



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The Office of Disease Prevention and Control 9th, Nakhon Ratchasima Journal

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม 2565 – มกราคม 2566 (Volume 29 Number 1 October 2022 – January 2023)

- ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง ยา 8 ขนานสังหาร NCDs ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา
- การสอบสวนการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีการระบาดในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2564
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของประชาชน ตำบลโคกสะอาด อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี
- ถอดบทเรียนรูปแบบการปรับตัวการจัดบริการสำหรับป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในสถานการณ์ โควิด-19 จังหวัดบึงกาฬ
- การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในสถานประกอบการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสุควบคุมโรค
- ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ
- ผลการดำเนินงานจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามมาตรการส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับประถมศึกษา เขตสุขภาพที่ 7
- พฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลยอดแดง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 9 และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

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

ที่ปรึกษา

นพ.กฤษฎา มโหทาน

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน

บรรณาธิการ

นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางญาดา โตอุตชนม์

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวศิริรัตน์ สีขุนทด
2. นางสาวฉัตรสุตา ลัดสูงเนิน

กำหนดออกเผยแพร่

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

เผยแพร่

1. เว็บไซต์ ThaiJo <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index>
2. เว็บไซต์ สคร.9 นครราชสีมา <http://odpc9.ddc.moph.go.th/>

กองบรรณาธิการนอกระบบงาน

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. รศ.ดร.โยธิน แสงวงศ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รศ.ดร.มณฑา เก่งการพาณิชย์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ผศ.ดร.เชษฐา งามจรัส | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 4. ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศีลาวรรณ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รศ.ดร.จเรณิต แก้วกังวาล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ.ดร.ไกรชาติ ตันตระกูลการอาภา | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รศ.ดร.สารนาถ ล้อพูลศรี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. ผศ.ดร.สุชาดา รัชชกุล | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 9. ผศ.ดร.หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 10. ผศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 11. รศ.ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช |
| 12. ผศ.ดร.ชัยยา นรเชษนันท์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม |
| 13. ผศ.ดร.ธรรมาวี ชันสำโรง | มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น |
| 14. ผศ.ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 15. ผศ.ดร.อักษรา ทองประชุม | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 16. อ.ดร.ศิวาพร มหาทำนุโชค | มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน |
| 17. ผศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 18. ดร.รชานนท์ งามใจรัก | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 19. ผศ.ดร.วัลลภ ดิษฐ์สุวรรณ | มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 20. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 21. รศ.อรุณ จิรวินกุล | นักวิชาการอิสระ |
| 22. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร | นักวิชาการอิสระ |
| 23. นพ.สุรัชย์ ศีลาวรรณ | นักวิชาการอิสระ |
| 24. นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร | นักวิชาการอิสระ |
| 25. นพ.เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ | นักวิชาการอิสระ |
| 26. นางอัญญา ประศาสน์วิทย์ | นักวิชาการอิสระ |
| 27. ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ | นักวิชาการอิสระ |
| 28. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์ | นักวิชาการอิสระ |
| 29. พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ | นักวิชาการอิสระ |

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| 1. ดร.ธนัชฐา ดิษฐ์สุวรรณ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา |
| 2. ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม. |
| 3. ดร.สมร นุ่มผ่อง | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม. |
| 4. พญ.คณินิจ เอื้อไย | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม. |

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง เผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านท้ายของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ทุกฉบับทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำและบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการอื่นๆ ได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

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

สารบัญ / Content

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม 2565 - มกราคม 2566

1. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง ยา 8 ขนานสังหาร NCDs ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา Effects Of Health Behavior Modification Program On The 8 Forms Drug Prevention Non-Communicable Diseases Guidelines Of Chronic Disease Risk Group In Chaloem Phrakiat District Nakhon Ratchasima Province พิรภัทร ไตรคุ้มตัน*.....	5
2. การสอบสวนการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีการระบาดในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2564 An Investigation of COVID-19 Deaths in Community, Nai Mueang Sub-District, Mueang District, Chaiyaphum Province During May to June, 2021 ปราณ สุกุมลันนันทน์* และคณะ.....	15
3. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของประชาชน ตำบลโคกสะอาด อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี Effects of behavior modification program for liver fluke prevention based on transformative learning theory among people in Koksard Sub-district, Numkhun District, Ubon Ratchathani Province ปัญญาพร ชมบ้านแพ้ว* และคณะ.....	27
4. ถอดบทเรียนรูปแบบการปรับตัวการจัดบริการสำหรับป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดบึงกาฬ Lesson Learned for Adaptation of Service for prevention and control of Non-communicable diseases in COVID-19 situation, Bueng Kan Province เนือทิพย์ หมุ่มมาก* และคณะ.....	41
5. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในสถานประกอบการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขควบคุมโรค The management model development of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in workplace by disease-control public health volunteers นิพัฒน์ พูลสวัสดิ์* และคณะ.....	54
6. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ Associations between anxiety and life quality of Coronavirus 2019 patients who discharged from the hospital, Phukhieo district, Chaiyaphum province จารุวรรณ มะลัยคำ และคณะ.....	67
7. ผลการดำเนินงานจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามมาตรการส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับประถมศึกษา เขตสุขภาพที่ 7 Effects of Learning Program Management on Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma according to Promotion, Prevention and Control of Opisthorchiasis in Primary Schools, Health Region 7 ชุดิมา วัชรกุล* และคณะ.....	80
8. พฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลยอดแกง อำเภอนาามน จังหวัดกาฬสินธุ์ Risk behaviors on pesticide use among farmers in Yod Kang Subdistrict, Namon District, Kalasin Province สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ* และคณะ.....	95

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินงานเผยแพร่เข้าสู่ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (เดือนตุลาคม – มกราคม) ปี พ.ศ. 2566 ยังคงมุ่งเน้นสร้างองค์ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับผู้อ่านโดยนำเสนอบทความทางวิชาการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ วิจัยเชิงปริมาณ วิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ รวมถึงโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รายงานการสอบสวนโรค เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยฉบับนี้กองบรรณาธิการคัดสรรบทความที่มีคุณภาพและน่าสนใจเพื่อนำเสนอแก่ผู้อ่าน เพื่อให้วารสารฉบับนี้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและภัยคุกคามสุขภาพทุกมิติ ตัวอย่างบทความเช่น ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง ยา 8 ขนาน สัปดาห์ NCDs ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา, ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของประชาชน ตำบลโคกสะอาด อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี, การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในสถานประกอบการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขควบคุมโรค, พฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นต้น

กองบรรณาธิการขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับผู้พิมพ์ทุกท่านที่ส่งบทความวิชาการมาเผยแพร่ และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่โดยการ Submissions Online ผ่านทางเว็บไซต์ <http://odpc9.ddc.moph.go.th/Research/research.html> หากมีข้อเสนอแนะประการใด เพื่อปรับปรุงวารสารให้ดียิ่งขึ้น ขอได้โปรดแจ้งทางกองบรรณาธิการ ยิ่งไปกว่านั้นกองบรรณาธิการขอแสดงความขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจ และเลือกอ่านบทความวิชาการในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่า ข้อเสนอแนะของท่านมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพบทความ ท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ กองบรรณาธิการรู้สึกภูมิใจและเป็นเกียรติอย่างยิ่ง หากเนื้อหาในบทความวิชาการนี้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับประชาชนต่อไป

นายแพทย์ทวีชัย วิษณุโยธิน

บรรณาธิการ

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางยา 8 ขนานสังหาร NCDs
ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

Effects Of Health Behavior Modification Program On The 8 Forms Drug Prevention
Non-Communicable Diseases Guidelines Of Chronic Disease Risk Group
In Chaloeam Phrakiat District Nakhon Ratchasima Province

พีรภัทร ไตรคุ้มตัน*
Peerapat Traikumdan*

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา
Chalerm Phra Kiat District Public Health Office, Nakhon Ratchasima

*Corresponding author: ning_mew12@hotmail.com

(Received: March 9, 2022 / Revised: Aug 1, 2022 / Accepted: Aug 31, 2022)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางยา 8 ขนานสังหาร NCDs ของอาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการระหว่าง 1 มิถุนายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 โดยใช้หลักสุตรฝึกรอบมยา 8 ขนานสังหาร NCDs ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ แบบทดสอบความรู้ และเครื่องมือทางคลินิก โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 50 คน สถิติที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าเฉลี่ย Paired-Samples t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (Mean Diff = 11.34, 95% CI = 9.35-11.33, p – value < 0.001) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (Mean Diff = 9.76, 95% CI = 4.21-15.31, p – value = 0.001) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (Mean Diff = 0.26, 95% CI = 0.11-0.41, p – value = 0.001) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) (Mean Diff = 8.78, 95% CI = 5.73-11.83, p – value < 0.001) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ควรมีการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ไปขยายผลต่อประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, โปรแกรมยา 8 ขนานสังหาร NCDs

Abstract

A quasi-experimental study was designed for this research. The objective was to study the results of the 8 Forms Drug Prevention Non-Communicable Diseases Guidelines of the Chronic Disease Risk Group program in Chaloem Phrakiat District, Nakhon Ratchasima Province. The study was conducted between June 1 and December 31, 2020 using a training program for the 8 Forms Drug Prevention Non-Communicable Diseases Guidelines, including health records, knowledge quizzes, and clinical tools. The sample size was 50 people in the chronic disease risk group. Purposive sampling was applied to recruit participants. Descriptive statistics and paired-samples t-test at 0.05 significance level were used for data analysis. The results found that knowledge (Mean Diff = 11.34, 95% CI = 9.35-11.33, p-value < 0.001) blood sugar level (Mean Diff = 9.76, 95% CI = 4.21-15.31, p-value = 0.001) body mass index (Mean Diff = 0.26, 95% CI = 0.11-0.41, p-value = 0.001) and systolic blood pressure (Mean Diff = 8.78, 95% CI = 5.73-11.83, p-value < 0.001) were significant difference. Therefore, health behavior change programs should be developed to expand their effect on other groups further.

