนวุธ กาฬภักดี และ สุชาญวัชร สมสอน*

Thanawut Karapakdee and Suchanwat Somsorn*

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

Office of Disease Prevention and Control, Region 4, Saraburi

*Corresponding author: biggieclub@gmail.com

(Received: May 8, 2022; Accepted: June 20, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการในคลินิกโรกระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2564 จากระบบบันทึกข้อมูล Infection Control Nurse tracking (ICN tracking) ระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงธันวาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่พบเชือกับกลุ่มที่ไม่พบเชื้อด้วยสถิติ Chi-square ผลการศึกษา พบว่า จากข้อมูลผู้รับบริการคลินิกโรกระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี จำนวน 13,070 ราย มีผลการตรวจด้วยวิธีการ Real-time PCR ผลพบเชื้อ จำนวน 1,051 ราย (อุบัติการณ์ร้อยละ 8.1) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 สัญชาติไทย ร้อยละ 97.9 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 22.5 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 89.9 ประกอบอาชีพ อาชีพอิสระ นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 69.6 เป็นผู้เดินทางกลับจากประเทศพื้นที่เสี่ยง ร้อยละ 81.7 และผู้มารับบริการไม่มีอาการ ร้อยละ 99.5 นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่พบเชือกับกลุ่มที่ไม่พบเชื้อ พบว่า เพศ สัญชาติ อายุ ภูมิลำเนา อาชีพ ความเสี่ยง อาการ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงควรนำผู้ที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน นักศึกษา และผู้ประกอบการอาชีพอิสระที่ไม่มีอาการให้เข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อในผู้สัมผัสใกล้ชิด ทั้งในครอบครัว สถานที่ทำงาน และชุมชนได้ต่อไป

คำสำคัญ: อุบัติการณ์, ปัจจัย, ไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

The aims of this cross-sectional descriptive research were to explore incidence and associated factors of coronavirus disease 2019 among patients in acute respiratory illness clinic, The Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi. The population were clients registered in the Infection Control Nurse tracking (ICN tracking) system between January 2021 to December 2021 who received services in acute respiratory illness clinic, The Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi. The data record form has been developed by the researcher. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentages and analyzed association with chi-square. The results of the study revealed that from the information of patients receiving acute respiratory illness clinic, The Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi 13,070 cases, 1,051 have positive test results by Real-time

PCR test (Incidence 8.1%), 56.7% were female, 97.9% have Thai nationality, 22.5% aged 21–30 years, 89.9% domiciled in the 4th health regional, 69.6% were other occupational such as freelancer and student, 81.7% who returning from a high-risk country, and 99.5% had no symptoms of coronavirus. In addition, when comparing the data between the infected group and the uninfected group, it was found that gender, nationality, age, domicile, occupation, risk and symptoms were statistically related to coronavirus 2019 infection (p -value $< .001$). Suggestion from the results of the study to prevent and control disease should access screening people at worker group, students and freelancer group and treatment be able to services quickly, it's affected to reduce the spread of infection in close contact, family, workplace, and community.

Key words: Prevalence, Factors, Coronavirus Disease 2019

บทนำ

ปัจจุบันการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่คุกคามต่อสุขภาพของคนทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเมือง และทำให้เกิดความโกลาหลของประชาชนในประเทศหรือในบริเวณที่มีการพบผู้ติดเชื้อ⁽¹⁾ โดยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่องและล่าสุดในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ที่พบการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่องค์การอนามัยโลกใช้ชื่อเรียกอย่างเป็นทางการว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” หรือ “โควิด-19”⁽²⁾

สำหรับสถานการณ์การระบาดในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขยืนยันพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกในวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 และปัจจุบันในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 มีรายงานผู้ติดเชื้อในประเทศไทย 3,111 ราย จำนวนผู้ป่วยสะสม 2,223,436 ราย มีผู้เสียชีวิต 26 ราย และผู้เสียชีวิตสะสม 21,698 ราย⁽³⁾ ส่วนในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2564 มีรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 177 ราย จำนวนผู้ป่วยสะสม 226,700 รายและมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 3 ราย โดยพบว่า เมื่อจำแนกจำนวนผู้ป่วยตามจังหวัด จังหวัดที่มีผู้ป่วยสะสมมากที่สุด ได้แก่ นครบุรี 60,629 ราย รองลงมาเป็นปทุมธานี 40,773 ราย และสระบุรี 33,264 ราย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดเชื้ออยู่ในกลุ่มอายุ 25–34 ปี ถึงร้อยละ 22.07 รองลงมาอายุ 35–44 ปี ร้อยละ 19.26 และอายุ 45–54 ปี ร้อยละ 14.95⁽⁴⁾

การรับมือกับโควิด-19 ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข จึงมีการจัดตั้งคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ARI Clinic) ขึ้นเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในทุกโรงพยาบาลของประเทศไทย เพื่อใช้เป็นสถานที่ที่ใช้ในการตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ทั้งมีอาการและไม่มีอาการให้เข้ารับการคัดกรองและรักษาอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว ให้สามารถป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในครอบครัวและชุมชน⁽⁵⁾ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ได้เล็งเห็นความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จึงได้จัดตั้งคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ARI Clinic) ขึ้น เพื่อรองรับการตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2564 จนถึงปัจจุบัน⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาอุบัติการณ์รวมถึงปัจจัยของการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้รับบริการ แต่มีการศึกษาของ ณ สุกัญจน์ อังคเศกวินัย และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า อุตบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มบุคลากรที่ไม่ใช่ด้านหน้า ร้อยละ 0.83 ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการติดเชื้อโควิด-19 จึงได้ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2564 ขึ้น เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนพัฒนาระบบบริการในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น ทำให้สามารถป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในครอบครัวและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2564

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional study) เก็บข้อมูลผู้มารับบริการคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันจากระบบ Infection Control Nurse tracking (ICN tracking) ระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงธันวาคม 2564 ที่รับบริการในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี จำนวน 13,070 ราย⁽⁸⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ สัญชาติ อายุ ภูมิฐานะ อาชีพ ความเสี่ยง อาการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา 1 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำมาทดลองบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ จำนวน 30 ราย แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำมาใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2565 ตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ข้อมูลผู้รับบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบ Infection Control Nurse tracking (ICN tracking) ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2564 ที่รับบริการในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี⁽⁸⁾ ประกอบด้วย เพศ สัญชาติ อายุ ภูมิฐานะ อาชีพ ความเสี่ยง อาการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่พบเชือกับกลุ่มที่ไม่พบเชื้อด้วยสถิติ Chi-square

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า อุตบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2564 จากผู้รับบริการทั้งหมด 13,070 ราย มีผู้ที่มีผลบวก จำนวน 1,051 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.1 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2564 (n = 13,070)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
พบเชื้อ	1,051	8.1
ไม่พบเชื้อ	12,019	91.9

พบว่าข้อมูลของผู้มีผลพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับบริการคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2564 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 สัญชาติไทย ร้อยละ 97.9 ส่วนใหญ่
 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 22.5 รองลงมา มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 21.1 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4
 ร้อยละ 89.9 ประกอบ อาชีพอิสระ นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 69.6 ด้านความเสี่ยงพบว่า เป็นผู้เดินทางกลับจากประเทศ
 พื้นที่เสี่ยง ร้อยละ 81.7 รองลงมาเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยง ร้อยละ 9.9 อีกทั้งพบว่า ผู้มารับบริการไม่มีอาการของโรคติดเชื้อ
 ไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 99.5 โดยพบว่า มีอาการมากกว่า 2 อาการขึ้นไป ร้อยละ 60.0 นอกจากนี้เมื่อหาความสัมพันธ์
 ระหว่างกลุ่มที่พบเชื้อกับกลุ่มที่ไม่พบเชื้อ พบว่า เพศ สัญชาติ อายุ ภูมิลำเนา อาชีพ ความเสี่ยง อาการ มีความ
 สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้รับบริการคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ
 เฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2564 ($n = 13,070$)

ตัวแปร	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		p-value
	พบเชื้อ ($n=1,051$) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่พบเชื้อ ($n=12,019$) จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			<0.001*
ชาย	455 (43.3)	7,148 (59.5)	
หญิง	596 (56.7)	4,871 (40.5)	
สัญชาติ			<0.001*
ไทย	1,029 (97.9)	11,299 (94.0)	
กัมพูชา	8 (0.8)	300 (2.5)	
พม่า	10 (1.0)	254 (2.1)	
อื่นๆ	4 (0.4)	166 (1.4)	
อายุ			<0.001*
ต่ำกว่า 20 ปี	170 (16.2)	1,032 (8.6)	
21-30 ปี	222 (22.5)	3,634 (30.2)	
31-40 ปี	200 (21.1)	3,114 (25.9)	
41-50 ปี	134 (19.0)	2,404 (20.0)	
51-60 ปี	88 (12.7)	1,415 (11.8)	
60 ปีขึ้นไป	237 (8.4)	420 (3.5)	
ภูมิลำเนา			<0.001*
ในเขตสุขภาพ	945 (89.9)	9,544 (79.4)	
นอกเขตสุขภาพ	106 (10.1)	2,475 (20.6)	
อาชีพ			<0.001*
เกษตรกร	4 (0.4)	66 (0.5)	
ข้าราชการ	6 (0.6)	422 (3.5)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	38 (3.6)	347 (2.9)	
พนักงานบริษัท	138 (13.1)	2,278 (19.0)	
รับจ้างทั่วไป	97 (9.2)	2,346 (19.5)	

ตัวแปร	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		p-value
	พบเชื้อ (n=1,051) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่พบเชื้อ (n=12,019) จำนวน (ร้อยละ)	
ว่างงาน	37 (3.5)	663 (5.5)	<0.001*
อื่นๆ เช่น อาชีพอิสระ นักเรียน/นักศึกษา	731 (69.6)	5,897 (49.1)	
ความเสี่ยง			
ผู้เดินทางกลับจากประเทศพื้นที่เสี่ยง	915 (81.7)	5,876 (48.9)	
ผู้ที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยง	104 (9.9)	5,285 (44.0)	
ผู้สัมผัสใกล้ชิด	18 (1.7)	220 (1.8)	<0.001*
ไม่มีความเสี่ยง	14 (1.3)	638 (5.3)	
อาการ			
มีอาการ	5 (0.5)	361 (3.0)	<0.001*
ไม่มีอาการ	1,046 (99.5)	11,658 (97.0)	

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่า ข้อมูลของผู้มีผลพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รับบริการคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2564 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 เนื่องด้วยผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานที่ประกอบอาชีพอิสระซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรพต ปานเคลือบ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคโควิด-19 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.49 นอกจากนี้มีสัญชาติไทย ร้อยละ 97.9 เนื่องจากคลินิกเปิดให้บริการสำหรับประชาชนทั่วไป ส่วนผู้รับบริการต่างด้าวไปรับการตรวจที่ประกันสังคมระบุไว้สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรพต ปานเคลือบ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 92.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 22.5 เนื่องจากเป็นวัยแรงงานที่ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ในการเข้าสมัครงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรพต ปานเคลือบ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 31.0 นอกจากนี้มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 89.9 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น อาชีพอิสระ นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 69.6 เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในละแวกนี้มีสถานศึกษาและกลุ่มผู้ประกอบอาชีพอิสระจำนวนมาก นอกจากนี้ความเสี่ยงพบว่า เป็นผู้เดินทางกลับจากประเทศพื้นที่เสี่ยง ร้อยละ 81.7 เนื่องจากในช่วงที่มีการระบาดในระลอกที่ 1 มีกลุ่มที่เดินทางกลับจากประเทศพื้นที่เสี่ยงค่อนข้างมากจากการระบาดในต่างประเทศ อีกทั้งพบว่า เป็นผู้ที่ไม่มีอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 97.20 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรพต ปานเคลือบ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีอาการร้อยละ 99.5 ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการอยู่ในวัยแรงงานและเป็นกลุ่มเสี่ยง ซึ่งคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนทั่วไปได้เพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถเข้ารับการวินิจฉัยและรักษาได้รวดเร็วและทั่วถึง