Keywords : Chronic Disease Risk Group, The 8 Forms Drug Prevention Non-Communicable Diseases Guidelines

1. บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (WHO) เล็งเห็นว่ากลุ่มโรค NCDs นั้น ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดมีถึง ร้อยละ 63 ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs และที่สำคัญกว่านั้นคือ กว่าร้อยละ 80 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา⁽¹⁾ ข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมาปี 2560 – 2562 พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเท่ากับ 1.52, 1.94, 2.06 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเท่ากับ 3.36, 3.83, 3.91 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁽²⁾ จากการตรวจสุขภาพประจำปี 2563 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน กับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยสะสมยังคงเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน⁽³⁾ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นั้นเราเคยใช้ หลัก 3อ 2ส ซึ่งเป็นหลักการที่เราใช้มาเป็นเวลานาน มีการศึกษาการใช้หลัก 3อ.2ส.1ย. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ่อหลวง ตำบลนบ่อหลวง อำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง⁽⁴⁾

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง ยา 8 ขนานสังหาร NCDs เป็นหลักที่ประยุกต์ใช้วิธีการเรียนรู้ และทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์มาใช้ในการอบรมเรียนรู้⁽⁵⁾ ซึ่งมีหลักในการจัดการสุขภาพคือต้องมีการจัดการกับสิ่งที่เป็พิษ คือ อย่าเอาพิษเข้าสู่ร่างกาย อย่าสร้างสารพิษขึ้นมาเอง และการเอา

พิษออก มีรายละเอียดคือ 1) อารมณ์ดีมีจิตปล่อยวาง 2) อาหาร 3) ออกกำลังกายด้วยการแก่งแขน 4) เอาพิษออกด้วยการดื่มน้ำ 5) เอาพิษออกด้วยการกัวซา 6) เอาพิษออกด้วยการนวดมือนวดเท้า 7) เอาพิษออกด้วยการใช้สมุนไพร 8) เอาพิษออกด้วยการแช่มือแช่เท้า⁽⁶⁾ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพตามแนวทาง ยา 8 ขนานสังหาร NCDs เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้บริหารผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงผู้ที่เข้ารับการปรับเปลี่ยนว่าได้ผลจริง

2. วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง ยา 8 ขนานสังหาร NCDs ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

3. สมมติฐาน

1. หลังเข้าโปรแกรมฯ อาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง มีความรู้เรื่องการสร้างเสริมสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น

2. หลังเข้าโปรแกรมฯ อาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง มีค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน และหลังการทดลอง (One Group Pretest–Posttest Design)

ประชากร ได้แก่ ประชาชนในเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2563 ที่มีผลผิดปกติ มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีค่าน้ำตาล

ในเลือด มากกว่า 100 mg/dl หรือ มีค่าความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) มากกว่า 120 mmHg หรือความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) มากกว่า 80 mmHg 2) สมัยใจในการเข้าร่วมโปรแกรมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 3) ไม่ได้เข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมอื่นๆ เกี่ยวกับการลดอาการกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ = 0.80 ระดับนัยสำคัญ = 0.05 และ Effect Size = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 25 ราย (Polit & Hungler, 1995) เพื่อป้องกันปัญหาเรื่องความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างน้อย 50 คน

5. เครื่องมือวิจัย

1) หลักสูตรฝึกอบรมยา 8 ขนานสังหาร NCDs หลักในการจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่ ด้วยหลัก 4 อ. คือ อารมณ์ดีมีจิตระลึอยวาท โดยใช้กระบวนการสมาธิบำบัดแบบ SKT อาหาร การรับประทานเพื่อสุขภาพ ทานผลไม้และผักก่อนรับประทานอาหารอื่น หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม เครื่องปรุงรส ออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน ซึ่งเป็นศาสตร์ของแพทย์แผนจีน ทำได้ง่าย จะช่วยให้ระบบน้ำเหลืองไหลเวียนทั่วร่างกาย ลดการอักเสบ การเจ็บป่วยและเอพิซออก ซึ่งการเอพิซออกประกอบด้วย 4 ประการ คือ เอพิซออกด้วยการดื่มน้ำ ซึ่งควรดื่มไม่น้อยกว่า 2.5 ลิตรต่อวัน น้ำจะช่วยขับสารพิษออกจากร่างกายและปรับสมดุลต่างๆ เอพิซออกด้วยการกัวซา ซึ่งเป็นศาสตร์การบำบัดแบบพื้นฐานของจีน เป็นการขูดไล่พิษออกมาทางต่อมเหงื่อ กระตุ้นการไหลเวียน ด้านการอักเสบ โดยใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะโค้งมน เอพิซออกด้วยการนวดมือนวดเท้า ซึ่งเป็นจุดรวมของเส้นประสาทที่เชื่อมกับระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายทำงานได้สมดุลมีสุขภาพดี มีทั้งการนวดมือด้วยการตีลึงเจอร์ และการนวดเท้า

ด้วยกะลา เอพิซออกด้วยการใช้สมุนไพร มี 3 วิธี คือ 1) การดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุลร่างกาย 2) การพอกสมุนไพรเพื่อขับพิษ แก้อาการปวดศีรษะ ปวดข้อ 3) การดื่มน้ำสมุนไพรล้างพิษในลำไส้ และเอพิซออกด้วยการแช่มือแช่เท้า โดยใช้สมุนไพรผสมสมุนไพร ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง คลายตัว ระบายพลังพิษออกจากร่างกาย ช่วยให้เส้นเลือดฝอยขยายตัว กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด รวมทั้งหมดมี 8 ข้อ โดยเป็นการเรียนรู้ภาคทฤษฎี และการแบ่งฐานฝึกปฏิบัติจริง จำนวน 2 วัน

2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต โดยการติดตามหลังการเข้าโปรแกรม 3 เดือน

3) แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ 4 ตัวเลือก ให้เลือกคำตอบที่คิดว่าถูกต้องมากที่สุด ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁽⁷⁾ คือ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (24-30 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับสูง คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79 (18-23 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 (0-17 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

4) เครื่องมือทางคลินิก ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

แบบทดสอบความรู้ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 3 ท่าน คะแนนความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) โดยค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60-1.00 นำเครื่องมือไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 20 ราย โดยใช้วิธีของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-21) ได้ เท่ากับ 0.62

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 057
เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และ ผลทางคลินิกจากการตรวจร่างกาย ก่อนและหลังการ ทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

6. ผลการวิจัย

ผู้เข้าโปรแกรมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 98.0 มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 76.0 วุฒิการศึกษา ระดับมัธยม/ปวช. ร้อยละ 62.0 ประกอบอาชีพ

เกษตรกร ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 50.74 ปี อายุต่ำสุด 36 ปี อายุสูงสุด 64 ปี มีฐานของรายได้ เท่ากับ 4,000 บาท รายได้ต่ำสุด 600 บาท และรายได้สูงสุด 30,000 บาท

ความรู้การสร้างเสริมสมรรถนะการจัดการโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหลัก 4 อ. ยา 8 ขนานสังหาร NCDs ของอาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง พบว่า ก่อนเข้า โปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ หลังเข้า โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับ สูง ร้อยละ 76.0 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.0 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 16.0 และค่า เฉลี่ยคะแนนความรู้จาก 13.8 (S.D.=4.5) เป็น 25.14 (S.D.=6.37) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ คะแนนความรู้หลัก 4 อ. ยา 8 ขนานสังหาร NCDs ของกลุ่ม อาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (n=50)

ระดับความรู้ (30 คะแนน)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-17 คะแนน)	38	76.0	8	16.0
ปานกลาง (18-23 คะแนน)	11	22.0	4	8.0
สูง (24-30 คะแนน)	1	2.0	38	76.0
รวม	50	100	50	100
คะแนนเต็ม 30	mean 13.80	S.D. 4.50	mean 25.14	S.D. 6.37
	max 25	min 5	max 30	min 9

ดัชนีมวลกาย พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมฯ ดัชนี มวลกายส่วนใหญ่ มีค่ามากกว่าเกณฑ์ หลังเข้า โปรแกรมฯ จำนวนผู้ที่มีดัชนีมวลกายเข้าสู่ระดับปกติ

เพิ่มขึ้น จาก 14 คน เป็น 17 คน จำนวนผู้ที่มีดัชนี มวลกายต่ำและสูงกว่าเกณฑ์ ลดลง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ค่าดัชนีมวลกายของอาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (n=50)

ระดับความรู้ (30 คะแนน)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 18.5 (ปกติ)	2	4.0	1	2
ปกติ 18.5-24.9 (กลุ่มเสี่ยง)	14	28.0	17	34.0
มากกว่า 24.9 (สงสัยป่วย)	34	68.0	32	64
รวม	50	100	50	100

ระดับน้ำตาลในเลือดของอาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง พบว่า หลังเข้าโปรแกรมฯ จำนวนผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเข้าสู่ระดับปกติเพิ่มขึ้นจาก 7 คน เป็น 14 คน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงจาก 27 เป็น 26 คน และกลุ่มสงสัยป่วย ลดลงจาก 16 เป็น 10 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ระดับน้ำตาลในเลือด ของอาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (n=50)

น้ำตาล ในเลือด (mg/dl)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
70 – 99 (ปกติ)	7	14.0	14	28.0
100 – 125 (กลุ่มเสี่ยง)	27	54.0	26	52.0
126 ขึ้นไป (สงสัยป่วย)	16	32.0	10	20.0
รวม	50	100	50	100

ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ของอาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง พบว่า หลังเข้าโปรแกรมฯ มีระดับความดันโลหิตช่วงบน ลดลงเข้าสู่ระดับปกติเพิ่มขึ้น จาก 6 คน เป็น 15 คน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตลดลงจาก 28 เป็น 27 คน และกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงจาก 16 เป็น 8 คน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ของอาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (n=50)

ความดันโลหิต ช่วงบน (SBP)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 120 (ปกติ)	6	12.0	15	30.0
120 – 139 (กลุ่มเสี่ยง)	28	56.0	27	54.0
140 ขึ้นไป (สงสัยป่วย)	16	32.0	8	16.0
รวม	50	100	50	100

ความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) ของอาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง พบว่า หลังเข้าโปรแกรมฯ ระดับความดันโลหิตช่วงล่างลดลงเข้าสู่ระดับปกติเพิ่มขึ้น จาก 31 เป็น 33 คน กลุ่ม

เสี่ยงโรคความดันโลหิตเพิ่มจาก 10 เป็น 13 คน และกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงจาก 9 เป็น 4 คน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) ของอาสาสมัคร

ความดันโลหิต ช่วงล่าง (DBP)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 80 (ปกติ)	31	62.0	33	66.0
81– 89 (กลุ่มเสี่ยง)	10	20.0	13	26.0
90 ขึ้นไป (สงสัยป่วย)	9	18.0	4	8.0
รวม	50	100	50	100

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Paired-Samples t-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (Mean Diff =11.34, 95% CI =9.35-11.33, p – value < 0.001) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลัง

การเข้าโปรแกรมฯ ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Diff =9.76, 95% CI =4.21-15.31, p – value = 0.001) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลังการเข้าโปรแกรมฯ ลดลงหรือเข้าสู่ภาวะปกติ(สมส่วน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Diff =0.26, 95% CI =0.11-0.41, p – value = 0.001) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

ช่วงบน (Systolic Blood Pressure) หลังการ
เข้าโปรแกรมฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(Mean Diff =8.78, 95% CI =5.73-11.83,
p – value < 0.001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย (Paired – Sample T Test) (n=50)

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean Diff	t	95% CI	p-value
ความรู้						
ก่อน	13.80	4.50	11.34	11.44	9.35 – 13.33	<0.001
หลัง	25.14	6.37				
น้ำตาลในเลือด						
ก่อน	125.42	32.96	9.76	3.54	4.21 – 15.31	0.001
หลัง	115.66	25.82				
ดัชนีมวลกาย						
ก่อน	27.22	4.72	0.26	3.57	0.11 - 0.41	0.001
หลัง	26.96	4.67				
SBP						
ก่อน	134.60	13.68	8.78	5.79	5.73 – 11.83	<0.001
หลัง	125.82	14.03				

7. อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนความรู้หลัง
การเข้าโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ ตุ่นแก้ว⁽⁴⁾ ที่ศึกษา
ผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านน้ำบ่อหลวง ตำบลน้ำบ่อหลวง อำเภอสันป่าตอง
จังหวัดเชียงใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของประหยัด
ช่อไม้⁽⁸⁾ ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาคิน
อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ และสอดคล้อง
กับการศึกษาของ ไพโรจน์ มะกล้าดำ⁽⁹⁾ ศึกษา
กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ของตำบลคลองอุดมชลจร อำเภอเมือง จังหวัด
ฉะเชิงเทรา และพบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ
อติญาน์ ศรเกษตริน⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ต.คลองฉนาก อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี
จะสังเกตว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมี
ความรู้อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการจัดการโรคเรื้อรัง
แนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ.(ยา 8 ขนาน) นั้นเป็นหลักการ
ปฏิบัติใหม่ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนครั้ง
แรกในปี 2563 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งผ่าน
การถ่ายทอดความรู้ และการแบ่งฐานกิจกรรมการ
เรียนรู้ จากวิทยากรแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ใน