นอกจากนี้อุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรีปี 2564 พบว่า จากผู้รับบริการทั้งหมด 13,070 ราย มีผู้ที่มีผลบวกจำนวน 1,051 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.1 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชากัญจน์ อังคเศกวินัย และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มบุคลากรที่ไม่ใช่ด่านหน้า ร้อยละ 0.83 นอกจากนี้เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่พบเชือกับกลุ่มที่ไม่พบเชื้อ พบว่า เพศ สัญชาติ อายุ ภูมิลำเนา อาชีพ ความเสี่ยง และอาการ มีความสัมพันธ์กับ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แล้ว ก็จะสามารถนำมาวางแผนป้องกันควบคุมโรคได้อย่างตรงจุด สอดคล้องกับอภิวดี อินทเจริญ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า เพศ อายุ และอาชีพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกคนจะต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็วตามนโยบาย “เจอ จ่าย จบ”^(11,12) เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครอบครัวและชุมชน อีกทั้งหากการคัดกรองโรคได้รวดเร็วสามารถลดวันนอนโรงพยาบาลได้⁽¹³⁾ นอกจากนี้บุคคลทั่วไป ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และการรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้^(14,10)

อย่างไรก็ตามการให้บริการคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี นอกจากสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการแล้วยังสามารถประสานการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็ว และทันทั่วถึง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽¹⁵⁾ ทำให้สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อในผู้สัมผัสใกล้ชิดทั้งในครอบครัว สถานที่ทำงาน และชุมชนได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไป เนื่องจากการศึกษานี้ทำในกลุ่มคลินิกบริการ ควรมีการศึกษาอุบัติการณ์ของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในทุกหน่วยของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนด้านการบริการ ควรพัฒนาระบบบริการจัดบริการแบบ One Stop Service ตั้งแต่ตรวจพบเชื้อจนถึงการรักษา รวมถึงระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และด้านการบริหาร ควรมุ่งเน้นการเฝ้าระวังและค้นหาเชิงรุกในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา และผู้ประกอบการอาชีพอิสระ ผู้ที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยง รวมถึงกลุ่มวัยทำงานที่ไม่มีอาการ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยในครั้งนี้ได้สำเร็จลุล่วง โดยได้รับความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี และหัวหน้ากลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรคที่ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยและให้ข้อเสนอแนะในการวิจัย เพื่อให้มีความสมบูรณ์ในงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560 – 2564). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
2. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทางห้องปฏิบัติการ. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 31]. เข้าถึงได้จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/>.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. รายงานสถานการณ์โรค COVID-19 เขตสุขภาพที่ 4 วันที่ 30 ธันวาคม 2564. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี; 2564.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดตั้งคลินิกตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI Clinic). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.



6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. คำสั่งจัดตั้งคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี; 2564.
7. ฌสิกาญจน์ อังคเศกวิญญ์, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, อรศรีวิฑวสมงค, จตุรงค์ เสวตานนท์, โกวิท พัฒนาปัญญาสัตย์, รุจิภาส สิริจตุภัทร และคณะ. ความชุกและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อด้วยการตรวจทางซีโรโลยีและการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าทีดูแลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ภายในโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 31]. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5506?locale-attribute=th>.
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. รายงานผู้รับบริการคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เมษายน 12]. เข้าถึงได้จาก <https://croyal.icntracking.com/home/>.
9. บรรพต ปานเคลือบ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เมษายน 12]. เข้าถึงได้จาก <https://www.vachiraphuket.go.th/articles/research/factors-related-to-symptoms-of-patients-covid-19-in-the-community-hospital-thalang-phuket/>.
10. อภิชาติ อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล, สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสาร สภาการสาธารณสุขชุมชน 2564;3(2):19-30.
11. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การจัดบริการ Home Isolation กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
12. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เมษายน 12]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/intro.php>.
13. วาสนา ฟ้าวิน, พรทิพย์ อยู่ญาติมาก และ วรันต์ภรณ์ พนสิทธิวัฒนา. การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของ ผู้ป่วย PUI ที่ติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรามธิบดี จักรีนฤพดินทร์. วารสารควบคุมโรค 2565;48(1):33-41.
14. นกัสวรรณ เร็วเรียบ. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกัน COVID-19 ของคนไทยในตำบลปากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2565;6(2):37-51.
15. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โควิด-19. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.



สัดส่วนของผู้ที่มีผลภาพถ่ายรังสีผิดปกติตามระบบ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses ในกลุ่มผู้ทำงานสัมผัสฝุ่นหินทรายและแร่ใยหิน ข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังโรคนิวโมโคโนโอสิสในเขตสุขภาพที่ 9

The proportion of people with abnormal radiographic results according to the ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses system in the Region 9 Public Health exposed to sandstone dust and asbestos data from the Pneumoconioses Surveillance System

ภรณ์ทิพย์ พิมดา* และ ธรรัตน์ แสงดี

Pornthip Pimda* and Thomrat Sawaengdee

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

*Correspondence author: pornthippd6@gmail.com

(Received: May 17, 2022; Accepted: June 29, 2022)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันยังมีผู้ประกอบการอาชีพที่สัมผัสฝุ่นอนินทรีย์ทั้งในโรงงานอุตสาหกรรมและงานก่อสร้าง ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคนิวโมโคโนโอสิสและพบรายงานการเกิดโรคมามากขึ้น โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 9 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) หาสัดส่วนของผู้ที่มีผลผิดปกติจากการอ่านฟิล์มตามระบบ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses ในคนที่ทำงานสัมผัสฝุ่นหินทรายและแร่ใยหิน 2) หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลต่อเอ็กซเรย์ปอดที่ผิดปกติ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบย้อนหลังจากข้อมูลการเฝ้าระวังสุขภาพ ของผู้ที่ทำงานสัมผัสฝุ่นหินทรายหรือแร่ใยหินพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2559 – 2564 จำนวน 284 คน โดยใช้แบบบันทึกผลการอ่านฟิล์มโดย NIOSH B-reader และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการทำงาน และอาการของระบบทางเดินหายใจ ผลการศึกษาจากประชากรศึกษา จำนวน 284 คน พื้นที่ทำงานอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 72.9 (207 คน) ลักษณะงานทำเกี่ยวกับหินทราย ร้อยละ 60.9 (173 คน) ระยะเวลาสัมผัสนานกว่า 5 ปี ร้อยละ 76 (216 คน) พบผู้มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ Profusion ตั้งแต่ระดับ 1/0 ขึ้นไป ร้อยละ 65.1 (185 คน) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติได้แก่ ลักษณะงาน ระยะเวลาสัมผัส และความถี่ในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การควบคุมที่ความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงการคัดกรองโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะช่วยให้พบความผิดปกติได้ไว นำมาซึ่งการวินิจฉัย รักษา และนำผู้ป่วยออกจากสิ่งคุกคามได้เร็ว

คำสำคัญ: โรคนิวโมโคโนโอสิส, เฝ้าระวังทางสุขภาพ, B-reader

Abstract

Many workers were exposed to inorganic dust while working in factory and construction sector, especially in Northeastern of Thailand. Number of pneumoconiosis patients were reported slightly increasing in Region 9 Public Health surveillance system. This study aims to 1) assess the proportion of abnormal radiographic finding according to ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses among workers who exposed to silica and asbestos 2) assess factors associated to abnormal chest X-ray. The study design was descriptive study. The study population obtained from secondary data of Region 9 Public Health pneumoconiosis surveillance system from 2016 to 2021 which accounted for 284 workers. The data collection tool was developed, as a record form which composed of general characteristics, job characteristics, PPE using, respiratory symptoms and chest radiograph reports



reading by the NIOSH B-reader. Total study population included 284 workers. The results revealed that 72.9 % of workers have worked in Nakhon Ratchasima province. Most of workers 60.9% exposed to silica dust and 76% of workers had duration of exposure more than 5 years. The proportion of abnormal radiography equal or greater than 1/0 of profusion is 65.1% (185/284). Factors affecting chest radiography are job task, duration of exposure and frequency of using PPE. Primary prevention and secondary prevention should be implemented for early diagnosis and treatment. Additionally, the patients should be removed from exposure for preventing progression of disease.

Key words: Pneumoconiosis, Health surveillance, B-reader

บทนำ

โรคนิวโมโคนิโอซิส (Pneumoconiosis) เป็นโรคปอดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่เกิดจากการหายใจสูดดมเอาฝุ่นอนินทรีย์เข้าไปสะสมในเนื้อปอด เช่น Silicosis, Asbestosis, Coal workers' pneumoconiosis เป็นต้น⁽¹⁾ ปัจจุบันยังพบผู้ป่วยกลุ่มโรคนิวโมโคนิโอซิสอยู่ในหลายประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่ามีความชุกถึงร้อยละ 30-50 ในกลุ่มคนทำงานอาชีพเสี่ยงสูง⁽²⁾ รวมถึงประเทศไทย จากระบบ Health Data Center; HDC ในระยะเวลา 5 ปีย้อนหลัง พบรายงานผู้ป่วยมากที่สุด 2 อันดับแรกในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 และ 6 เนื่องจากจังหวัดชลบุรี มีอุตสาหกรรมโรงโม่หินจำนวนมากและนครราชสีมามีการทำงานแกะสลักและตัดหินทรายซึ่งเป็นอาชีพเสี่ยง นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีอุตสาหกรรมที่มีการนำเข้าและใช้แร่ใยหินชนิด Chrysotile ซึ่งจัดเป็นวัตถุอันตรายประเภทที่ 3⁽⁴⁾ มาเป็นส่วนประกอบในการผลิต เช่น กระเบื้องมุงหลังคา ท่อซีเมนต์ ผ้าเบรค เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานได้ จึงควรมีมาตรการเฝ้าระวังทางสุขภาพที่เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อคัดกรองความผิดปกติและช่วยในการวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น โดย National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) แนะนำให้ทำการเฝ้าระวังสุขภาพโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และอ่านผลโดยระบบ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses โดย B-reader⁽⁵⁾ ในประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกโดยระบบนี้ค่อนข้างน้อย หากทราบความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคและกระตุ้นให้เกิดการเฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีนี้ได้มากขึ้น ช่วยให้การวินิจฉัยและรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

งานวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ประชากรศึกษาได้จากเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ที่ทำงานสัมผัส หรืออาศัยอยู่บริเวณที่มีการสัมผัสฝุ่นหินทราย หรือแร่ใยหิน เป็นเวลานาน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ที่ส่งข้อมูลแบบคัดกรองและภาพถ่ายรังสีทรวงอกเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวังโรคนิวโมโคนิโอซิส ตั้งแต่ เดือนมกราคม 2559 ถึง เดือนธันวาคม 2564

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ที่มีข้อมูลทางสุขภาพที่มีการบันทึกในแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 2) คุณภาพภาพถ่ายรังสีทรวงอกในการอ่านโดย ระบบ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses อยู่ในระดับยอมรับไม่ได้ (unacceptable) 3) ผู้ที่มีภาพถ่ายรังสีที่ความผิดปกติของเนื้อปอดไม่เข้าได้กับลักษณะของ pneumoconiosis จากเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก พบประชากร จำนวน 284 คน ซึ่งได้ทำการศึกษาทั้งหมด 284 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การศึกษาใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกผลการอ่านฟิล์มตามระบบ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses โดย B-reader และ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ลักษณะการทำงาน และ อาการระบบทางเดินหายใจที่เกี่ยวข้อง

นิยามศัพท์ การอ่านฟิล์มตามระบบ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses จะต้องทำการอ่านโดยผู้ที่มีสมรรถนะ เช่น ระดับ Air pneumo หรือ A-reader, B-reader ทำการอ่านโดยเปรียบเทียบกับ Standard films ซึ่งมีทั้งหมด 22 แผ่น ผลการอ่านฟิล์มโดยการอ่านฟิล์มมีรายละเอียด ดังนี้ 1) **Image quality** แบ่งเป็น 1, 2, 3, U/R 2) **Parenchymal abnormalities** ความผิดปกติของเนื้อปอด แบ่งเป็น มี (Yes) ไม่มี (No) Small opacities แบ่งเป็น Shape (รูปร่าง) และ Size (ขนาด) ได้แก่ รูปร่างกลม คือ p (<1.5 mm), q (1.5–3 mm), r (3–10 mm), รูปร่างเส้น คือ s (<1.5 mm), t (1.5–3 mm), u (3–10 mm) 3) **Zones** คือ บริเวณปอดที่พบความผิดปกติ แบ่งเป็น upper, middle, lower 4) **Profusion** คือ การกระจายตัวของความผิดปกติในเนื้อปอด แบ่งเป็น 0/0, 0/1, 1/0, 1/1, 1/2, 2/1, 2/2, 2/3, 3/2, 3/3, 3/+ (กรณีตัวเลขมาก หมายถึงการกระจายตัวมากในเนื้อปอด) 5) **Large opacities** แบ่งเป็น A = 1–5 cm, B = 5 cm – Right upper lung zone (RUL), C = ตั้งแต่ RUL zone ขึ้นไป 6) **Pleural abnormalities** คือ ความผิดปกติของเยื่อหุ้มปอด 7) **Other symbols** คือ สัญลักษณ์ความผิดปกติในลักษณะอื่น ๆ เช่น tb, ca, ax, pb, id, ih เป็นต้น

การเก็บข้อมูล จากแหล่งข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามที่ใช้ในระบบเฝ้าระวังสุขภาพของกลุ่มผู้สัมผัสฝุ่นหินทราย และแร่ใยหิน พ.ศ. 2559–2564 (2) เวชระเบียน (3) ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกจากระบบเฝ้าระวังสุขภาพของกลุ่มผู้สัมผัสฝุ่นหินทรายและแร่ใยหิน พ.ศ. 2559–2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนเฉลี่ย และ 95%CI เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป มัธยฐาน พิสัยควอไทล์ และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วย odds ratio (OR) 95% CI และ p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอก โดยใช้โปรแกรม SPSS (version 19.0, IBM SPSS Inc, Chicago, IL)

ข้อพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม ไม่สามารถย้อนกลับไปสู่ตัวบุคคลได้ และไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการ 65034

ผลการศึกษา

ผู้ที่ทำงานสัมผัสฝุ่นหินทรายที่ได้รับการเอ็กซเรย์ปอด ทั้งหมด 284 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.89 อายุเฉลี่ย 51 ปี พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 46.5 รองลงมา ร้อยละ 30.6 สูบบุหรี่มานาน 5–10 ปี (ตาราง 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ถึงร้อยละ 72.9 พบมากที่สุดที่อำเภอสีคิ้ว ร้อยละ 50 รองลงมาเป็น อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ร้อยละ 25.7 สัมผัสฝุ่นหินทราย (Silica) มากที่สุด ร้อยละ 84.9 สัมผัสแร่ใยหิน (Asbestos) ร้อยละ 15.1 ลักษณะการทำงานที่พบตึงเครียดมากที่สุด ร้อยละ 27.1 รองลงมาคือ อาศัยอยู่บริเวณที่มีการทำหินทราย และโรงโม่หิน ร้อยละ 23.9 และ 21.5 ตามลำดับ ระยะเวลาในการทำงาน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 10 ปี ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในช่วง 6–10 ปี ร้อยละ 27.8 กลุ่มตัวอย่างมีการสวมหน้ากากอนามัย ร้อยละ 41.9 รองลงมาคือ ผ้าปิดจมูก ร้อยละ 32.0 ความถี่ในการสวมใส่ ประจำ ร้อยละ 62.0 บางครั้ง ร้อยละ 16.2 และไม่ได้สวมใส่ ร้อยละ 21.8 ซึ่งผู้ที่ไม่ได้สวมใส่ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่ได้ทำงานแต่พักอาศัยอยู่บริเวณที่มีการทำหินทราย (ตาราง 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	207	72.9
หญิง	77	27.1
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย = 51 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.3)		
20 – 29	21	7.4
30 – 39	30	10.6
40 – 49	80	28.2
50 – 59	71	25.0
> 60	82	28.9
ประวัติสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	132	46.5
< 5 ปี	27	9.5
5-10 ปี	87	30.6
>10 ปี	38	13.4

ตารางที่ 2 ลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พื้นที่ทำงาน		
จ.นครราชสีมา	142	50.0
อ.สีคิ้ว	48	16.9
อ.เมือง	17	6.0
อ.ปากช่อง	73	25.7
จ.บุรีรัมย์		
อ.นางรอง		
จ.สุรินทร์	4	1.4
อ.ปราสาท		
สิ่งคุกคามที่สัมผัส		
ฝุ่นซิลิกา (Silica)	241	84.9
ฝุ่นแร่ใยหิน (Asbestos)	43	15.1
ลักษณะงาน		
ตัดหินในบ่อ (บนภูเขา)	77	27.1
ตัดหิน และ ต่อกหิน (ที่บ้าน)	19	6.7
แกะสลักหิน	16	5.6
อาศัยอยู่บริเวณที่มีการทำหินทราย	68	23.9
ทำงานโรงโม่หิน	61	21.5
ทำงานโรงงานกระเบื้อง	43	15.1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการทำงาน (ปี) มัธยฐาน = 10 ปี (พิสัยควอไทล์ = 6-20.5)		
1 – 5 ปี	68	24.0
6 – 10 ปี	79	27.8
> 10 ปี	137	48.2
ชนิดของอุปกรณ์ป้องกัน (PPE)		
ผ้าปิดจมูก	91	32.0
หน้ากากผ้า	7	2.5
หน้ากากอนามัย	119	41.9
N 95	3	1.1
หน้ากากแบบมีตัวกรอง	2	0.7
ความถี่ในการสวมใส่		
สวมใส่ประจำ	176	62.0
สวมใส่บางครั้ง	46	16.2
ไม่ได้สวมใส่	62	21.8

ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกตามระบบ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses พบว่า คุณภาพของภาพถ่ายรังสีทรวงอก ส่วนใหญ่ อยู่ระดับ 2 (Acceptable) ร้อยละ 81.7 สาเหตุเกิดจากกระดูกสะบัก ซ้อนทับกับปอดส่วนบน (Scapular overlapping) มากที่สุด พบความผิดปกติในเนื้อปอด ร้อยละ 72.2 โดยก้อนเล็กอยู่ในกลุ่ม q มากที่สุด ร้อยละ 30.3 รองลงมาคือกลุ่ม p และ s ร้อยละ 28.5 และ 9.9 ตามลำดับ ตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือ ปอดส่วนกลาง ร้อยละ 63.4 รองลงมา คือ ปอดส่วนบน ร้อยละ 46.5 การกระจายตัว พบว่า category 1 มากที่สุด ร้อยละ 47.5 โดยพบ subcategory ที่ระดับ 1/0 มากที่สุด (ร้อยละ 25) รองลงมาคือ category 2 และ 3 โดยพบร้อยละ 13 และ 4.6 ตามลำดับ ส่วนก้อนใหญ่ (Large opacities) พบเพียงร้อยละ 7.5 ของทั้งหมด โดยพบขนาด A และ B ในจำนวนใกล้เคียงกัน ความผิดปกติของเยื่อหุ้มปอดพบเพียงร้อยละ 3.2 ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ที่ทำงานในโรงงานผลิตกระเบื้อง มุงหลังคา โดยพบความผิดปกติแบบ pleural plaques ร้อยละ 3.2 พบในตำแหน่งกระบังลมมากที่สุด ร้อยละ 1.4 รองลงมา คือ ตำแหน่งด้านข้าง (in profile) ร้อยละ 1.1

ตารางที่ 3 ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses

ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพ (Image Quality)		
Good	44	15.5
Acceptable	232	81.7
Poor	8	2.8
Unacceptable	0	0
Small Opacities (Primary)		
p	81	28.5
q	86	30.3
r	4	1.4
s	28	9.9
t	5	1.8
u	1	0.4



ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก	จำนวน	ร้อยละ
Zone		
Upper	132	46.5
Middle	180	63.4
Lower	119	41.9
profusion		
Category 0		
0/0, 0/1	99	34.9
Category 1		
1/0	71	25.0
1/1	42	14.8
1/2	22	7.7
Category 2		
2/1	22	7.7
2/2	7	2.5
2/3	8	2.8
Category 3		
3/2	7	2.5
3/3	6	2.1
Large Opacities		
A	11	3.9
B	9	3.2
C	1	0.4
Pleural Abnormalities		
Pleural Plaque	9	3.2
Face-on	1	0.4
In Profile	3	1.1
Diaphragm	4	1.4
Diffuse Pleural Thickening	5	1.8

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกตั้งแต่ ระดับ 1/1 ขึ้นไป พบว่าลักษณะงานที่เสี่ยงมากที่สุด คือ งานแกะสลักหิน โดยมีค่า OR ถึง 11.1 เท่า ($p\text{-value} = 0.002$) รองลงมาคือ ลงบ่อหิน และ ตัด/ตอกหิน เท่ากับ 9.0 และ 7.4 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ระยะเวลาการทำงานพบว่า สัมผัสมากกว่า 20 ปี มีความเสี่ยงมากที่สุด OR 24.9 เท่า ($p\text{-value} = 0.000$) รองลงมาคือ 11 – 20 ปี ค่า OR 5.5 เท่า ($p\text{-value} = 0.010$) การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่าผู้ที่ไม่สวมใส่พบความเสี่ยง 9.4 เท่า ($p\text{-value} = 0.005$) สวมใส่บางครั้ง มีความเสี่ยง 7.9 เท่า ($p\text{-value} = 0.000$) เมื่อเทียบกับผู้ที่สวมใส่เป็นประจำ

สำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่นั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความผิดปกติของ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก Profusion ระดับ 1/1 ขึ้นไป

Profusion	Odds Ratio	Std. err	p-value	95 % CI
ลักษณะงาน				
แกะสลักหิน	11.1	8.9	0.002	1.3– 52.9
ตัดและตอก	7.4	5.2	0.004	1.9 – 29.3
ลงบ่อหิน	9.0	4.1	0.000	3.7 – 22.2
โรงงานกระเบื้อง	1.0	0.4	0.938	0.5 – 2.1
โรงโม่หิน	1.03	0.41	0.938	0.5 – 2.3
ระยะเวลาทำงาน (ปี)				
5-10	2.6	1.7	0.122	0.8 – 9.1
11-20	5.5	3.7	0.010	1.5 – 20.4
>20	24.9	18.3	0.000	5.9 – 105.6
ความถี่ในการสวมใส่ PPE				
ใช้ประจำ	0.1	0.1	0.005	0.02 – 0.5
ใช้บางครั้ง	7.9	4.6	0.000	1.4– 24.9
ไม่ใช้เลย	9.4	7.4	0.005	2.0 – 44.7
ประวัติการสูบบุหรี่				
น้อยกว่า 5 ปี	1.9	1.3	0.324	0.5 – 7.2
5-10 ปี	1.6	0.7	0.268	0.7 – 3.8
มากกว่า 10 ปี	2.5	1.2	0.050	1.0 – 6.4