ระดับสูง เนื่องจากได้ผ่านการถ่ายทอดความรู้จากวิทยากร รวมถึงการแบ่งฐานฝึกปฏิบัติจริง และเรียนรู้จากคู่มือเสริมความรู้ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปทบทวนศึกษาเอง และนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้

ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตช่วงบน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา ของนางลักษณ์ ตุ่นแก้ว⁽⁴⁾ ที่ศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำบ่อหลวง ตำบลน้ำบ่อหลวง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และสอดคล้องกับการศึกษาของไพโรจน์ มะกล้าดำ⁽⁹⁾ ศึกษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลคลองอุดมชลจร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องมาจาก เมื่อได้รับความรู้ และการเสริมพลังในเรื่องการดูแลตนเอง รวมถึงการให้กลุ่มตัวอย่างได้แบ่งฐานฝึกปฏิบัติจริง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเองได้ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งการจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันเกินในกระแสเลือด ไตเสื่อม ด้วยหลัก 4 อ. หรือ ยา 8 ขนาน เป็นแนวการปฏิบัติที่ไม่ยาก และได้ผลจริง กลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติเป็นประจำจะไม่ป่วยเป็นโรค ส่วนผู้ป่วยเป็นโรคแล้วก็จะสามารถลดการรักษาด้วยยาได้⁽⁶⁾ ซึ่งผลการศึกษาผลในครั้งนี้ พบว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์คลายความเครียด และการขับพิษออกจากร่างกาย ทำให้ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

8. ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง ยา 8 ขนานสังหาร NCDs ขยายผลต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ

9. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษร

กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ระบบบริหารจัดการข้อมูลด้านสาธารณสุข จังหวัด นครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 มิถุนายน 1]. เข้าถึงได้จาก https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ (2563). ระบบบริหารจัดการข้อมูลด้านสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 มิถุนายน 1] เข้าถึงได้จาก https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
4. นางลักษณ์ ตุ่นแก้ว. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และการใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำบ่อหลวง ตำบลน้ำบ่อหลวง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2561;24(2):83-95.
5. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. หลักสูตรฝึกอบรมยา 8 ขนานสังหาร NCD. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครราชสีมา: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2562.
6. พระภิกษุธัมมธโร (นายแพทย์ทองถม ชะลอกุล). การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ.(ยา 8 ขนาน). พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา;2562.
7. Bloom B.S. Human Characteristic and School Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1976.

8. ประหยัด ช่อไม้, อารยา ปรานประวิตร. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์. 2558;10(1):15-24.
9. ไพโรจน์ มะกล่ำคำ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลคลองอุดมชลจร อำเภอมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร. 2558;10(1): 20-39.
10. อติญาณ์ ศรเกษตรริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม, ลัดดา เรืองด้วง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.คลองฉนาก อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4:253-64.
11. Polit, D. F. & Hungler, B. P. Nursing Research: Principles and Methods. (5th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott company; 1995.

การสอบสวนการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
กรณีการระบาดในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2564

An Investigation of COVID-19 Deaths in Community, Nai Mueang Sub-District, Mueang District, Chaiyaphum Province During May to June, 2021 In Chaloe Phrakiat District Nakhon Ratchasima Province

ปราณ สุขุมลันนันทน์^{1*}, วีระพล ความหมั่น², จิตรวรรณ กลางเอก², บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล³ และ เมทินี โคธนู²
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา¹
โรงพยาบาลชัยภูมิ²

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ³

Pran Sukumolanan^{1*}, Weerapon Kwammun², Jitrawan Klangake², Bunpisit Thammakun³
and Metinee Kotanu²

Office of Disease Prevention and Control Region 9 Nakhon Ratchasima¹

Chaiyaphum Hospital²

Muang Chaiyaphum District Health Office³

*Corresponding author: narp_academy@hotmail.com

(Received: May 27, 2022 / Revised: Aug 31, 2022 / Accepted: Sep 2, 2022)

บทคัดย่อ

วันที่ 16 พฤษภาคม 2564 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ได้รับรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 ราย อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ และต่อมา พบผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่ 2, 3 และ 4 ราย ในวันที่ 20, 31 พฤษภาคม และ 30 มิถุนายน 2564 ตามลำดับ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับโรงพยาบาลชัยภูมิ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ ลงสอบสวนการเสียชีวิต วัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาตาม บุคคล เวลา และสถานที่ ค้นหาแหล่งโรค วิธีการถ่ายทอดโรค และผู้สัมผัสโรค วิธีการศึกษาโดยการสอบสวนโรคและค้นหาผู้สัมผัส สำนวณสิ่งแวดลอม สัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวและชุมชน และการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2564 ผลการศึกษา พบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 4 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 4.26 อายุสูงสุด 86 ปี, ต่ำสุด 62 ปี ค่าเฉลี่ยระยะเวลาดังแต่เริ่มป่วยถึงวันเสียชีวิต 21.25 วัน ค่าเฉลี่ยระยะเวลาดังแต่วันที่ปอดอักเสบถึงวันเสียชีวิต 19 วัน และค่าเฉลี่ยระยะเวลาดังแต่เริ่มป่วย/พบผู้ป่วยถึงวันที่ปอดอักเสบ 2.25 วัน ผู้ป่วยเสียชีวิตมีปัจจัยเสี่ยง คือ อายุมากกว่า 60 ปี (ผู้สูงอายุ) มีโรคประจำตัว และไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ทุกคน ผู้เสียชีวิตมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกราย โดยมีแหล่งที่มาจากการระบาดในชุมชน เป็นการติดเชื้อจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ร้อยละ 75 ผลการค้นหาลูกสัมผัสเสี่ยงสูงอัตราการพบเชื้อ ร้อยละ 38.46 ผลการศึกษาสิ่งแวดล้อม พบสภาพชุมชน

เป็นชุมชนแออัด อยู่อาศัยเป็นครอบครัวใหญ่ และมีการรวมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ทำให้เกิดการระบาดใหญ่ของโรค สรุปว่าสาเหตุการเสียชีวิตครั้งนี้ เกิดจากบุคคลใกล้ชิดในครัวเรือน นำเชื้อจากภายนอกเข้ามา ประกอบกับผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมดเป็นกลุ่มเสี่ยง คือ มีโรคประจำตัว เป็นผู้สูงอายุ และยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ดังนั้น ควรสื่อสารให้ประชาชนกลุ่มนี้ เข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด-19 การป้องกันตนเอง และบุคคลในครอบครัวไม่นำเชื้อจากภายนอกบ้านมาสู่ผู้สูงอายุหรือผู้มีโรคประจำตัวในครอบครัว เนื่องจากมีโอกาสเสียชีวิตสูง

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การสอบสวนการเสียชีวิต, การระบาดในชุมชน

Abstract

On May 16, 2021, The Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima Province received a report of the first death case from COVID-19, living in the community, Nai Mueang Sub-district, Muang district, Chaiyaphum province, and later found three more deaths on the 20, 31 May and 30 June 2021. The Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima Province, Chaiyaphum Hospital, and Muang Chaiyaphum District Health Office investigated the deaths between 16 May – 30 June 2021. The objectives were to confirm the diagnosis, find high-risk contact tracing describe epidemiological characteristics of death cases, and identify the source of the disease. Reviewing medical records, active case finding for high-risk contact cases, and environmental studies in households and communities were conducted. Family members, key persons of the community, and health care providers were interviewed, and a laboratory was applied for diagnosis. The results found that 4 COVID-19 deaths, and the case fatality rate was 4.26%. The highest and lowest age was 86 years and 62 years respectively. The average time from onset to death was 21.25 days. the average time from pneumonia to death was 19 days, and the average time from onset/finding patient to pneumonia was 2.25 days. Risk factors were older than 60 years (elderly), and having the underlying disease (100%). No one was vaccinated against COVID-19. We found that all of them (4 cases) had a history to contact with confirmed cases of COVID-19 from a community outbreak. They were infected by close family members (75%). High-risk contact was infected about 38.46%. An environmental survey was conducted and found that the community was a slum community, many households were extended family and involved in various illegal activities in the community, which induced a widespread outbreak of COVID-19. Conclusions, all of the death cases were suspected to infect close family members. All death was from risk groups; having underlying disease, the elderly, and all of them did not get vaccinated against COVID-19. Therefore, risk communication, especially among risk groups for getting vaccinated COVID-19 should be done. Moreover, protecting themselves to prevent infection from spreading to elderly people or those who have underlying diseases in the family, due to the high chance of severe illness and death.

Keywords: Coronavirus 2019, Death investigation, Community outbreak

1. ความเป็นมา

วันที่ 16 พฤษภาคม 2564 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ได้รับรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 ราย อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ และต่อมาพบผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่ 2, 3 และ 4 ราย ในวันที่ 20, 31 พฤษภาคม และ 30 มิถุนายน 2564 ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคลัสเตอร์การแพร่ระบาดที่สูงที่สุดในจังหวัดชัยภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับโรงพยาบาลชัยภูมิ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ ลงสอบสวนการเสียชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคตาม บุคคล เวลา และสถานที่ ค้นหาแหล่งโรค วิธีการถ่ายทอดโรค และผู้สัมผัสโรค

2. วิธีการศึกษา (Methods)

เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา และการสอบสวนการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีการระบาดในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2564 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ รวบรวมและสรุปวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับโลก ประเทศ และจังหวัดชัยภูมิ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสอบสวนโรคกรณีการระบาดในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

2. การสอบสวนโรคในผู้ป่วย และค้นหาผู้สัมผัส ทบทวนแบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแบบฟอร์มรายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต⁽¹⁾ และค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติม โดยสัมภาษณ์ผู้สัมผัสใกล้ชิด ได้แก่

บุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยใช้นิยามตามแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับวันที่ 17 เมษายน 2564⁽²⁾ ในผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชนนี้

3. การสำรวจสิ่งแวดล้อม สำรวจสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยของผู้เสียชีวิต และในชุมชนและสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวและชุมชน เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือ การสวมใส่หน้ากากอนามัย การใช้สิ่งของร่วมกันสุ่มลักษณะภายในครัวเรือน

4. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ เก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal จากกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทุกราย เพื่อส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยวิธี RT-PCR ที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลชัยภูมิ

3. ผลการศึกษา

1. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 เมษายน – 18 ตุลาคม 2564 พบผู้ป่วย 11,329 ราย เสียชีวิต 99 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.87 พบผู้ป่วยทุกอำเภอ อำเภอที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ อำเภอเมือง ร้อยละ 15.09 รองลงมา คือ อำเภอแก้งคร้อ ร้อยละ 8.39 และอำเภอเกษตรสมบูรณ์ ร้อยละ 7.86 อำเภอที่พบผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คือ อำเภอเมือง ร้อยละ 21.21 รองลงมา คือ อำเภอบำเหน็จณรงค์และเกษตรสมบูรณ์ ร้อยละ 10.10 เท่ากัน พบการระบาด 121 คลัสเตอร์ โดยคลัสเตอร์ที่พบผู้ป่วยสะสมมากที่สุด คือ คลัสเตอร์องค์การบริหารส่วนตำบลท่าหินโงม อำเภอเมืองพบผู้ป่วย 95 ราย รองลงมา คือ คลัสเตอร์ชุมชน อำเภอเมืองพบผู้ป่วย 94 ราย และคลัสเตอร์ที่พบผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คือ คลัสเตอร์ชุมชน อำเภอเมือง จำนวน 4 ราย