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ profusion กับอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ พบว่า ค่า OR เพิ่มขึ้นตามระดับ category ของ profusion แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของระดับ Profusion กับ อาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ

Profusion	Odds Ratio	Std. err	p-value	95 % CI
Category 1 (1/0,1/1,1/2)	0.99	0.30	0.982	0.56 – 1.76
Category 2 (2/1,2/2,2/3)	1.22	0.51	0.637	0.54 – 2.75
Category 3 (3/2,3/3,3/3+)	1.13	0.72	0.852	0.32 – 3.96

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลลักษณะประชากรพบว่า คนทำงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในพื้นที่อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นแหล่งทำหินทราย ผลภาพรังสีทรวงอกส่วนใหญ่พบเป็น p และ q และพบที่ upper และ middle เป็นหลัก เนื่องจากพยาธิสภาพการเกิดโรคซิลิโคซิสจะพบลักษณะ small round opacities ที่ปอดส่วนบนและส่วนกลาง⁽⁶⁾ พบ profusion ตั้งแต่ระดับ 1/1 ขึ้นไป ร้อยละ 40.1 เมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีความใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบความชุกของคนงานเหมืองทองในประเทศแอฟริกาใต้ พบ profusion 1/1 ขึ้นไป ร้อยละ 18.3-19.9⁽⁷⁾ คนงานเหมืองในประเทศมองโกเลีย พบร้อยละ 47.9⁽⁸⁾ และคนงานโรงงานเซรามิกประเทศตุรกี ร้อยละ 55⁽⁹⁾ รวมถึงการศึกษาในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ.2563 ของ คณากร และคณะ พบร้อยละ 58.1⁽¹⁰⁾ เมื่อเปรียบเทียบตามลักษณะงาน พบว่า แกะสลักหิน ลงบ่อหินตัดและตอกหิน มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผลตรวจวัดในสิ่งแวดล้อมจากศึกษาของ กนลา และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ลักษณะงานแกะสลักหิน และ ลงบ่อหิน พบ Respirable dust มากที่สุด 2 อันดับแรก ซึ่งเท่ากับ



107 และ 141 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ตามลำดับ ซึ่งสูงเกินค่ามาตรฐานที่ยอมรับให้สัมผัสในการทำงาน ของ Occupational Safety and Health Administration (OSHA PEL) ถึง 2 เท่า ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ และ เมื่อวิเคราะห์ปริมาณ SiO_2 พบว่างานแกะสลักหินมี % SiO_2 สูงที่สุด จะเห็นได้ว่าผลกระทบต่อสุขภาพตามลักษณะงานสอดคล้องกับผลตรวจวัดในสิ่งแวดล้อมที่สูง เพราะฉะนั้นหากต้องดำเนินการปรับปรุงแก้ไข อาจต้องให้ความสำคัญในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในงานแกะสลักหิน และ ลงบ่อนหินก่อนเป็นอันดับแรก

แม้ว่าระยะเวลาสัมผัสที่นานจะมีผลต่อการเกิด Pneumoconiosis แต่ยังพบว่าผู้ที่ทำงานน้อยกว่า 5 ปี พบความผิดปกติ profusion ระดับ 1/0 ขึ้นไป ถึงร้อยละ 40 ซึ่งเป็นระดับที่ OSHA ให้มีการดำเนินการส่งต่อเพื่อปรึกษาแพทย์ และ NIOSH ใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซิลิโคซิส⁽¹²⁾ เพราะฉะนั้นแม้ว่าพนักงานจะทำงานเพียงระยะเวลาสั้น นายจ้างยังต้องดำเนินการหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงในพื้นที่ทำงาน และตรวจสุขภาพลูกจ้าง⁽¹³⁾ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เนื่องจากผู้ป่วยจะยังไม่มีอาการ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับ Profusion กับอาการระบบทางเดินหายใจ แต่ P. A. Gevenois และคณะ พบว่า profusion ระดับ 1/0 พบ micronodules ใน high resolution CT scan (HRCT) ถึงร้อยละ 61 ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ HRCT ก็มีประโยชน์ในการช่วยยืนยันความผิดปกติได้⁽¹⁴⁾ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างถูกต้องเหมาะสมมีความสำคัญพบว่า ผู้ที่ไม่สวมใส่ PPE หรือ สวมใส่บางครั้งมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่สวมใส่เป็นประจำถึง 9.4 และ 7.9 เท่า ตามลำดับ และ ผู้ที่สวมใส่หน้ากาก N95 และ หน้ากากแบบมีตัวกรอง มีเพียงร้อยละ 1.8 ของทั้งหมด นอกนั้นสวมใส่หน้ากากผ้า หรือ หน้ากากอนามัย ซึ่งเป็นชนิดไม่แนบสนิทกับใบหน้า และประสิทธิภาพการกรองไม่ดีเท่าที่ควร จึงควรมีการสนับสนุนให้มีการใช้หน้ากากกรองอนุภาคตาม NIOSH แนะนำ เช่น หน้ากากกรองอนุภาคในกลุ่ม series N R P⁽¹⁵⁾

ส่วนการตรวจสุขภาพกลุ่มอาชีพเสี่ยง OSHA ได้มีข้อกำหนดให้ผู้ที่ทำงานสัมผัส silica และ asbestos ต้องทำการเฝ้าระวังทางสุขภาพโดยถ่ายภาพรังสีทรวงอกและทำการอ่านโดยระบบ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses⁽¹⁷⁾ ซึ่งในประเทศไทย ตามประกาศกระทรวงอุตสาหกรรมได้ระบุไว้ว่า กรณีที่ลูกจ้างทำงานสัมผัส silica และ asbestos ให้ทำการตรวจสุขภาพด้วยวิธีเอ็กซเรย์ปอดและสมรรถภาพปอด⁽¹⁸⁾ แต่ไม่ได้มีข้อกำหนดว่าต้องอ่านผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกโดยระบบนี้ จึงควรต้องมีการผลักดันให้มีการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยวิธีนี้ เนื่องจากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า สามารถคัดกรองผู้ที่มีความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก profusion 1/0 ได้ถึงร้อยละ 25 ซึ่งนำมาสู่การวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้การเฝ้าระวังสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการควบคุมป้องกันความเสี่ยงในผู้ที่ทำงานสัมผัสฝุ่นซิลิกาและแอสเบสตอสโดยหาวิธีการควบคุมที่แหล่งกำเนิด ทางผ่าน และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบ และ ลักษณะงานเสี่ยง โดยเฉพาะแกะสลักหินและลงบ่อนหิน

2. ควรมีการนำระบบการอ่านผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกโดยระบบ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses มาใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรค Pneumoconiosis เนื่องจากช่วยให้ตรวจพบความผิดปกติได้ไว และติดตามผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. DeLight N, Sachs H. Pneumoconiosis. Bestheda: StatPearls Publishing LLC; 2021.
2. Kortum, E., Bozoki, K., Elimination of silicosis, World Health Organization, 2007, 1–20. [Internet] Available: http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/gohnet12e.pdf. [Accessed July, 5 2017].
3. Health Data Center [Internet]. 2022 [cited 2022 May 15]. Available from: <https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. กระทรวงอุตสาหกรรม. บัญชีรายชื่อวัตถุอันตราย. กรุงเทพมหานคร: ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม; 2013.
5. The National Institute for Occupational Safety and Health. Chest Radiography: ILO Classification [Internet]. 2011 [cited 2022 February 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/chestradiography/ilo.html>
6. Cockcroft A. Silica and Silica-related diseases, 10th ed. London: Hodder & Stoughton Limited; 2010.
7. Churchyard GJ, Ehrlich R, teWaterNaude JM, Pemba L, Dekker K, Vermeijs M, et al. Silicosis prevalence and exposure-response relations in South African goldminers. Occupational and environmental medicine. 2004;61(10):811–6.
8. Lkhasuren O, Takahashi K, Dash-Onolt L. Occupational lung diseases and the mining industry in Mongolia. International journal of occupational and environmental health. 2007;13(2):195–201.
9. Akgun M, Ozmen I, Yildirim EO. Pitfalls of using the ILO classification for silicosis compensation claims. Oxford University Press; 2022.
10. Nirarach K, Chaiear N, Pimda P. Proportion of silicosis among workers with abnormal chest radiographs obtained from Nakhon Ratchasima silicosis surveillance system. Dis Control J. 2020;46(3):347–58.
11. Chanvirat K, Chaiear N, Choosong T. Determinants of Respirable Crystalline Silica Exposure among Sand-stone Workers. American Journal of Public Health Research. 2018;6(2):44–50.
12. Occupational Respiratory Disease Surveillance. Silicosis State Reporting Guidelines [Internet]. 2022 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/surveillance/ords/statesurveillance/reportingguidelines-silicosis.html>.
13. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน. กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้าง และส่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. ๒๕๕๗. กรุงเทพฯ: กระทรวงแรงงาน; 2563.
14. Gevenois PA, Pichot E, Dargent F, Dedeire S, Vande Weyer R, De Vuyst P. Low grade coal worker's pneumoconiosis. Comparison of CT and chest radiography. Acta radiologica (Stockholm, Sweden : 1987). 1994;35(4):351–6.
15. Bollinger N. NIOSH Respirator Selection Logic. Cincinnati: NIOSH Publications; 2022.
16. OSHA. Medical surveillance requirements in OSHA's respirable crystalline silica standard for construction. Washington; 2019.
17. มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม. แนวทางปฏิบัติการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านเคมีและกายภาพจากการประกอบอาชีพในสถานประกอบกิจการ. กรุงเทพฯ: กระทรวงอุตสาหกรรม; 2555.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ
เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2562

Factors Associating with the Prevention Road Traffic Accident among Performance of
District Officer, the 9th Health Region, 2019.

มานะชัย สุระรัมย์*

Manachai Sureram*

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima

*Corresponding author: tapaya_palm@hotmail.com

(Received: December 25, 2021; Accepted: July 8, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จ กับ การปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนนในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุระดับอำเภอ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลประจำอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 ที่สมัครเข้ารับการประเมินการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ จำนวนทั้งหมด 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด สถิติการทดสอบไคสแควร์ และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.75 มีอายุระหว่าง 36 – 60 ปี ร้อยละ 63.75 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.81 ปี (S.D. = 10.75 ปี) และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.50 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 76.25 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 83.25 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 66.25 ระดับชำนาญงาน/ชำนาญการ ร้อยละ 66.25 และมีหน้าที่เป็นหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 50.00 มีรายได้ 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้เฉลี่ย 27,002.03 บาท (S.D. = 15,767.93) และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนน มากกว่า 5 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 6.48 ปี (S.D. = 5.92) ปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.66, S.D. = 0.50) ปัจจัยการบริหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.57, S.D. = 0.53) การปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.72, S.D. = 0.57) ข้อมูลทั่วไปด้านตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และปัจจัยการบริหาร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับน้อย (r = 0.456) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ

คำสำคัญ : ปัจจัยการบริหาร, ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

Abstract

This research was conducted for the purpose of to study the management factors and individual factors which related to their successes in lives associating the performance of road traffic accident prevention among district officers, the 9th health region. The sample for this study was 80 participants in total; from district health offices and hospitals who had registered through district road traffic injury (D-RTI) system. The data was collected by questionnaire. Then, the data was analyzed as frequency, percentage, mean, standard deviation, the maximum score



and the minimum score, Chi-Square, and Pearson's product moment correlation coefficient. The results revealed that most participants were female, accounted for 63.75%. The age showed between 36 and 60 years old and the average age was 40.81 year-old (S.D. = 10.75). 57.50% of participants got married, 76.25% hold the bachelor degree and 83.25% recorded as the government officer which 66.25% of all occupations reported nurse. According to their experience, 66.25% of all participants was professional level and 66.25% worked as a supervisor. The data showed that their income was between 10,000 and 20,000 Thai currency (Baht), the average was 27,002.03 baht (S.D. = 15,767.93). The majority of the participants had working experience more than 5 years, the average was 6.48 years (S.D. = 5.92). Overall, the successful factor was at moderate level with the average of 3.66 (S.D. = 0.50) as well as the management one that witnessed at moderate level with the average of 3.57 (S.D. = 0.53). The prevention of road traffic accident performance among district officers was at high level with the average of 3.72 (S.D. = 0.57). The relation between job position and the prevention of road traffic accident performance of district officers showed statistical significance (P -value $< .001$). The management factor had positive relation in very low level with the individuals' ability to prevent road traffic accident, statistical significance at P -value $< .001$ and $r = 0.456$. Apart from these factors, there was not significant relevant factors related to the prevention of road traffic accident performance among district officers.

Keyword: Management factors, Success in life

บทนำ

จากการรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน (Global Status Report on Road Safety) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ซึ่งเป็นทบวงการชำนัญพิเศษของสหประชาชาติ มีหน้าที่รับผิดชอบการประสานงานด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ได้รายงานผลความปลอดภัยทางถนนของโลกปี 2561 พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง 1 ล้าน 3 แสนคน โดยประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากปัญหาดังกล่าวสูงที่สุดในอาเซียน จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนอันดับที่ 9 ของโลกและลำดับที่ 1 ในภูมิภาคเอเชีย โดยมีอัตราผู้เสียชีวิต 32.7 รายต่อแสนประชากร อีกทั้งจากรายงานการศึกษาระบาดวิทยาของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) ได้ประเมินภาวะสูญเสียด้านสุขภาพ การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) สาเหตุรายโรคที่ทำให้เกิดความสูญเสียสูงสุดในเพศชาย คือ การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน หรือการบาดเจ็บจากการจราจรทางบก โดยเป้าหมายความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยมีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน คือ อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 16.4 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี 2565 ตามร่างแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนปี 2561-2565 และตามเป้าหมายที่กำหนดตามกรอบปฏิญญาอมสโกที่กำหนดให้ปี พ.ศ. 2554-2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road Safety) และเป็นไปตามเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs)⁽⁹⁾

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานภาคีการดำเนินงานทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายลดการตายจากปี 2554 ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2563 ตามทศวรรษความปลอดภัยทางถนน และในปี 2561 กำหนดค่าเป้าหมายลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาการขับเคลื่อนการป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ ซึ่งเป็นหน่วยจัดการที่มีประสิทธิภาพและประเมินผลได้ดีที่สุด โดยบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)



มุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินงานผ่านกลไกการควบคุมป้องกันโรคในระดับอำเภอเชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระดับอำเภอและท้องถิ่น โดยประยุกต์แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) หรือกลยุทธ์ 5 ส. เป็นกรอบการดำเนินงาน 10 กิจกรรม⁽¹⁾

จากแนวคิดและทฤษฎีของ Herzberg (Herzberg's Motivation Hygiene Theory) เชื่อว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานประกอบด้วยปัจจัย 2 กลุ่มคือ ปัจจัยจูงใจ (Motivator factors) และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors)⁽²⁾ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขจำเป็นต้องมีปัจจัยสนับสนุนทางการบริหาร ตามที่ บราวน์⁽³⁾ได้รวบรวมไว้ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการวางแผน การบริหารงานบุคคล การฝึกอบรม การนิเทศติดตาม การจัดการสิ่งสนับสนุน การจัดการงบประมาณ การจัดการข้อมูลข่าวสาร และการจัดองค์กรชุมชน ซึ่งเป็นการสนับสนุนจากหน่วยงานในระดับที่เหนือขึ้นไป การพัฒนางานเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย หลายหน่วยงาน และการสนับสนุนจากภาครัฐ

ข้อมูลจากการบูรณาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน ของเขตสุขภาพที่ 9 พบอัตราการตายด้วยอุบัติเหตุทางถนน ในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 30.96 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย 21.15 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดคือ นครราชสีมา (39.44 ต่อประชากรแสนคน) รองมาคือ บุรีรัมย์ (27.83 ต่อประชากรแสนคน), ชัยภูมิ (24.17 ต่อประชากรแสนคน) และ สุรินทร์ (24.08 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ ซึ่งทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 สูงกว่าเป้าหมาย พบว่าสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุสูงสุดเกิดจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 71.89 รองลงมาคือ ขับขี่รถจักรยานยนต์ล้มเองหรือไม่มีคู่กรณี ร้อยละ 10.11 และรถปิคอัพ ร้อยละ 4.61 ตามลำดับ และยังพบว่าการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์จำนวน 87 ราย (อัตรา 4.12 ต่อประชากรแสนคน) โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้นำนโยบายการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI) จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มาขับเคลื่อนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ตั้งแต่ปี 2559 เพื่อให้ทีมหรือหน่วยงานในพื้นที่ 4 จังหวัด 88 อำเภอ ได้ร่วมสมัครและดำเนินการโดยมุ่งหวังเพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนนต่อไปโดยทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนนระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (Good) ระดับดีมาก (Excellent) และระดับยอดเยี่ยม (Advanced) โดยแต่ละทีมหรือหน่วยงานที่ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการระดับเขตในช่วงเดือนกรกฎาคม ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บทางถนนในพื้นที่ให้มีความต่อเนื่อง โดยมีอำเภอที่ดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI) ในปี 2560 ดังนี้ ระดับดี จำนวน 27 อำเภอ, ระดับดีมาก จำนวน 5 อำเภอ และระดับยอดเยี่ยม จำนวน 19 อำเภอ รวมทั้งหมด 51 อำเภอ ในปี 2561 ดังนี้ ระดับดี จำนวน 19 อำเภอ, ระดับดีมาก จำนวน 7 อำเภอ และระดับยอดเยี่ยม จำนวน 14 อำเภอ รวมทั้งหมด 40 อำเภอ⁽⁸⁾

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบภารกิจให้ดำเนินงานความปลอดภัยทางถนน ด้านการช่วยเหลือและรักษาผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งเป็นเสาหลักที่ 5 และเป็นประธานคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) คณะ 6 ด้านการบริหารจัดการข้อมูลและการติดตามประเมินผล ดังนั้นจึงมีบทบาทสำคัญตามกลยุทธ์ที่รัฐบาลกำหนด คือ การพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังติดตามและประเมินผล การพัฒนาเครือข่าย/กลไกการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุ การให้ความรู้และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การพัฒนาบุคลากร และการศึกษาวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ด้านการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เพื่อสนองตอบนโยบายทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ปี 2554-2563 ซึ่งเป็นวาระแห่งชาติ⁽¹⁾ การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI) หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ ในฐานะเลขานุการของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ที่ต้องมีการประสานงานหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดในการดำเนินงานเพื่อให้งานสำเร็จลุล่วง และเกิดผลลัพธ์ที่ทำให้ลดการบาดเจ็บ การตาย จากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ ดังนั้นจึงมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านนี้กระจายอยู่ในหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะการดำเนินงานเชิงรุกที่ผู้ปฏิบัติ

งานต้องใช้เวลา ความอดทน ความยืดหยุ่น องค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย นับเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความร่วมมือในการดำเนินงานด้วยความสมัครใจ ยิ่งไปกว่านั้นวัฒนธรรมองค์กรยังคงมีกระบวนการทัศน์ของการจัดการแบบลำดับชั้น (Hierarchical) มากกว่าการสร้างเครือข่าย (Networking) ซึ่งสมาชิกของเครือข่ายจะเป็นอิสระไม่ขึ้นต่อกัน เพื่อการสร้างงานที่มีประสิทธิภาพต่ออำเภอได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 โดยเลือกศึกษาปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ จากการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงแผนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 ให้เกิดความสำเร็จมากยิ่งขึ้นและเกิดความยั่งยืนตลอดไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนนในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จ กับ การปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุทางถนนในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9

นิยามศัพท์

1. การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ หมายถึง การจัดตั้งคณะทำงาน การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและแนวโน้มสถานการณ์ การสอบสวนหาสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่สำคัญ การจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่นหรือตำบล การดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บ การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยง และการสรุปผลการดำเนินงาน
2. เขตสุขภาพที่ 9 หมายถึง พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ
3. ปัจจัยทางการบริหาร หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดต่อผู้รับผิดชอบงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ เป็นการสนับสนุนทรัพยากรบุคคลและอื่นๆ ในการวางแผน การจัดองค์การ การกระตุ้น และการควบคุมให้บรรลุจุดมุ่งหมาย
4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้รับผิดชอบงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ สามารถทุ่มเททั้งแรงกาย แรงใจ และความสามารถอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ทั้งหมด 88 อำเภอ รวมจำนวน 176 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) เป็นผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อย่างน้อย 1 ปี
- 2) เป็นอำเภอที่ปฏิบัติงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้เกณฑ์การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุ



ทางถนนระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury: D-RTI) ของกรมควบคุมโรคดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2560 หรือ 2561

3) เป็นอำเภอที่ผ่านการประเมินการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ระดับเขตสุขภาพที่ 9 ในปีงบประมาณ 2560 หรือ 2561 ตั้งแต่ระดับดี (Good) ขึ้นไป

การวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 40 อำเภอ รวมทั้งหมด 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (ปัจจัยจิตใจ, ปัจจัยคำจูน) จำนวน 31 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัจจัยการบริหาร จำนวน 28 ข้อ และส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ จำนวน 16 ข้อ โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 4 ใช้มาตรวัดการประมาณค่า Likert Scale มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีข้อคำถามทั้งบวกและทางลบ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.88, 0.86 และ 0.79 ในส่วนของปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัจจัยการบริหาร และการปฏิบัติงาน ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พฤศจิกายน 2561 ถึง พฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนา แสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2 -test) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสกับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสเปียร์แมน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัจจัยการบริหารกับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัจจัยการบริหารกับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.75 มีอายุระหว่าง 36 - 60 ปี ร้อยละ 63.75 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.81 ปี (S.D. = 10.75 ปี) และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.50 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 76.25 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 83.75 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 66.25 ระดับชำนาญงาน/ชำนาญการ ร้อยละ 66.25 และมีหน้าที่เป็นหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน เท่ากับ ร้อยละ 50.00 มีรายได้ 10,000 - 20,000 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้เฉลี่ย 27,002.03 บาท (S.D. = 15,767.93 บาท) และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนน มากกว่า 5 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 6.48 ปี (S.D. = 5.92 ปี)

2. ข้อมูลปัจจัยแห่งความสำเร็จ

2.1 ปัจจัยจิตใจ (Motivator Factors) ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยจิตใจของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.88, S.D. = 0.384) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การยอมรับนับถือ ($\bar{X}$ = 4.12, S.D. = 0.33) รองลงมาคือ ความรับผิดชอบ ($\bar{X}$ = 4.07, S.D. = 0.35) และลักษณะของงาน ($\bar{X}$ = 3.86, S.D. = 0.59) ตามลำดับ