รองลงมา คือ คลัสเตอร์ในหมู่บ้าน อำเภอหนองบัวระเหว จำนวน 3 ราย

2. ผลการสอบสวนโรคในผู้ป่วย และค้นหา

ผู้สัมผัส จากการสอบสวนโรค พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีการระบาดในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ รายละเอียด ดังนี้

ผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่ 1 เป็นเพศหญิง อายุ 86 ปี สัญชาติไทย น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 21.37 มีประวัติเสี่ยง คือ โรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และเป็นผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงมีประวัติป่วยด้วยภาวะปอดอักเสบ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ เมื่อเดือนมิถุนายน 2561 ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผู้ป่วยเสียชีวิตไม่เคยได้รับวัคซีนโควิด-19

ประวัติการสัมผัสโรค ตั้งแต่วันที่ 30 เมษายน – 13 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยไม่ได้เดินทางไปไหน การติดเชื้อ คาดว่าติดจากหลานชาย ลูกสาว และเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดชัยภูมิ โดยวันที่ 13 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยมีอาการไอ ปวดศีรษะ จึงไปรับการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่คลินิกทางเดินหายใจ โรงพยาบาลชัยภูมิ ผลตรวจพบเชื้อ

ประวัติการเข้ารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วันที่ 14 พฤษภาคม 2564 เข้ารักษาที่ตึก ศัลยกรรมชาย 3 โรงพยาบาลชัยภูมิ ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ แต่มีอาการสับสน แกรับอุณหภูมิ 37.10 องศาเซลเซียส, ชีพจร 109 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 128/80 มิลลิเมตรปรอท และย้ายไปที่ อาคารภูมิสิริสวัสดิรักษา ชั้น 3 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากแพทย์พบปอดอักเสบ (Chest x-ray พบ Infiltration) ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไข้ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก และมีเสมหะ

วันที่ 15 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยมีอาการไข้ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก

และมีเสมหะ แพทย์ได้ใส่เครื่อง High Flow Nasal Canula ต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)

วันที่ 16 พฤษภาคม 2564 เวลา 2.00 น. ผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) เวลา 2.30 น. อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น แนวโน้มหยุดหายใจ และเวลา 6.14 น. ผู้ป่วยหยุดหายใจและเสียชีวิต ญาติปฏิเสธใส่ท่อทางเดินหายใจ (Endotracheal tube: ET tube) และปฏิเสธการฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส คือ Favipiravir และ Lopinavir/Ritonavir วันที่ 14 พฤษภาคม 2564

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พบผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (บุคคลในครอบครัว) จำนวน 4 คน ได้แก่ ลูกสาว ลูกชาย และหลาน 2 คน ตรวจหาเชื้อทั้ง 4 คน ผลตรวจพบเชื้อ 1 คน (หลาน) โดยคาดว่าผู้ป่วยติดเชื้อจากหลานชาย อายุ 15 ปี อาชีพนักเรียน เนื่องจากหลานชายเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยหลานชายเริ่มมีอาการวันที่ 10 พฤษภาคม 2564 ติดเชื้อจากผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

ผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่ 2 เพศชาย อายุ 70 ปี สัญชาติไทย น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.00 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ อาศัยอยู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ไม่เคยได้รับวัคซีนโควิด-19

ประวัติการสัมผัสโรค วันที่ 29 เมษายน 2564 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไข้ ปวดเมื่อยตามตัว

วันที่ 7 พฤษภาคม 2564 ไปพบแพทย์ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ด้วยอาการปวดเมื่อย ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่คลินิก

วันที่ 9 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยมีอาการไข้ เหนื่อย เพลีย จึงแจ้งโรงพยาบาลชัยภูมิ มารับตัวเข้ารักษา และตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลพบเชื้อประวัติการเข้ารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วันที่ 9 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยให้ประวัติว่า เริ่มป่วยวันที่ 29 เมษายน 2564 ด้วยอาการมีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ไอเล็กน้อย มีน้ำมูก หอบเหนื่อย เป็นมา 10 วัน จึงได้มาตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่โรงพยาบาลชัยภูมิ หลังจากเข้ารับการรักษารอคอยเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพทย์ Chest x-ray พบปอดอักเสบ ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส Favipiravir และ Lopinavir/Ritonovir

วันที่ 12 พฤษภาคม 2564 แพทย์ได้ใส่เครื่องออกซิเจนด้วยอัตราการไหลที่สูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula)

วันที่ 13 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยได้รับยาด้านภูมิคุ้มกัน คือ Co-trimoxazole, Ivermectin

วันที่ 20 พฤษภาคม 2564 เวลา 03.20 น. ผู้ป่วยเสียชีวิต

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมด้วยการเก็บตัวอย่าง nasopharyngeal swab ส่งตรวจที่โรงพยาบาลชัยภูมิ พบผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (บุคคลในครอบครัว) จำนวน 5 ราย ผลไม่พบเชื้อ คาดว่าผู้ป่วยติดเชื้อมาจากการพูดคุยกับเพื่อนที่เป็นผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากชุมชนนี้

ผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่ 3 เพศชาย อายุ 64 ปี สัญชาติไทย น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 21.30 มีโรคประจำตัว คือ โรคหัวใจ ตับแข็ง (Alcoholic cirrhosis of liver) และมีพฤติกรรมดื่มเหล้าเป็นประจำ อาศัยอยู่ตำบลรอบเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ไม่เคยได้รับวัคซีนโควิด-19

ประวัติการสัมผัสโรค คือ สัมผัสลูกเขยซึ่งเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยที่ลูกเขยมีประวัติสัมผัสผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ อาการสำคัญของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล คือ มีไข้สูง บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และตนเองมีผลตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบเชื้อ

ประวัติการเข้ารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วันที่ 10 พฤษภาคม 2564 ผลตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ แพทย์ตรวจ Chest x-ray พบปอดอักเสบ โดยพบ Ground Glass Opacity ที่บริเวณปอดด้านขวาส่วนล่าง

วันที่ 11 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยได้รับยาด้านภูมิคุ้มกัน คือ Ceftriaxone sodium แบบฉีด

วันที่ 12 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยได้รับยาด้านไวรัส Favipiravir และ Lopinavir/Ritonovir

วันที่ 14 พฤษภาคม 2564 แพทย์สั่งตรวจ Chest x-ray ยังพบปอดอักเสบ โดยพบ Ground Glass Opacity ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นไปยังปอดขวาทั้งหมดผู้ป่วยยังไม่มีภาวะน้ำท่วมปอด (Pleural effusion) และยังไม่มีการบ่งชี้ถึงภาวะหัวใจล้มเหลว

วันที่ 17 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยมีอาการหายใจที่ไม่เพียงพอ เป็นผลมาจาก Chest x-ray ยังพบปอดอักเสบที่ปอดด้านขวา และเริ่มเห็นลักษณะ patchy opacities ที่บริเวณปอดด้านซ้ายส่วนล่าง

วันที่ 21 พฤษภาคม 2564 ผล Chest x-ray มีภาวะปอดอักเสบที่ปอดด้านซ้ายเพิ่มขึ้น แพทย์ได้ใส่ท่อทางเดินหายใจ (Endotracheal tube: ET tube)

วันที่ 28 พฤษภาคม 2564 แพทย์พบการติดเชื้อรา Candida albicans ร่วมด้วย ซึ่งเป็นการติดเชื้อซ้ำที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽³⁾

วันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ผล Chest x-ray พบ Ground Glass Opacity ที่ปอดทั้งสองข้างของผู้ป่วย

วันที่ 31 พฤษภาคม 2564 เวลา 01.53 น. ผู้ป่วยเสียชีวิต

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยการเก็บตัวอย่าง nasopharyngeal swab ส่งตรวจที่โรงพยาบาลชัยภูมิ พบผู้สัมผัสเสี่ยงสูง จำนวน 2 ราย ผลพบเชื้อ 2 ราย รายแรกเป็นภรรยาผู้ป่วย อายุ 63 ปี และรายที่ 2

เป็นผู้อาศัยร่วมบ้าน เพศชาย อายุ 25 ปี คาดว่าผู้ป่วยติดเชื้อมาจากลูกเขย ผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกัน

ผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่ 4 เพศชาย อายุ 62 ปี สัญชาติไทย น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.07 มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ไม่เคยได้รับวัคซีนโควิด-19 อาศัยอยู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ประวัติการสัมผัสโรค วันที่ 18 พฤษภาคม 2564 เดินทางมารักษาแผลที่เท้า เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ได้รับยาต้านปฏิชีวนะ คือ Ceftriaxone sodium แบบฉีด ผู้ป่วยให้ประวัติสัมผัสกับญาติ โดยการพูดคุยไม่สวมหน้ากากอนามัยที่มาจากชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ และ

ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย ร่วมกับโรงพยาบาลชัยภูมิ จึงส่งตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วันที่ 18 พฤษภาคม 2564 ผลตรวจพบเชื้อในวันที่ 19 พฤษภาคม 2564

ประวัติการเข้ารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วันที่ 19 พฤษภาคม 2564 เข้ารับการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ผล Chest

x-ray พบความผิดปกติโดยพบปอดอักเสบลักษณะ patchy opacities ที่ปอดส่วนล่างทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส คือ Favipiravir และ Lopinavir/Ritonavir

วันที่ 22 พฤษภาคม 2564 ผล Chest x-ray พบปอดอักเสบลักษณะ patchy opacities ที่ปอดส่วนล่างทั้ง 2 ข้าง เช่นเดิม และตรวจพบภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัวที่เส้นเลือดแดงใหญ่ (Atherosclerotic change of aorta) ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

วันที่ 27 พฤษภาคม 2564 ผล Chest x-ray พบปอดอักเสบลักษณะ patchy opacities ที่ปอดส่วนล่างทั้ง 2 ข้าง ลดลง

วันที่ 18 มิถุนายน 2564 ผล Chest x-ray พบปอดอักเสบที่ปอดทั้ง 2 ข้างแบบ Consolidation

วันที่ 30 มิถุนายน 2564 เวลา 5.50 น. ผู้ป่วยเสียชีวิต

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยเก็บตัวอย่าง nasopharyngeal swab ส่งตรวจที่โรงพยาบาลชัยภูมิ พบผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (ภรรยา และญาติ) จำนวน 2 ราย ผลตรวจพบเชื้อทั้ง 2 ราย คาดว่าผู้ป่วยติดเชื้อมาจากญาติซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองชัยภูมิ ที่มาซื้อของ

ตาราง 1 สรุปรายละเอียดผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ (n = 4)

รายที่	เพศ	อายุ (ปี)	โรคประจำตัว	วัคซีนโควิด-19	วันเริ่มป่วย/วันพบผู้ป่วย	วันที่พบปอดอักเสบ	วันที่เสียชีวิต	เวลาดังแต่เริ่มป่วย (พบผู้ป่วย) ถึงปอดอักเสบ (วัน)	เวลาดังแต่ปอดอักเสบถึงเสียชีวิต (วัน)	เวลาดังแต่พบผู้ป่วยถึงเสียชีวิต (วัน)
1	หญิง	86	HT, Bed ridden	ไม่เคย	13/05/64	14/05/64	16/05/64	1	2	3
2	ชาย	70	HT, Heart disease	ไม่เคย	29/04/64	09/05/64	20/05/64	10	11	11
3	ชาย	64	Heart disease, Cirrhosis	ไม่เคย	06/04/64	10/05/64	31/05/64	4	21	21
4	ชาย	62	DM	ไม่เคย	18/04/64	19/05/64	30/06/64	1	42	42

รายละเอียดผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกี่ยวข้องกับการระบาดในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ดังนี้

(1) พบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 4 ราย จากผู้ป่วยยืนยันทั้งหมด 94 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 4.26 มีฐานอายุผู้ป่วยเสียชีวิต เท่ากับ 67 ปี พิสัยอายุ เท่ากับ 24 ปี อายุมากที่สุด คือ 86 ปี และอายุน้อยที่สุด คือ 62 ปี

(2) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยถึงวันเสียชีวิตเฉลี่ย เท่ากับ 21.25 วัน สูงที่สุด 43 วัน และ

ต่ำที่สุด 3 วัน, ค่าเฉลี่ยระยะเวลาดังแต่วันที่ปอดอักเสบถึงวันเสียชีวิต เท่ากับ 19 วัน สูงที่สุด 42 วัน ต่ำที่สุด 2 วัน และค่าเฉลี่ยระยะเวลาดังแต่วันเริ่มป่วย/พบผู้ป่วยถึงวันที่ปอดอักเสบ เฉลี่ย 2.25 วัน จะเห็นได้ว่าระยะเวลาดังแต่เริ่มป่วยถึงวันเสียชีวิต และวันที่พบปอดอักเสบถึงวันที่เสียชีวิตใกล้เคียงกัน และวันเริ่มป่วยจนถึงปอดอักเสบสั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากเริ่มป่วยจะมีภาวะปอดอักเสบในทันทีและมีแนวโน้มทำให้เกิดการเสียชีวิตตามมา

ตาราง 2 Timeline ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีการระบาดในชุมชนแห่งหนึ่ง (n=4)

Timeline ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีการระบาดในชุมชนแห่งหนึ่ง (วันที่ 29 เมษายน – 30 มิถุนายน 2564) (n=4)									
รายที่ 1									
รายที่ 2									
รายที่ 3									
รายที่ 4									
	สัปดาห์ 4 เดือน เมษายน	สัปดาห์ 1 เดือน พฤษภาคม	สัปดาห์ 2 เดือน พฤษภาคม	สัปดาห์ 3 เดือน พฤษภาคม	สัปดาห์ 4 เดือน พฤษภาคม	สัปดาห์ 1 เดือน มิถุนายน	สัปดาห์ 2 เดือน มิถุนายน	สัปดาห์ 3 เดือน มิถุนายน	สัปดาห์ 1 เดือน มิถุนายน

	เริ่มป่วย-ก่อนมีอาการ ปอดอักเสบ		ปอดอักเสบ		เสียชีวิต
--	------------------------------------	--	-----------	--	-----------

(3) ผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่ 2 เริ่มป่วยเป็นคนแรกในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของเดือนเมษายน 2564 และเริ่มปอดอักเสบในสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนพฤษภาคม 2564 และเสียชีวิตในสัปดาห์ที่ 4 เดือนพฤษภาคม 2564 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีอาการถึง 2 สัปดาห์ถึงพบผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มป่วยถึงเสียชีวิตเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่ 1 และ 3 เริ่มป่วยและพบผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่ 1 เสียชีวิตก่อน โดยตั้งแต่เริ่มป่วยถึงเสียชีวิตเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่ 3 ตั้งแต่เริ่มป่วยถึงเสียชีวิตเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และต่อมาผู้ป่วยรายที่ 4 เริ่มป่วยและพบผู้ป่วยสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนพฤษภาคม

2564 และเสียชีวิตสัปดาห์ที่ 4 เดือนมิถุนายน 2564 ระยะเวลาดังแต่เริ่มป่วยถึงเสียชีวิตเป็นเวลา 6 สัปดาห์

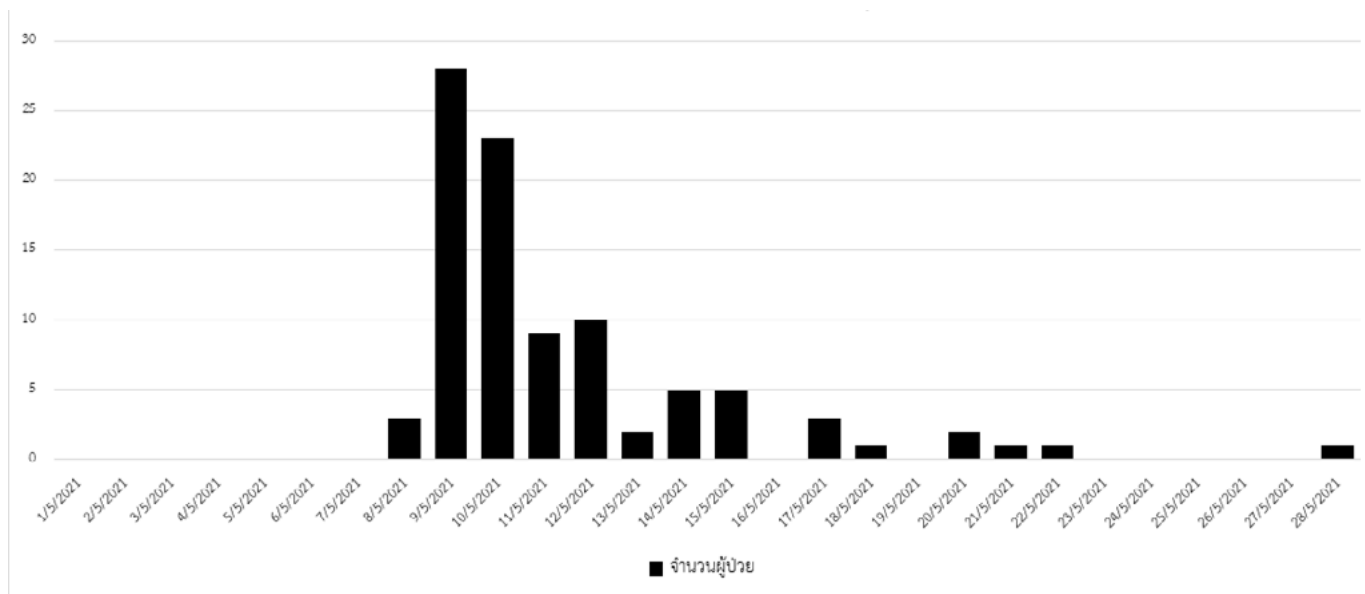
(4) ผู้ป่วยเสียชีวิตมีปัจจัยเสี่ยง คือ อายุมากกว่า 60 ปี (ผู้สูงอายุ) มีโรคประจำตัว และไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ทุกคน เนื่องจากจังหวัดชัยภูมิ ได้รับจัดสรรวัคซีนที่ปริมาณน้อยในช่วงเดือนเมษายน 2564 เพียง 6,820 คน และเน้นการฉีดวัคซีนในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้าก่อน⁽⁴⁾ ซึ่งผลการฉีดวัคซีนโควิด-19 จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 29 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน 2564 มีการฉีดในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.09 และฉีดให้กับผู้มีโรคประจำตัว จำนวน 186 ราย

คิดเป็นร้อยละ 2.73 ทำให้กลุ่มเสี่ยงในชุมชนนี้ไม่ได้
รับวัคซีนป้องกันโรค ในช่วงที่มีการระบาดของโรค

5) จากประวัติการสัมผัสโรคของผู้ป่วยเสียชีวิต
และการค้นหาผู้สัมผัส พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้ง 4 ราย
มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ทุกราย โดยมีแหล่งที่มาจากการระบาดของโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนนี้ เป็นการติดเชื้อ
จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ร้อยละ 75 ผลการ
ค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูง จำนวน 13 ราย พบเชื้อ 5 ราย
คิดเป็นอัตราการพบเชื้อ ร้อยละ 38.46

แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามวันที่พบผู้ป่วยในการระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ (N = 94)



จากแผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตาม
วันที่พบผู้ป่วยในการระบาดในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบล
ในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบผู้ป่วยทั้งหมด
94 ราย โดยพบผู้ป่วยวันแรกวันที่ 8 พฤษภาคม 2564
จำนวน 3 ราย สูงที่สุดวันที่ 9 พฤษภาคม 2564 จำนวน
28 ราย และพบผู้ป่วยวันสุดท้ายวันที่ 28 พฤษภาคม
2564 จำนวน 1 ราย พบผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่ 1 ใน
วันที่ 9 พฤษภาคม, รายที่ 2 วันที่ 10 พฤษภาคม,
รายที่ 3 วันที่ 13 พฤษภาคม และรายที่ 4 วันที่ 18
พฤษภาคม 2564 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยตาย
(Case Fatality Proportion) เท่ากับ ร้อยละ 4.26
สูงกว่าอัตราป่วยตายของจังหวัดชัยภูมิ ณ วันที่ 18
ตุลาคม 2564 ซึ่งเท่ากับ ร้อยละ 1.03 เนื่องจากการ
ระบาดในชุมชนนี้เป็นการระบาดใหญ่ครั้งแรกของ

จังหวัดชัยภูมิ เกิดขึ้นในช่วงเดือนเมษายน 2564 และ
คาดการณ์ว่าสายพันธุ์ที่ติดต่อกันเป็นสายพันธุ์อังกฤษ ซึ่ง
ทำให้ติดเชื้อได้เร็วและมีอาการรุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้

3. ผลการสำรวจทางสิ่งแวดล้อม ชุมชนนี้

เป็นชุมชนแออัด มีประชากร 858 คน ประกอบด้วย
เพศชาย 423 คน เพศหญิง 435 คน มีทางเข้าออก
ชุมชนหลายทาง ภายในครัวเรือนมักอยู่อาศัยกันหลาย
คนในครอบครัว ประกอบอาชีพหลากหลาย มีผู้ป่วย
เรื้อรังในชุมชน จำนวน 53 คน ร้อยละ 6.18, ผู้ป่วยติด
เตียง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 0.47 ส่วนใหญ่ในชุมชนมี
พฤติกรรมป้องกันตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 น้อย เช่น ในครอบครัวและชุมชนไม่ใส่หน้ากาก
อนามัย มีการสังสรรค์ในชุมชนเป็นประจำ ทำให้เกิด
การระบาดของโรคได้ง่ายในชุมชน

4. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ เก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal จากกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง เพื่อส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยวิธี RT-PCR ที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 13 ราย พบเชื้อ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.5

4. อภิปรายผล

ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกี่ยวข้องกับการระบาดในชุมชนแห่งหนึ่งตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีทั้งหมด 4 ราย เสียชีวิตจากการปอดอักเสบทุกราย

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตทุกรายไม่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 เนื่องจากในช่วงเดือนเมษายน 2564 จังหวัดชัยภูมิได้รับการจัดสรรวัคซีนให้กลุ่มเสี่ยงไม่เพียงพอ ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขเน้นการฉีดวัคซีนให้กับบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้าก่อน⁽⁴⁾

2. ผู้ป่วยเสียชีวิตมีปัจจัยเสี่ยง คือ มีโรคประจำตัวร้อยละ 100 ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคตับแข็ง ผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งคล้ายคลึงกับสถานการณ์การเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมของประเทศไทยที่พบในกลุ่มมีโรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยง เช่น อ้วน ตั้งครรภ์ หรือสูงอายุ^(4,5)

3. ผู้ป่วยเสียชีวิตมีมัธยฐานอายุเท่ากับ 67 ปี สูงกว่ามัธยฐานอายุผู้ป่วยเสียชีวิตจังหวัดชัยภูมิ (ข้อมูลตั้งแต่ 1 เมษายน – 18 ตุลาคม 2564) เท่ากับ 63 ปี อัตราป่วยตายการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน เท่ากับ 4.30 สูงกว่าอัตราป่วยตายของจังหวัดชัยภูมิ เท่ากับ ร้อยละ 1.03⁽⁶⁾