2.2 ปัจจัยคำจูน (Hygiene Factors) ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยคำจูนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.52, S.D. = 0.59) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สถานภาพของวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.94, S.D. = 0.67) รองลงมาคือ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ($\bar{X}$ = 3.82, S.D. = 0.75) และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = 0.49) ตามลำดับ

3. ข้อมูลปัจจัยการบริหาร ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยการบริหารของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.57, S.D. = 0.53) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การวางแผน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.80, S.D. = 0.49) รองลงมาคือ การฝึกอบรม ($\bar{X}$ = 3.77, S.D. = 0.51) และการนิเทศติดตาม ($\bar{X}$ = 3.62, S.D. = 0.68) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (ปัจจัยจูงใจ, ปัจจัยค้ำจุน) การปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ แยกรายด้าน (n = 80)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	3.66	0.50	ปานกลาง
1.1 ปัจจัยจูงใจ (Motivator Factors)	3.88	0.38	มาก
- ความสำเร็จในการทำงาน (Achievement)	3.25	0.49	มาก
- การยอมรับนับถือ (Recognition)	4.12	0.33	มาก
- ลักษณะของงาน (Work Itself)	3.86	0.59	มาก
1.2 ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors)	3.52	0.59	ปานกลาง
- ความรับผิดชอบ (Responsibility)	4.07	0.35	มาก
- ความก้าวหน้าในตำแหน่ง (Advancement)	3.61	0.67	ปานกลาง
- เงินเดือน/ค่าตอบแทน (Salary)	2.97	0.78	ปานกลาง
- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship)	3.75	0.49	มาก
- การปกครองบังคับบัญชา (Supervision Technical)	3.39	0.61	ปานกลาง
- นโยบายและการบริหาร (Policy and Administration)	3.70	0.65	มาก
- สภาพการปฏิบัติงาน (Working Condition)	2.95	0.87	ปานกลาง
- สถานภาพของวิชาชีพ (Status)	3.94	0.67	มาก
- ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (Job Security)	3.82	0.75	มาก
- ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (Factor in Personal Life)	3.66	0.96	ปานกลาง
2.ปัจจัยการบริหาร	3.57	0.53	ปานกลาง
- การวางแผน (Planning)	3.80	0.49	มาก
- การบริหารงานบุคคล (Personnel management)	3.30	0.75	ปานกลาง
- การฝึกอบรม (Training)	3.77	0.51	มาก
- การนิเทศติดตาม (Supervision)	3.62	0.68	ปานกลาง
- การจัดการสิ่งสนับสนุน (Logistics management)	3.49	0.79	ปานกลาง
- การจัดการงบประมาณ (Financial management)	3.39	0.69	ปานกลาง
- การจัดการข้อมูลข่าวสาร (Information management)	3.61	0.54	ปานกลาง
- การจัดองค์กรชุมชน (Community organization)	3.53	0.82	ปานกลาง

4. ข้อมูลการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ในภาพรวม พบว่า การปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.72, S.D. = 0.57) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ในช่วงเทศกาลปีใหม่/สงกรานต์ มีการจัดตั้งด่านชุมชน ด่านครอบครัว หรือศูนย์สร้างเมาในพื้นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.18, S.D. = 0.39) รองลงมาคือ มีการจัดทำคำสั่งที่มงานที่ดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

ระดับอำเภอ (D-RTI) หรือ ศปถ.อำเภอ หรืออนุกรรมการโดยมีนายอำเภอลงนาม ($\bar{X}$ = 4.00, S.D. = 0.59) และมีการขับเคลื่อนโดยการประชุมร่วมของทึมสหสาขาในอำเภอโดยมีนายอำเภอหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน โดยเป็นการประชุม ศปถ.อำเภอ/พขอ. หรือทึมสหสาขา หรืออนุกรรมการ หรือคณะทำงาน ($\bar{X}$ = 3.91, S.D. = 0.78) ตามลำดับ

5. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป พบว่า ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ เพศ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่ง ระดับตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบ งานระดับอำเภอ

ตัวแปร	การปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง	มาก			
เพศ			0.062	1	0.538
ชาย	4	9			
หญิง	23	44			
ระดับการศึกษา			0.107	1	0.474
ปริญญาตรี	20	41			
ปริญญาโท	7	12			
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน			16.288	1	< 0.001 ***
ข้าราชการ	20	47			
ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ/พกส.	14	6			
ประเภทตำแหน่ง		1.116	1		0.211
นักวิชาการสาธารณสุข	7	20			
พยาบาลวิชาชีพ	20	33			
ระดับตำแหน่ง			1.116	1	0.211
ปฏิบัติงาน/ปฏิบัติการ	7	20			
ชำนาญงาน/ชำนาญการ	20	33			
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง			0.056	1	0.500
หัวหน้างาน	14	26			
ผู้ปฏิบัติงาน	13	27			

Chi-square test, *** = p-value < 0.001

6. สหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัจจัยการบริหาร กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ พบว่า ปัจจัยการบริหาร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับน้อย (r = 0.456) และอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัจจัยการบริหาร กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ

ตัวแปร	การปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน		
	สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.208	0.064	-
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.158	0.161	-
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	0.070	0.539	-
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.165	0.144	-
ปัจจัยการบริหาร	0.456	< 0.001 ***	น้อย

Pearson Correlation, *** = p-value < 0.001

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.75 มีอายุระหว่าง 36 – 60 ปี ร้อยละ 63.75 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.81 ปี (S.D. = 10.75 ปี) และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.50 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 76.25 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 83.25 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 66.25 ระดับชำนาญงาน/ชำนาญการ ร้อยละ 66.25 และมีหน้าที่เป็นหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน เท่ากับ ร้อยละ 50.00 มีรายได้ 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้เฉลี่ย 27,002.03 บาท (S.D. = 15,767.93 บาท) และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนน มากกว่า 5 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 6.48 ปี (S.D. = 5.92 ปี)

พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.66, S.D. = 0.50) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชิสา อยู่สบาย (2556)⁽⁴⁾ ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอ่างทอง พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอ่างทอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.63, S.D. = 1.05) เนื่องจาก ปัจจัยแห่งความสำเร็จมีประเด็นใน 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยจิตใจและปัจจัยคำจูน ซึ่งในส่วนปัจจัยคำจูนจากการวิเคราะห์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจึงทำให้ประเด็นของปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน อาจจะคาดหวังกับความสำเร็จของชีวิตการทำงาน ถ้าการทำงานอุบัติเหตุทางถนนไม่ได้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความก้าวหน้า ค่าตอบแทน/เงินเดือน รวมไปถึงสภาพความเป็นอยู่ส่วนตัว จึงส่งผลปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยรวมได้

พบว่าปัจจัยการบริหาร ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.57, S.D. = 0.531) สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ (2559)⁽⁵⁾ ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน สร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพิษณุโลก พบว่าปัจจัยการบริหาร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.88, S.D. = 0.45) เนื่องจาก ผู้รับผิดชอบงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอต้องการได้รับการเพิ่มพูนทักษะเฉพาะด้านในการทำงาน อาจจะขาดการพัฒนาศักยภาพในงานที่ต้องปฏิบัติ เช่น การเข้าร่วมการฝึกอบรม การได้รับการนิเทศงาน เป็นต้น ทำให้การปฏิบัติงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนไม่ได้ตามเป้าหมายตามตัวชี้วัดหรือผู้บริหารคาดหวังไว้ ประกอบกับขาดการได้รับสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานด้วย จึงส่งผลให้ปัจจัยการบริหารภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

การปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.72, S.D. = 0.572) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิชัย งามมูลเลิศ (2560)⁽⁶⁾ ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D. = 0.44) เนื่องจาก การปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอโดยรวมอยู่ในระดับมากนั้น มาจากกระบวนการทำงานของทีมทำงาน มีการจัดตั้งคณะกรรมการตามสำนักนายกรัฐมนตรี ดังนั้นกลไกการทำงานเป็นกลไกที่มีแบบแผน มีกระบวนการการทำงาน จึงส่งผลให้การทำงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 9 อยู่ในระดับมาก

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัจจัยการบริหาร กับ การปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ พบว่า ปัจจัยการบริหาร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับน้อย (r = 0.456) เนื่องจากผู้รับผิดชอบงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอได้รับการเพิ่มพูนทักษะเฉพาะด้านในการทำงาน เช่น การได้ร่วมวางแผน การเข้าร่วมการฝึกอบรม การได้รับการนิเทศงาน เป็นต้น ทำให้การปฏิบัติงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ประกอบกับการได้รับสนับสนุนด้านงบประมาณอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน สร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพิษณุโลก พบว่าปัจจัยการบริหาร ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 โดย r = 0.332, 0.359 และ 0.472 ตามลำดับ) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เนื่องด้วยผู้ปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 9 ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี แต่ภาระงานของผู้ปฏิบัติงานไม่ได้มีเพียงงานเดียว รวมถึงงานอุบัติเหตุทางถนนไม่ได้ส่งผลให้ความก้าวหน้าในตำแหน่ง สภาพการปฏิบัติงาน และเงินเดือน ของผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สัมพันธ์ บัณฑิตเสน (2558)⁽⁷⁾ ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง แรงจูงใจที่มีผลต่อการดำเนินงานตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค่าจูง) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้ความสามารถ ส่งเสริมการฝึกอบรมในการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน รวมถึงการติดตามเยี่ยมเสริมพลังกับผู้ปฏิบัติงานเพื่อเป็นการให้กำลังใจในการทำงาน การให้คำแนะนำ มุมมองของการแลกเปลี่ยนการทำงาน ป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเพื่อพัฒนางานให้ได้ประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ดังนั้นหน่วยงานควรมีการบริหารงานบุคคลโดยจัดสรรให้งานที่รับผิดชอบเหมาะสมกับคน เหมาะสมกับ

ตำแหน่ง หรือถ้าเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใหม่ควรจัดให้มีการเข้ารับการอบรม การประชุมที่เกี่ยวข้องกับงานที่ได้รับมอบหมาย หรือถ้ามีส่วนงบประมาณมาเกี่ยวข้อง อาจจะเป็นการให้อำเภอที่ปฏิบัติงานดีใกล้เคียงเป็นพี่เลี้ยงในการทำงานได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอของคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน

2.2 ควรมีการศึกษาผลของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9

บรรณานุกรม

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ราไทยเพลส จำกัด; 2561.
2. Herzberg, F. The Motivation to Work. New York: John Wiley and Sons; 1959.
3. Brown M.W. & Cudeek R. Alliterative ways of assessing model fit, in texting structural equation model. New Jersey: Sage; 1993.
4. อัญชิสา อยู่สบาย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.
5. อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน สร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
6. สุวิชัย ถามุลเลศ. ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
7. สัมพันธ์ บัณฑิตเสน. แรงจูงใจที่มีผลต่อการดำเนินงานตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
8. งานป้องกันการบาดเจ็บกลุ่มโรคไม่ติดต่อ. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา; 2562.
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ครึ่งทางทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ราไทยเพลส จำกัด; 2560.



ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคนเพื่อเตรียมความพร้อม
ผู้สูงอายุ: กรณีศึกษานบ้านโพธิ์สง่า ตำบลท่าโพธิ์ศรี
อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

Knowledge and Perceptions on Dementia in Middle-Age Adults for Elderly Preparation: A Case Study
in Ban Pho Sa-nga, Tha Pho Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province

อรทัย พรหมแก้ว*, จิตติมา จันทะสาร, จุฑามาศ แก้วบุญเรือง และ เจนจิรา สมยา
Orathai Promkaew, Jittima Chantasan, Chuthamat Kaewbungreueang and Jenjira Somya

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
Boromarajonani Collage of Nursing Sanpasithiprasong

*Corresponding author: Orathai@bcnsp.ac.th

(Received: March 26, 2022; Accepted: July 8, 2022)

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้สูงอายุเป็นปัญหาหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต การทำความเข้าใจปัญหาดังกล่าวในช่วงวัยกลางคน เป็นการเตรียมการในการป้องกันตนเองก่อนเข้าวัยผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีเพื่อประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคนเพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างง่าย เป็นคนอายุระหว่าง 40-60 ปี จำนวน 156 คน เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างรู้ความหมายของภาวะสมองเสื่อม สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม และการรักษาภาวะสมองเสื่อม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.3, 73.1, 73.9, 88.4 และ 67.6 ตามลำดับ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 และเคยได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 59 จากโทรทัศน์ ร้อยละ 53.12 ต้องการได้รับความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม จากหนังสือ/คู่มือ สูงสุด ร้อยละ 38 2) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ระดับมาก ร้อยละ 96.16 ของผู้ใหญ่วัยกลางคน มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมระดับมาก แต่ยังมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันสมองเสื่อมระดับน้อย จึงควรส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันสมองเสื่อม แก่กลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคนในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, การรับรู้, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้ใหญ่วัยกลางคน

Abstract

Dementia in the elderly is one problem that hinders their lifestyle. Understanding the said problem in middle-age adults is preparing people into the elderly for the prevention of dementia. The purpose of this research was to study and assess knowledge and perception of dementia in middle-aged adults. Samples from simple randomization are middle-aged adults between the ages of 40-60 years at Ban Pho Sanga. This study was a questionnaire consisting of general information, the knowledge assessment form about dementia and the perception about and dementia in middle-aged adults. The statistics of data analysis consisted of number and percentage. The results showed two parts. 1) The sample group knew the meaning of dementia, causes of dementia, factors that cause dementia, the effects of dementia and treatment of dementia at a high level, 83.3 %, 73.1 %, 73.9 %, 88.4 % and 67.6 %, respectively. knowledge of the practice to prevent dementia in the moderate level, 58.3% and had received information about

dementia 59 % from television, 53.12 %, wanted to gain knowledge of dementia from books/manuals, the highest 38%. 2) The sample group had a high level of perception about dementia, 96.16% of middle-aged adults had a high level of knowledge and perception about dementia. But still have knowledge of how to act to prevent dementia at a low level, Therefore the knowledge of how to prevent dementia should be promoted among middle-aged adults in preparation for the next old age.

Keyword: Knowledge, Perception, Dementia, Middle-aged adults

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในวัยผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ลักษณะภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของเปลือกสมอง (Cerebral cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ สิ่งที่เป็นปัจจัยต่อภาวะสมองเสื่อม เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคของหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน ภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และการรักษาโดยฮอร์โมนทดแทนภาวะสารโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง ภาวะสับสนเฉียบพลัน และภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดซึ่งส่งผลต่อการทำงานของสมอง⁽¹⁾ ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสติปัญญา ความคิด ความจำบกพร่อง หลงลืม ทั้งความจำระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจผิดพลาด ความคิดทางนามธรรมผิดไป มีปัญหาในการพูด พูดซ้ำๆ ซากๆ ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถปฏิบัติงานต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มีความสับสนในเรื่องของเวลา สถานที่ บุคคล มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม อาการเหล่านี้มีผลกระทบทำให้ไม่สามารถทำงานหรืออยู่ในสังคมได้ ถ้าปัญหานี้รุนแรงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองผู้ที่อยู่ใกล้ชิดต่อคุณภาพชีวิต ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมโดยรวม ภาวะสมองเสื่อมยังเป็นสาเหตุของการไร้ความสามารถของผู้ป่วยมากที่สุด และต้องเป็นภาระแก่ผู้ดูแลโดยเฉพาะการที่ต้องรองรับปัญหาทางจิตอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย สูญเสียโอกาสในการทำงานและมีรายได้ลดลง⁽²⁾

จากสถิติ โดยองค์การอนามัยโลก⁽³⁾ ได้ประมาณการณ่ว่าจะมีผู้เป็นภาวะสมองเสื่อมในทุกๆ 3 วินาที และปัจจุบันพบผู้มีภาวะสมองเสื่อมกว่า 50 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นสูงเป็น 3 เท่า โดยจะพบผู้มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 83 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 และ 152 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 ตามลำดับ ซึ่งจะพบมากในประเทศที่ด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนา และในประเทศไทยมีการศึกษาในประชากรที่อายุมากกว่า 55 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 1.8 - 2.0 ส่วนในประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 11.4 โดยแยกเป็นเพศชายร้อยละ 8 และเพศหญิงร้อยละ 13.93⁽⁴⁾

จากการสำรวจของกรมกิจการผู้สูงอายุในปี 2563 พบว่าจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้สูงอายุ 289,058 คน เป็นอันดับ 5 ของประเทศไทย⁽⁵⁾ การศึกษาการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ การรับรู้ภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่มีน้อยมาก ส่วนมากเป็นการศึกษาเมื่อเป็นภาวะสมองเสื่อมแล้ว และเน้นการดูแลภาวะสมองเสื่อมในวัยสูงอายุที่เป็นโรคแล้ว ซึ่งขาดการเตรียมความพร้อมวัยผู้ใหญ่ที่กำลังจะเปลี่ยนผ่านสู่วัยสูงอายุในด้านความรู้ในเรื่องภาวะสมองเสื่อมเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัวในด้านป้องกันสาเหตุหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ดังนั้นคณะผู้วิจัย เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาและผลกระทบดังกล่าว และการปฏิบัติการพยาบาลสามารถปฏิบัติในเชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพก่อนการเกิดโรค จะเกิดประโยชน์สูงแก่กลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่จะก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ จึงได้สนใจการศึกษาเพื่อทราบสถานการณ์ของการมีความรู้ การรับรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่และเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่วัยผู้ใหญ่ อายุ 40 - 60 ปี



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอายุตั้งแต่ 40 – 60 ปี ในหมู่บ้านโพธิ์สง่า ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ครั้งนี้คณะผู้วิจัยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของบลูม (Bloom, 1964)⁽⁶⁾ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา โดยแนวคิดของบลูมได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งมี องค์ประกอบ 3 อย่างได้แก่ 1) ความรู้ (Knowledge) เป็นขั้นตอนในการพัฒนาสติปัญญาและเกี่ยวข้องกับการรับรู้การจำข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ 2) ทักษะ (Attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก 3) การปฏิบัติ (Practice) เป็นการแสดงออก ทางร่างกายซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติตามการรับรู้ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่ต้องใช้ระยะเวลาและการตัดสินใจ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยการออกแบบสอบถาม การประเมินความรู้และแบบประเมินการรับรู้ภาวะสมองเสื่อม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอายุ 40-60 ปี อาศัยอยู่จริงในบ้านโพธิ์สง่า และอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 222 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอายุ 40-60 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในบ้านโพธิ์สง่า และอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Krejcie & Morgan⁽⁷⁾ จำนวน 141 คน และมีการเพิ่มจำนวนผู้เป็นอาสาสมัครร่วมโครงการวิจัยอีก 15 คน รวมเป็น 156 คน⁽⁸⁾ เพื่อลดความเสี่ยงของการออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ คัดเข้า ได้แก่ มีอายุ 40-60 ปี, อาศัยอยู่จริงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์ศรี, สามารถติดต่อสื่อสารรู้เรื่อง, ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความรู้และการรับรู้ภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพ โรคประจำตัว และประวัติการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคนเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากบทความวิจัยของมุกดา หนูศรี โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จากของผลงานของผู้วิจัยมุกดา หนูศรี⁽⁹⁾ ซึ่งจะถามเกี่ยวกับ ความหมายของภาวะสมองเสื่อม ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นการตอบใช่หรือไม่ใช่ กำหนดการให้คะแนน ใช่ = 1 คะแนน ไม่ใช่ = 0 คะแนน คะแนนรวมของข้อคำถามทั้ง 15 ข้อ จะเท่ากับ 15 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผล⁽¹⁰⁾ โดยใช้ คะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับ $((15-0)/3=5)$ ผลที่ได้จะนำมาแบ่งช่วงคะแนนตามระยะทางอันตรภาคชั้น 3 ช่วง ของระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอยู่

ในระดับมาก ปานกลาง น้อย โดยแปลผลระดับ 11 – 15 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 66.67) หมายถึง ระดับมาก 6 – 10 คะแนน (33.34–66.66) หมายถึง ระดับปานกลาง 0 – 5 คะแนน (น้อยกว่า 33.33) หมายถึง ระดับน้อย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นแบบถูกผิด เป็นการตอบตามคำถามช่องทางการได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสาร เช่น ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์ เอกสารแผ่นพับฯ และมีการแจกจ่าย จำนวนข้อถูก แปลผล จำนวนนับคิดเป็นร้อยละ

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้การภาวะสมองเสื่อม ประยุกต์จากแบบประเมินความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของวัลลภา อันทรา, อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, ปัทมา วงศ์นิธิกุล⁽¹¹⁾ ซึ่งจะถามเกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมจะประกอบไปด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต สเกล (likert scale) ตามข้อความนั้นโดยการให้คะแนนตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

การแปลผลของค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามระดับคะแนน ดังนี้ เบสท์ (Best, 1977)⁽¹²⁾

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด
คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81– 2.60	หมายถึง	น้อย
คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61– 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41– 4.20	หมายถึง	มาก
คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21– 5.00	หมายถึง	มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI: content validity index) ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้มีค่า เท่ากับ 0.99 หาความเชื่อมั่น (Reliability) สำหรับแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้แบบ KR 20 เท่ากับ 0.70 และแบบประเมินการรับรู้ภาวะสมองเสื่อม หาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ 0.729

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 24/2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากแบบสอบถาม ทำการประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ใช้ค่าสถิติความถี่ และ ร้อยละ ส่วนแบบสอบถามประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40–45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.1 อายุระหว่าง 46–50 ปี ร้อยละ 26.9 อายุระหว่าง 56–60 ปี ร้อยละ 23.7 และอายุระหว่าง 51–55 ปี ร้อยละ 10.3 ตามลำดับ จำนวนความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ระดับประถมศึกษา มีจำนวนสูงสุด ร้อยละ 76.3 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับปริญญาตรี ปวส/อนุปริญญา ปวช. จำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 0.6 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 16.7 เช่น โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.05 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.05 โรคไต ร้อยละ 1.92 โรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 0.64 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.3 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 43.6 พบน้อยที่สุดคือ 2,001 บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 2.6 อาชีพพบมากที่สุดคืออาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 66.0



ส่วนที่ 2 ประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่กลางคนมีอายุ 40-60 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากที่สุด ได้แก่ ด้านผลกระทบ และความหมายของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 88.4 และ 83.3 ตามลำดับ รองลงมาได้แก่ ความหมายของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 83.3 ด้านที่ได้คะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 58.3 (รายละเอียดในตาราง 1)

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคน ที่มีอายุ 40-60 ปี

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ความหมายเกิดภาวะสมองเสื่อม	83.3	0.83	0.374	ระดับมาก
สาเหตุเกิดภาวะสมองเสื่อม	73.1	0.73	0.439	ระดับมาก
ด้านปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม	73.9	0.74	0.399	ระดับมาก
ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม	58.3	0.58	0.462	ระดับปานกลาง
ด้านผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม	88.4	0.88	0.305	ระดับมาก
ด้านการรักษาภาวะสมองเสื่อม	67.6	0.68	0.466	ระดับมาก