4. ผู้ป่วยเสียชีวิตทุกรายเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุนี้มีปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มวัยที่อายุน้อยกว่า โดยที่ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของปอด ซึ่งมีโอกาสเกิดอาการที่รุนแรงขึ้นได้ง่ายกว่าคนอายุน้อย⁽⁷⁾ และพบพฤติกรรมชอบดื่มสุรา ประกอบกับสิ่งแวดล้อมอาศัยอยู่ในชุมชน

แออัด และอาศัยเป็นครอบครัวใหญ่ภายในครัวเรือน

5. ผู้ป่วยเสียชีวิตทุกรายติดเชื้อจากคนในครอบครัวไปรับเชื้อจากภายนอกครัวเรือน หรือในชุมชน แล้วนำมาแพร่เชื้อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ข้อมูลจากการสัมภาษณ์คนในชุมชน พบว่า มีคนจากต่างจังหวัดในพื้นที่แพร่เชื้อได้แก่ นครราชสีมา พิจิตร เข้ามาอาศัยภายในชุมชน มีรถเร่ค้าขายสินค้าเข้ามาขายของเป็นประจำ และพบในชุมชนมีกิจกรรม การงานเลี้ยงสังสรรค์ เช่น งานแต่งงาน เมื่อวันที่ 13 เมษายน 2564 ซึ่งพบว่าคู่บ่าวสาวก็ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และคนที่มาร่วมงานก็ตรวจพบเชื้อหลายราย ซึ่งเป็นกิจกรรมรวมกลุ่มคนจำนวนมากและทำให้เกิดการระบาดของโรคในชุมชนได้⁽⁸⁾

6. การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พบว่า ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงตรวจพบเชื้อร้อยละ 38.46 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ร้อยละ 75.00 ได้แก่ ภรรยา บุตร หลาน ญาติ เป็นต้น และค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนแห่งนี้และข้างเคียงจำนวน 666 คน พบเชื้อ 70 คน คิดเป็นร้อยละ 10.51⁽⁹⁾

7. ผู้ป่วยเสียชีวิตทุกรายมีอาการของโรคโดยพบอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย มีน้ำมูก ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ และพบภาวะปอดอักเสบในวินแรกที่พบผู้ป่วย โดยพบลักษณะปอดอักเสบเป็น Ground glass opacities, patchy opacities ในปอดส่วนล่างก่อน⁽⁹⁾ หลังจากนั้นจึงลามไปทั่วทั้งปอด และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

5. ข้อเสนอแนะ

1. ควรเฝ้าระวัง ติดตาม และให้คำแนะนำในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวและผู้สูงอายุ เนื่องจากมีโอกาสที่จะเสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบได้มาก ถ้าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ควรฉีดวัคซีนโควิด-19 ให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม เพื่อลดอัตราการตายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. ควรสื่อสารให้ประชาชน และบุคคลในครอบครัว ลูก หลาน ญาติพี่น้อง ของกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวและผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ควรเข้าใกล้ หรือดูแล เพราะอาจทำให้บุคคลกลุ่มนี้ติดเชื้อและเสียชีวิตได้

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงชุลีพร จิระพงษา ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ที่ช่วยให้คำปรึกษา และชี้แนะทำให้รายงานฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ และขอขอบคุณงานระบาดวิทยา กลุ่มงานปฐมนุรักษ์และองค์กรรวมโรงพยาบาลชัยภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ที่ช่วยในการสอบสวนโรคครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

7. เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 16]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_form/novelcorona3.1_090664.pdf.
2. กรมควบคุมโรค. แนวทางการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรมควบคุมโรคฉบับวันที่ 17 เมษายน 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 16]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g04_CPG170464.pdf.
3. Dominique Moser et al. COVID-19 Impairs Immune Response to Candida albicans. *Frontier in immunology journal*. 2021;12 (Articles 640644):1–10.
4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ประจำวันศุกร์ที่ 30 เมษายน 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ตุลาคม 9]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/9/1620103357341.pdf>.
5. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 625 วันที่ 19 กันยายน 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 21]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ วันที่ 18 ตุลาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ตุลาคม 21]. เข้าถึงได้จาก http://www.chaiyaphum.go.th/page_other/stopCovid-19cyp.php
7. สกัญญา โกยทรัพย์สิน. ลักษณะภาพถ่ายรังสีปอดของผู้ป่วย COVID-19 ในโรงพยาบาลป่าตอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2564;1:26–32.
8. Farooq Phiriyasart et al. Outbreak Investigation of Coronavirus Disease (COVID-19) among Islamic Missionaries in Southern Thailand, April 2020. *OSIR journal*. 2020;13(2):48–54.
9. กรรณิการ์ หมอนพั่งเทียม, เฉลิมพร เทพหัสดิน ณ อยุธยา, ปราณ สุกุลนันทน์,

ศตวรรษ แสนใหม่, สมฤดี รัตนสรรค์,
สุพรรณ ผิวผา. รายงานการสอบสวนการ
ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน
ชุมชนกุแค้น อำเภอเมือง จังหวัด
ชัยภูมิ. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
จังหวัดนครราชสีมา. 2564.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการ
เปลี่ยนแปลงของประชาชน ตำบลโคกสะอาด อำเภอโนนสูง จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of behavior modification program for liver fluke prevention based on
transformative learning theory among people in Koksard Sub-district,

Numkhun District, Ubon Ratchathani Province

ปัญญาพร ชมบ้านแพ้ว^{1*}, ปวีณา ลิ้มปิทีปการ²

Panyaporn Chombanpeaw^{1*}, Pawena Limpiteeprakan²

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

¹Master of Public Health in Public Health, College of Medicine and Public Health,
Ubon Ratchathani University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²Assistant Professor, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

*Corresponding author: Panyaporn.Ch.63@ubu.ac.th

(Received: Jun 29, 2022 / Revised: Sep 2, 2022 / Accepted: Sep 8, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนตำบลโคกสะอาด อำเภอโนนสูง จังหวัดอุบลราชธานี ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการจัดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับและได้รับยารักษา จำนวน 67 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่มควบคุม 36 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมแต่ดำเนินชีวิตตามกิจวัตรประจำวันปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในบทความนี้มี 3 ชนิด คือ 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของประชาชน 2) การตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ ด้วยวิธี Kato's thick smear และ 3) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์ (2) แบบทดสอบความรู้ (3) สมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร และ (4) แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ SUT-OV-001 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัย พบว่าคะแนนความรู้ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองไม่พบการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สรุปได้ว่าโปรแกรมมีผลต่อความรู้

ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยความสำเร็จ คือ การเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ การเสริมสร้างพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเฝ้าติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้, ความเชื่อทางด้านสุขภาพ, การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

Abstract

This research is quasi-experimental research. The objective of this research was to study the effect of a behavior modification program for liver fluke prevention with people in Koksaard Sub-district, Numkhun District, Ubon Ratchathani Province on the prevention of liver fluke disease based on transformative learning theory. The sample consisted of 67 people with infected liver flukes who and received medication. They were divided into 2 groups, 31 people were in the experimental group and also 36 people were control group. The experimental group participated in the 12-week liver fluke prevention program. The control group did not participate in any program and have normal daily life. Three types of instruments were used in this study: 1) a behavior modification program for liver fluke prevention based on transformative learning theory 2) Kato's thick smear method for detecting liver fluke, and 3) data collection tools (1) interviews form, (2) knowledge test, (3) dietary behavior change log book, and (4) risk assessment form for liver fluke disease SUT-OV-001. Data were analyzed using paired sample t-test and independent t-test at a significant level of 0.05. The results showed that scores of knowledge, health beliefs, attitudes, and preventive behaviors for liver fluke disease after participating the program of the experimental group were higher than before and higher than in the control group with statistics significant at 0.05 level ($p < 0.001$). And none in the experimental group had recurrent liver fluke infection compared to the control group. It can be concluded that the program had an effect on knowledge, health beliefs, attitudes, and preventive behaviors for liver fluke disease. Learning from the experiences of other people, empowerment, sharing, and continuous follow-up were key success factors. As a result, the experimental group had better behavior in preventing liver fluke disease.

Keywords: Knowledge, Health beliefs, Prevention of liver fluke

1. บทนำ

พยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) เป็นหนอนพยาธิที่มีความสำคัญทางด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับให้โรคพยาธิใบไม้ตับและโรค มะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่สำคัญ และได้มีการศึกษา พบว่า *O. viverrini* มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง (biological carcinogen) โดยเป็นปัจจัยหนึ่ง ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ⁽¹⁾ พยาธิใบไม้ตับนับเป็น ภัยเงียบที่อยู่ 'ในวิถีชีวิตและความเป็นอยู่' ของคนไทย สาเหตุเกิดจากการรับประทาน อาหารปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ ซึ่งมีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับอยู่ในตัวปลา อีกทั้ง การติดเชื้อซ้ำของพยาธิใบไม้ตับมีโอกาพัฒนา กลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดี⁽²⁾ ความชุกของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยพบมากที่สุด ในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้โรคมะเร็งท่อน้ำดี ยังเป็น สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ของประชากรใน จังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 – 2563 อย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ ถึงแม้สถิติการระบาดของโรคพยาธิ ใบไม้ตับของจังหวัดอุบลราชธานีมีแนวโน้มลดลง แต่ อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ข้อมูลการศึกษาของปพนัณ สุตสุข และคณะ⁽⁴⁾ ที่ทำการเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับ มะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มประชากรที่มีภูมิสำเนา ในพื้นที่ตำบลโคกสะอาด อำเภอน้ำขุ่น จังหวัด อุบลราชธานี มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีมาก และประชาชนในพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดังกล่าว โดยไม่เคยรับความรู้เรื่องมะเร็งท่อน้ำดีเลย คิดเป็นร้อยละ 68 นอกจากนั้นในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ประชากรกลุ่มนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับมากที่สุด คือ มี พฤติกรรมการบริโภคอาหารหมักดองที่ไม่สุก (ร้อยละ 85) เช่น ปลาร้าดิบ ปลาจ่อม ปลาแจ่ว ส้ม/ແໝ່ນ หม่า

และไส้กรอกอีสาน รองลงมา คือ การบริโภคสัตว์น้ำ จืดแบบดิบๆ (ร้อยละ 68) จากการเก็บข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในพื้นที่ยังขาดความรู้เรื่อง มะเร็งท่อน้ำดี และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารหมักดองที่ไม่สุก และการบริโภคสัตว์น้ำจืดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งนี้ จากสถิติความชุกของพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ของตำบล โคกสะอาด ในปีพ.ศ. 2563 มีอัตราความชุกโรคพยาธิ ใบไม้ตับ ร้อยละ 11.11 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด คือ อัตราความชุกการเกิดโรค พยาธิใบไม้ตับไม่เกิน ร้อยละ 5 และมีรายงานอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดี/มะเร็งตับในพื้นที่ตำบล โคกสะอาด ในปี พ.ศ. 2560 – 2563 คิดเป็นร้อยละ 8, 28, 20, 14 ของจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมด ในปีนั้นๆ⁽⁵⁾ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงเป็นแนวทางที่สำคัญ ซึ่งจะ ช่วยลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี⁽⁶⁾