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 60.89 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.82 และระดับต่ำสุด ร้อยละ 1.28 และหมายเหตุที่มาของความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างตอบเคยได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 59.0 ช่องทางจากโทรทัศน์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.12 และไม่เคยได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารร้อยละ 41.0 มีความต้องการมีความรู้และปฏิบัติตัวเร็วที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.1 และถ้ารู้แล้วจะรีบปฏิบัติตัว คิดเป็นร้อยละ 89.7 รูปแบบสื่อการให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมมีความต้องการหนังสือ/คู่มืออยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 38

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคน

คะแนน	ร้อยละ	แปลผล
0-5	1.28	น้อย
6-10	37.82	ปานกลาง
11-15	60.89	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.16 รองลงมา อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 3.84

ตารางที่ 3 ผลการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคน ที่มีอายุ 40-60 ปี ตามช่วงคะแนน

คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	ร้อยละ	แปลผล
1.00-1.80	0	น้อยที่สุด
1.81-2.60	0	น้อย
2.61-3.40	0	ปานกลาง
3.41-4.20	3.84	มาก
4.21-5.00	96.16	มากที่สุด

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1, 5, 8, 9

และข้อ 3 ร้อยละ 100, 96.8, 96.2, 95.5, 95.5 ตามลำดับ ข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 4 และ ข้อ 2 รับรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.5 และ 79.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย (ความหมาย)	ร้อยละ
1. ภาวะสมองเสื่อมมีอาการความจำบกพร่อง ตามข่าวในเรื่องที่เพิ่งได้รับคำตอบไปแล้ว	156	5 (มากที่สุด)	100
2. ภาวะสมองเสื่อมจะจำเหตุการณ์เก่าๆ ได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น	124	4.17 (มาก)	79.5
3. ภาวะสมองเสื่อมมักลืมเรื่องทั่วไป เช่น ลืมที่ไว้กุญแจบ้าน ทั้งๆ ที่ใช้ทุกวัน	149	4.82 (มากที่สุด)	95.5
4. ภาวะสมองเสื่อมมักสับสนทิศทางซ้ายหรือขวาและสถานที่ที่เคยไปบ่อยๆ	110	3.82 (มาก)	70.5
5. ภาวะสมองเสื่อมมักจำสิ่งที่ทำลงไปแล้วไม่ได้ เช่น จำไม่ได้ว่ากินอาหารไปแล้ว	151	4.87 (มากที่สุด)	96.8
6. ภาวะสมองเสื่อมมักกังวลของผิดที่ของหายเสมอเพราะเอาไปไว้ที่ที่ไม่เคยเก็บ	141	4.61 (มากที่สุด)	90.4
7. ภาวะสมองเสื่อมมักลืมเพื่อนสนิทหรือญาติสนิทหรือบุคคลที่คบหากันบ่อยๆ	149	4.82 (มากที่สุด)	95.5
8. ภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันโดยเฉพาะเรื่องอนามัยส่วนบุคคล	150	4.84 (มากที่สุด)	96.2

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้วัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่วัยกลางคนจากการศึกษาส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 156 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ 40-60 ปี ระดับการศึกษาพบมากที่สุด อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.3 ผลการศึกษาส่วนที่ 2 ผลการประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้านความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ส่วนรายละเอียดของความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีคนมีความรู้ด้านนี้จำนวนน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ ร้อยละ 58.3 และด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับมาก จำนวนมากที่สุด ดังนั้นการพัฒนาให้ผู้ใหญ่วัยกลางคนให้มีความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมให้มากขึ้น และควรเร่งรัดการส่งเสริมความรู้แก่กลุ่มดังกล่าว ตามความต้องการที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม “ถ้ารู้แล้วจะรีบปฏิบัติตัว” คิดเป็นร้อยละ 89.7 การส่งเสริมความรู้การป้องกันสมองเสื่อม คณะผู้วิจัยเสนอแนะใช้ช่องทางทีวีหรือสื่อออนไลน์ ของผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากช่องทางจากโทรทัศน์มากที่สุดและจากการสำรวจการเข้าถึงสื่อออนไลน์เข้าถึงคนไทย ร้อยละ 82 ซึ่งมากขึ้นในปัจจุบัน และพฤติกรรมการเล่นสื่อออนไลน์ของคนไทยอยู่ที่ 9.38 ชั่วโมงต่อวัน⁽¹³⁾ และการใช้สื่อการเสนอความรู้ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในเรื่องควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับประทานอาหารบำรุงสมอง และหลีกเลี่ยงอาหาร ยา กิจกรรมที่ทำลายสมอง การทำกิจกรรมสม่ำเสมอ การเข้าสังคม การฝึกสติปัญญา การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น และควรจัดทำเนื้อหาความรู้ในรูปแบบหนังสือ/คู่มือ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้ความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
2. ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีประสิทธิภาพและมีการวิจัยผลของการส่งเสริมความรู้



3. ควรมีการให้ความรู้ในรูปแบบหนังสือ/คู่มือเกี่ยวกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดการเกิดภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

1. บุษาคำสวน. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหลักหกอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวารสาร. 2559;5(2):21-32.
2. Murray A. The effect of dementia on patients, informal careers and Nurses. Nursing Older People. 2014;26:27-31.
3. World Health Organization. 10 facts on dementia [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 11]. Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/dementia/en/>.
4. พาวุฒิเมฆวิชัย, สุรินทร์ แซ่ตั้ง. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556;58(1):101-10.
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. จัปตา: สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย (ณ 31 ธ.ค. 2563) – TCIJ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มกราคม 30 เข้าถึงได้จาก: <https://www.tcijthai.com/news/watch/11359>.
6. Bloom, B. S. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David McKay; 1964.
7. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10.
8. Polit D.F., & Beck C.T. Assessing data quality. In Nursing Research: Principles and methods. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
9. มุกดา หนุ่ยศรี. การป้องกันภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2559;8(1):227-240.
10. วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิชย์; 2536.
11. วัลลภา อันตารา, อุบลรัตน์ สิงห์เสนี และ ปัทมา วงศ์นิกุล. การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2559;8:23-33.
12. Best, J.W. Research in Education. 3nded. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice hall Publishers; 1977.
13. แบรินด์บัฟเฟต. 5 เทรนด์ปี 2020 และผู้บริโภคไทยยุค 5G เสพสื่อออนไลน์หนักมาก[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 7]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.brandbuffet.in.th/2020/01/mindshare-media-outlook-2020-and-5-key-trends/>.



ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยคุกคามสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรค ต่าง ๆ โดยเน้นเรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกาลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทุกผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่จะต้องผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและรูปแบบการวิจัย จำนวน 2 ท่าน ที่จะช่วยพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุและวิธีการ ผลวิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์กระดาษ A4 (210x297 มิลลิเมตร)

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนิน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

รายงานการสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค บทคัดย่อ บทนำ หรือความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค มาตรการควบคุมและป้องกัน วิจารณ์ผล ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน สรุป ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง โดยมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุสถานที่ทำงานให้ชัดเจน

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เขียนเฉพาะเนื้อหาที่จำเป็น ระบบตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคที่สมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ การเขียนบทคัดย่อ ควรมีส่วนประกอบ ดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลและวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ เนื้อหา ในบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องสอดคล้องกัน ความยาวไม่เกิน 250 คำ ระบุคำสำคัญ 3-5 คำ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษาค้นคว้า กรณีเป็นการวิจัยต่อยอดจากผลการวิจัยก่อนหน้า ควรระบุช่องว่างความรู้ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เพื่อค้นหาคำตอบ และแนวทางแก้ไข ระบุวัตถุประสงค์การวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือการใช้สถิติที่นำมาประยุกต์

ผลการดำเนินงาน อธิบายข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเสนอหลักฐานและข้อมูล อย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งแปลความหมายของข้อค้นพบต่าง ๆ



วิจารณ์ผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีประกอบการอธิบาย วิเคราะห์ ผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด ความสอดคล้องหรือความแตกต่างจากข้อค้นพบของงานวิจัย ก่อนหน้านี้ โดยระบุแหล่งอ้างอิงที่สามารถสืบค้นเพิ่มเติมได้

บทสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีการวิจัยสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บยกไว้หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความ ที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปี ค.ศ.;ปีที่พิมพ์ (Volume):หน้า.

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วเติม et al.

ตัวอย่างการอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners in children household contacts of adult with ALDS. JAMA. 1987;25:640-644.

ข. ภาษาไทยใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วเติมคำว่า “และคณะ”

ตัวอย่าง

ธีระ งามสุด, อารดา โอวาทตระกูล, ทวีฤทธิ์ สิทธิเวคิน. โรคเรื้อรังชนิดทิวเบอร์คิวโลซิสและโรคสะเก็ดเงิน : การศึกษาเปรียบเทียบด้านคลินิกและจุลพยาธิวิทยา. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2561;12(2):101-102.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรของชื่อย่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Joman K. Tuberculosis case-finding and chemotherapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์: หน้า.

ตัวอย่าง

ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หิริณสุด, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รวมทรงคน; 2553: 115-120.

3.3 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.4 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของเรื่อง/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/http://...

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 พิมพ์ติดหน้าเดียวลงบนกระดาษสัน ขนาด A4 (21*29.7 ซม.) ใช้ Font Angsana new ขนาดตัวอักษร 16 จำนวน 12 แผ่น

4.2 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ก้นหน้า (ซ้าย) ก้นหลัง (ขวา) บน-ล่าง 2.54 ซม. (Margins Normal) ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ระยะ

4.3 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้น คำภาษาไทยที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.4 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหน้ามัน ถ้าเป็นภาพถ่าย ควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพโปสเตอร์แทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียน ลงในรูป

4.5 การส่งบทความประเภทไฟล์ Word เพื่อตีพิมพ์ผ่านระบบออนไลน์ทางเว็บไซต์ ThaiJo

ขั้นตอนการส่งบทความ

1. เข้าไปที่เว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index>

2. สมัครสมาชิก Register สร้าง Username และ Password สร้าง Profile จากนั้นเข้าสู่ระบบ login และไปยังขั้นตอนการ Submission

3. Submission คลิก New Submission

ขั้นตอนที่ 1 เลือกทุกช่องทางเพื่อเป็นยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ .doc หรือ .docx

ขั้นตอนที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract, Keywords, Reference

ขั้นตอนที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นตอนที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ (Editor)

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้นิพนธ์ทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบและทำหนังสือรับรองการตีพิมพ์ส่งให้ผู้นิพนธ์ทางไปรษณีย์

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่าผลงานที่ส่งมานั้นเป็นผลงานใหม่และไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน

2. ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ไม่บิดเบือนข้อมูล

3. ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้อ้างอิงในผลงานของตน



4. ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน”
5. ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ตนรับผิดชอบ
2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความ
3. บรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล
2. ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ
3. ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน แต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างถึง

หมายเหตุ: วารสารมีระบบการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการ โดยโปรแกรมอักขรวิสุทธิ์ หากตรวจพบการคัดลอกมากกว่าร้อยละ 30 ทางวารสารจะแจ้งให้ดำเนินการแก้ไข หรืออาจจะไม่รับพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่



วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

THE OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND CONTROL 9 NAKHON RATCHASIMA JOURNAL

ลิขสิทธิ์
เว็บไซต์

ปีที่พิมพ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
<http://odpc9.ddc.moph.go.th>
<http://ddc.moph.go.th/odpc9>
2565