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ทฤษฎีการ เรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (transformative leaning theory) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ไม่ใช่แค่เพียงเรียนรู้ เพื่อให้ได้รับข้อเท็จจริงหรือความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความ คิด เป็นการเปลี่ยนแปลงความเชื่อพื้นฐานของบุคคล ทั้งในด้านความรู้ ด้านเจตคติ เพื่อเปลี่ยนแปลงตนเอง จากพฤติกรรม เดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ ดังนั้นในการ ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามทฤษฎีการเรียนรู้ เพื่อการเปลี่ยนแปลง มาใช้กับประชาชนตำบลโคก สะอาด อำเภอ น้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ที่ตรวจพบ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและได้รับการรักษาด้วยยาไป แล้ว เพื่อทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรม ที่สามารถ เสริมสร้างความรู้ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น นำไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชากรตำบลโคกสะอาด อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

3. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ two group pretest – posttest design กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมแต่ได้รับการปฏิบัติตามปกติของการดำเนินงานในพื้นที่ ทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

4. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโคกสะอาด และตำบลชีเหล็ก อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ในปี 2564 จำนวน 97 คน⁽⁷⁾

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อเป็นการป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในปี 2564 ในพื้นที่ตำบลโคกสะอาด และกลุ่มควบคุม จำนวน 36 คน ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในปี 2564 ในพื้นที่ตำบลชีเหล็ก เกณฑ์การคัดเข้า มีอายุ 18-59 ปี เป็นผู้ที่ตรวจเจอจากระพบไข่พยาธิใบไม้ตับแล้วได้รับยา

รักษา ให้ความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยทุกครั้ง เกณฑ์การคัดออก ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของประชาชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมพี่เล่าเรื่องพยาธิใบไม้ 2) กิจกรรมบัดดี้ที่รัก 3) กิจกรรม SMART Goal/กิจกรรมประกาศตนไม่กินปลาดิบ 4) กิจกรรมสนับสนุนทางสังคม/ติดตามเยี่ยม 5) กิจกรรม feedback

2) การตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ ด้วยวิธี Kato's thick smear

3) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิดความเชื่อทางด้านสุขภาพในประเด็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 30 ข้อ เจตคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ โดยมีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ข้อความเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 0 คะแนน ข้อความเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 0 คะแนน เห็นด้วย 1 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อเป็นข้อคำถามลักษณะการวัดปริมาณความถี่ และเป็นข้อคำถามเชิงลบทุกข้อ มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (0 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (1 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (3 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (4 คะแนน) แบบทดสอบความรู้ จำนวน 19 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ

ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน และข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน สมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และแบบประเมินความเสี่ยง การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (SUT-OV-001)

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีและประยุกต์จากงานวิจัยของบุคคลที่เคยได้ศึกษาไว้ ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 - 1.0 ก่อนนำไปทดสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้เก็บข้อมูล (Try out) กับประชากรในตำบลตาเกา จำนวน 30 ชุด ด้านความรู้ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้โดยวิธี (KR-20) ได้เท่ากับ 0.737 และส่วนของความเชื่อทางด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ในช่วง 0.70-0.80

6. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแผนการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้แก่กลุ่มทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 แจกแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ (SUT-OV-001) เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ กิจกรรมที่เล่าเรื่องพยาธิใบไม้จากประสบการณ์โดยตรง พูดถ่ายทอดประสบการณ์บทเรียนชีวิตที่ผ่านมาเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ จุดเปลี่ยนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มทดลอง แนะนำวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมห่างไกลโรคพยาธิ

ใบไม้ตับ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถาม และเปิดหนังสือเกี่ยวกับประเด็นปัญหาพยาธิใบไม้ตับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เพิ่มเติมกับวงจรการติดพยาธิใบไม้ตับ ระดมความคิดและอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จับคู่บัดดี้ แจกสมุดบันทึกบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารทุกวัน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมบัดดี้ที่รัก/กิจกรรม SMART Goal และได้ประกาศตนไม่กินปลาดิบ ให้กลุ่มทดลองได้เขียนเป้าหมาย แนวทางหรือกำหนดวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประกาศตนไม่กินปลาดิบ พร้อมทั้งให้คู่บัดดี้ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้กันฟัง และตัวแทนคู่บัดดี้เล่าสู่กันฟัง ติดตาม feedback กิจกรรมบัดดี้ที่รักในสัปดาห์แรก

สัปดาห์ที่ 3-6 กิจกรรมสนับสนุนทางสังคม / ติดตามเยี่ยม โดยบุคคลเครือข่ายสังคมสัปดาห์ละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง ติดตามเยี่ยมคู่มุมสมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับฟังปัญหา อุปสรรคจากญาติ คนในครอบครัว และกลุ่มทดลองเอง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ชี้แนะแนวทาง การให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมกลุ่ม feedback กลุ่มทดลองได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพร้อมทีมจิตอาสา แบ่งกลุ่มละ 6 คน ให้กลุ่มทดลองได้พูดคุย ถามไถ่ซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา อุปสรรค วิธีการแก้ไขร่วมกัน พร้อมนำเสนอถาม-ตอบ และกิจกรรมนันทนาการ เล่นเกมส์พร้อมมีรางวัลให้ผู้ที่ชนะในเกมส์ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามข้อสงสัย หรือต้องการปรึกษา

สัปดาห์ที่ 8-11 กิจกรรมสนับสนุนทางสังคม/ติดตามเยี่ยม โดยบุคคลในเครือข่ายสังคม ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสัปดาห์ละ 1 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง โดยมีการประชุมชี้แจงให้เครือข่ายให้ทราบแนวทางร่วมกันในการติดตามเยี่ยม และปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรม feedback สรุปกิจกรรม เก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์หลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ตรวจสอบการติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ด้วยวิธี Kato's thick smear ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ รายงานผลการตรวจการตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ในรูปของความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยในรูปของความถี่ และร้อยละ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในรูปส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยใช้สถิติอนุमान ด้วยสถิติ Paired sample t-test และ Independent t-test โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-157/2564 ลงวันที่ 17 มกราคม 2565 โดย

การชี้แจงรายละเอียดเข้าร่วมการวิจัยว่า จะไม่มีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ การเข้าร่วมให้ข้อมูลเป็นไปโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลตลอดจนการรายงานผลโดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคล

8. ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 58.1 และ 58.3 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 45.16 (S.D. = 6.30) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 46.69 (S.D. = 7.46) ทั้งนี้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.2 และ 75.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด 48.4 และ 55.6 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอาชีพเกษตรกรมากที่สุดถึงร้อยละ 90.3 และ 94.4 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีรายได้มากกว่ากลุ่มทดลองเฉลี่ย 3460.17 (S.D. = 3010.92) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบอาหารเอง และมีแหล่งน้ำสาธารณะไว้สำหรับหาจับปลาเพื่อประกอบอาหารเอง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด ร้อยละ 48.4 และ 36.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ				
Mean	12.06	16.29	11.97	12.22
S.D.	2.70	1.13	3.14	3.04
Min	6	14	5	5
Max	17	18	18	17
ความเชื่อทางด้านสุขภาพในประเด็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ				
Mean	72.52	101.20	68.97	68.81
S.D.	10.79	4.96	16.21	15.76
Min	46	93	38	40
Max	90	111	90	90
เจตติเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ				
Mean	27.10	41.19	26.83	27.00
S.D.	5.79	2.52	6.70	6.45
Min	14	37	14	15
Max	42	46	42	42
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ				
Mean	26.94	38.45	28.03	28.03
S.D.	4.32	1.26	6.54	6.49
Min	18	36	12	12
Max	34	40	39	39

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยความรู้ 16.29 (S.D. = 1.13) ความเชื่อทางด้าน

สุขภาพ 101.20 (4.96) เจตคติ 41.19 (S.D. = 2.52) และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 38.45 (S.D. = 1.26)

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	X	S.D.	p-value	Mean diff	95 % CI	
					Lower	Upper
ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ						
ก่อนการทดลอง	12.06	2.71	0.001	4.23	-5.39	-3.06
หลังการทดลอง	16.29	1.13				
ความเชื่อทางด้านสุขภาพในประเด็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ						
ก่อนการทดลอง	72.52	10.79	0.001	28.68	-33.08	-24.27
หลังการทดลอง	101.19	4.96				
เจตติเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ						
ก่อนการทดลอง	27.10	5.79	0.001	14.10	-16.45	-11.75
หลังการทดลอง	41.19	2.52				
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ						
ก่อนการทดลอง	26.94	4.32	0.001	11.52	-13.22	-9.82
หลังการทดลอง	38.45	1.26				

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง

หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	X	S.D.	p-value	Mean diff	95 % CI LowerUpper	
ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ							
กลุ่มทดลอง	31	16.29	1.13	0.001	4.07	2.97	5.17
กลุ่มควบคุม	36	12.22	3.04				
ความเชื่อทางด้านสุขภาพในประเด็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ							
กลุ่มทดลอง	31	101.19	4.96	0.001	32.39	26.79	37.98
กลุ่มควบคุม	36	68.81	68.81				
เจตติเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ							
กลุ่มทดลอง	31	41.19	2.52	0.001	14.19	11.85	16.45
กลุ่มควบคุม	36	27.00	6.45				
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ							
กลุ่มทดลอง	31	38.45	1.26	0.001	10.42	8.19	12.66
กลุ่มควบคุม	36	28.03	6.49				

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ทั้งนี้ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองไม่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67

9. อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าหลังจากที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ในเรื่องอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ วิธีการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับ

และการตรวจหาไข้พยาธิใบไม้ดับ อธิบายได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ในกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องเล่าจากประสบการณ์จริงของบุคคลที่เคยประสบปัญหาโรคพยาธิใบไม้ดับ กิจกรรมนี้สามารถกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ เห็นความสำคัญที่ได้จากการเรียนรู้อย่างแท้จริง และการดูหนังสั้นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาพยาธิใบไม้ดับ จากนั้นมาสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้และยอมรับฟังเหตุผลของกันและกัน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรพันธ์ดุสิตกุล⁽⁸⁾ ที่เป็นการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าหลังการทดลองรูปแบบการจัดกิจกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความเชื่อทางด้านสุขภาพในประเด็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ดับ พบว่ากลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อทางด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อทางด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงจากโรคพยาธิใบไม้ดับ ความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างตั้งใจจริง และชักนำให้เกิดการปฏิบัติขึ้นตรงตามทฤษฎีการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์จากการเรียนรู้ของตนเอง ร่วมกับการเรียนรู้ไปพร้อมกับเพื่อนเป็นการสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือกันและกัน และเอื้อประโยชน์แก่กันระหว่างที่พยายามปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม นำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญนภา คงศิลา และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับ พบว่าการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$)

เจตคติเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ดับ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ดับสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องมาจากการจัดกิจกรรมเพื่อเรียนรู้จากข้อเท็จจริงของโรคพยาธิใบไม้ดับ ความรู้สึกนึกคิดจากกิจกรรมบัดดี้ที่รัก ที่เป็นกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความจริงใจแก่กัน ยอมรับ และเอื้อประโยชน์ให้กันระหว่างที่พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คู่บัดดี้ได้ชวนกันทำจิตอาสา และบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชนเป็นการสร้างจิตสำนึกให้กับกลุ่มทดลอง เห็นคุณค่าในชีวิต มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ นำไปสู่แนวโน้มของพฤติกรรมที่ดี ที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติ สอดคล้องกับทฤษฎีเจตคติ ที่ว่าเจตคติอาจเกิดจากความมีจิตสำนึก จากการเรียนรู้และจากประสบการณ์ที่ได้เจอ เมื่อได้เรียนรู้ก็จะเกิดความรู้สึก ความคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ นำไปสู่ทิศทางเจตคติในด้านบวก คือ ความรู้สึกหรือท่าทีในทางที่ดีชอบ หรือพึงพอใจ และสอดคล้องผลการศึกษาของ ศุภกนก หันทยุง⁽¹⁰⁾

ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมในการจัดกิจกรรมเป็นการเปิดการเรียนรู้ข้อเท็จจริงของโรคพยาธิใบไม้ตับ สร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความจริงใจ ยอมรับ และสร้างจิตสำนึก ส่งเสริมให้มีเป้าหมาย สนับสนุนความมุ่งมั่น ตั้งใจจริงที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้สะท้อนความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และการติดตามเยี่ยมเยียน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีกระบวนการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ นำไปสู่การปฏิบัติ และการเรียนรู้เชิงสะท้อนตามลำดับ⁽⁸⁾ ดังนั้นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดี และถูกต้องมากขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองตรวจไม่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ รมย์ฤดี เวสน์ และอาชญญา รัตนอุบล⁽¹¹⁾ ที่พบว่า รูปแบบการฝึกอบรมตามแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงและทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อส่งเสริมสร้างจิตบริการสำหรับพนักงานสายการบิน หลังการทดลองมีจิตบริการเพิ่มมากขึ้นก่อนการทดลองและมีระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อีกทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จคือ การ

แบ่งปันประสบการณ์ การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีข้อดี คือเป็นการใช้ตัวอย่างจากผู้มีประสบการณ์ในการเป็นพยาธิใบไม้ตับจนเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมาเล่าประสบการณ์เพื่อแลกเปลี่ยนพูดคุย และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถทำให้กลุ่มทดลองเกิดความสนใจ แลกเปลี่ยน และเกิดการเรียนรู้ได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้กิจกรรมนี้การหาบุคคลผู้มีประสบการณ์ค่อนข้างยาก และการพูดถ่ายทอดประสบการณ์ต้องพูดได้อย่างเป็นลำดับขั้นตอนและต่อเนื่อง สนุกสนานดึงดูดความสนใจได้เป็นอย่างดี สำหรับกิจกรรมจิตอาสาร่วมกับชุมชนต้องมีการประสานงานกับผู้นำชุมชน กิจกรรมสนับสนุนทางสังคม/ติดตามเยี่ยม จากบุคคลในเครือข่ายสังคม ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กิจกรรมนี้ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี และการไว้วางใจระหว่างบุคคลติดตามเยี่ยมกับกลุ่มทดลอง ทำให้สามารถทราบถึงปัญหา อุปสรรค เพื่อการชี้แนะแนวทาง ทั้งนี้การเยี่ยมติดตามควรมีการประชุมชี้แจง แนวทางร่วมกันในการติดตามเยี่ยม เพื่อให้ได้รับรู้แนวทางการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

10. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

หากต้องการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ไปใช้ในพื้นที่ยื่น ควรศึกษาบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่นั้นๆก่อน รวมถึงกลุ่มเป้าหมายเพื่อปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายพื้นที่และสถานการณ์ในปัจจุบัน ทั้งนี้ต้องสร้างให้เกิดความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยกันขับเคลื่อนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ได้อย่างเป็นองค์รวมที่ยั่งยืน โดยชุมชนเป็นเจ้าของ

11. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรมีการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเด็กวัยเรียน เพื่อเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตั้งแต่เด็ก

2. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วมซึ่งจะนำไปสู่รูปแบบการแก้ไขปัญหามาจากการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน จะทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับแบบภาพรวมและยั่งยืน

12. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณตำบลชีเหล็ก และตำบลโคกสะอาด อำเภอโนนสูง จังหวัดอุดรธานี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอน้ำขุ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

13. เอกสารอ้างอิง

1. Infection with liver flukes (*Opisthorchis viverrini*, *Opisthorchis felinus* and *Clonorchis sinensis*). IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 1994;61:121-75.
2. อัจฉราพรรณ ชัยยนต์, ชัยธัช จันทร์สมุด. การส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการโรคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง ตำบลสำราญ

3. อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14:26-32
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธาธานี. รายงานสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุดรธาธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 เมษายน 22]. เข้าถึงได้จาก https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/opd10_sex.php&cat_id=491672679818600345dc1833920051b2&id=8881445af732eb166fa2470ba5046956.
4. ปาณิ สดสุข, พิชญ์สินี ศรีทานันท์, ยุพรัตน์ จินาพร, พรานภัส วิริยวุฒิไกร, วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน, อรชร มาลาหอม, และคณะ. เปรียบเทียบจำนวนประชาชนที่มึ่ความรู้เรื่องมะเร็งท่อน้ำดี ในระดับมากระหว่างตำบลที่มึ่ความชุกโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด และ น้อยที่สุดในจังหวัดอุดรธาธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต]. อุดรธาธานี: มหาวิทยาลัยอุดรธาธานี; 2563.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกสะอาด. ทะเบียนรายงานการเสียชีวิต รายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนสูงจังหวัด อุดรธาธานี ปี 2563; 2563.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานระยะ 3 ปีแรก ตั้งแต่ 2559-2561, นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป; 2561.

7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำขุ่น. ทะเบียน
รายงานพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ปี2564;
2564.
8. ฉัตรพันธ์ ดุสิตกุล. การพัฒนารูปแบบการ
จัดกิจกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการ
เปลี่ยนแปลงและทฤษฎีการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่ม
แอลกอฮอล์ของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญา
[วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต].
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2561.
9. เพ็ญนภา คงศิลา, ศุภวิดา แสนศักดิ์,
จงกลณี ธนาไสย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริม
การรับรู้การป้องกันการเกิดโรคพยาธิ
ใบไม้ตับ ต่อความรู้และการรับรู้ภาวะสุขภาพ
ในกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข
ศาสตรบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม; 2559.
10. ศุภกนก หันทยุง. ผลของการใช้โปรแกรม
สุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรม
ป้องกันการพยาธิใบไม้ตับของประชาชน
กลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบล
หนองสังข์ อำเภอธัญบุรี ประเทศไทย จังหวัด
สระแก้ว. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร.
2558;10(1): 47-51.
11. รมย์ฤดี เวสน์, อาชัญญา รัตนอุบล. การ
พัฒนารูปแบบการฝึกอบรมตามแนวคิด
การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงและทฤษฎี
การเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อการเสริมสร้าง
จิตบริการสำหรับพนักงานสายการบิน.
วารสารครุศาสตร์. 2557;42:97-100.

ถอดบทเรียนรูปแบบการปรับตัวการจัดบริการสำหรับป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดบึงกาฬ

Lesson Learned for Adaptation of Service for prevention and control of Non-communicable diseases in COVID-19 situation, Bueng Kan Province

เนือทิพย์ หมู่มาก*, ณฐิยา ไกยนารถ

Nuetip Moomak*, Natthiya Kaiyanat

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

Office of Disease Prevention and Control Region 8 Udon Thani

*Corresponding author: yaya_moo@yahoo.co.th

(Received: Jun 24, 2022 / Revised: Sep 4, 2022 / Accepted: Sep 9, 2022)

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาของเขตสุขภาพที่ 8 ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2562-2564) พบอัตราป่วยรายใหม่ด้วยเบาหวาน 525.28, 580.10, 451.42 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และความดันโลหิตสูง 992.66, 1035.80, 883.14 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการ เช่น ลดจำนวนวันให้บริการ บุคลากรไปช่วยงานควบคุมโควิด-19 ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานโรคไม่ติดต้อมีแนวโน้มลดลง งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในช่วงการระบาดของโควิด-19 และปัจจัยที่มีผลต่อนวัตกรรมการจัดบริการเพื่อประเมินความยั่งยืน ใช้วิธีศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 กรกฎาคม - 26 ตุลาคม 2564 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ, โรงพยาบาลบึงกาฬ, โรงพยาบาลบึงโขงหลง, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และศูนย์สุขภาพชุมชนบึงโขงหลง จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดบริการมีนวัตกรรมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ช่วยดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ ปัจจัยที่มีผลต่อนวัตกรรม คือ ผู้นำบูรณาการเชื่อมผสานระบบสุขภาพ การสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยปฏิบัติงาน ทั้งนี้ควรขยายผลนวัตกรรมให้ประชาชนสามารถใช้โปรแกรมติดตามสุขภาพ (Application) ด้วยตนเองให้มากขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการปรับตัว, โรคไม่ติดต่อ, การระบาดของโรคโควิด-19

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) have been concerned as a problem in the health region 8. Previous data between 2019 and 2021 showed that the morbidity rate of new cases of diabetes was 525.28, 580.10, and 451.42 per hundred thousand population. And morbidity rate of hypertension was 992.66, 1035.80, and 883.14 per hundred thousand population. Most of the patients were unable to control their blood sugar/blood pressure. The COVID-19 situation affected health services. Such as, the number of service days was reduced, and the outcomes of NCDs operation were decreased because of many staffs needed to control COVID-19. The objectives of this research were to study the service delivery model for NCD patients during the COVID-19 outbreak and to determine factors that affected innovation and sustainability. A descriptive study was conducted during 2 July - 26 October 2021. The sample group consisted of executives and the NCD managers of the Buengkan provincial health office, Buengkan hospital, Bueng Khong Long hospital, Muang and Bueng Khong Long Primary Care Unit for about 20 people. Semi-structured questions were applied for data collection. Interviewed and group discussions were done, and descriptive statistics were used for analyzing the data. The results found that service patterns had innovative development of information technology systems to help take care of people at risk/sick groups with non-communicable diseases. Factors affecting innovation were leaders who integrated health systems, supported budgets, personnel, and developed information technology systems to assist operations. Application for following their health should expand for people to self care.

Keyword: Adaptation model, Non-communicable disease, COVID-19 situation

1. บทนำ

โรคไม่ติดต่อ เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคน (ร้อยละ 68) ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ปี 2555 เป็น 41 ล้านคน (ร้อยละ 71) ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปี 2559 พบโรคที่เสียชีวิตมากที่สุดได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด 17.9 ล้านคน (ร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง 9 ล้านคน (ร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 3.8 ล้านคน (ร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคน (ร้อยละ 4) แต่ละปีพบผู้เสียชีวิตกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง 15 ล้านคน ตัวชี้วัดสถานการณ์โรคดังกล่าวในประเทศไทยที่กำหนดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญทางด้านนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญแต่ละโรคและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ในปี 2556 คือ 1) ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตที่อายุ 30-70 ปี จากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวานและโรคมะเร็งลดลงจากร้อยละ 15.3 ในปี 2550 เป็น 15.1 และ 14.1 ในปี 2553, 2557 ตามลำดับ⁽¹⁾ อนึ่ง โรคไม่ติดต่อก็เป็นปัญหาที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 8 เช่นเดียวกัน

ตามท้องที่การอนามัยโลกประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เข้าสู่ภาวะแพร่ระบาดไปทั่วโลกเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 ซึ่งการแพร่ระบาดลุกลามอย่างรวดเร็วไปในทุกภูมิภาคของโลกก่อให้เกิดการเจ็บป่วย จนเสียชีวิต เพราะมีการติดต่อกันระหว่างคนสู่คน ประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน ปัจจุบันผู้ป่วยรายใหม่สะสมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ระยะหนึ่งมีอัตราการลดลง แสดงถึงควบคุมโรคได้ แต่โรคนี้ยังแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ เนื่องจากกำลังคนและทรัพยากรที่มีจำกัด รวมทั้ง

การดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยโรคไม่ติดต่อต้องปรับเปลี่ยนในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกแรก (ช่วงปลาย ธ.ค. 2562 - พ.ย. 2563) และระลอกสอง (ช่วง ธ.ค. 2563 - มี.ค. 2564) มีการสำรวจผลกระทบและการปรับตัวของนโยบายและระบบบริการสุขภาพ (ภาครัฐและเอกชน) สำหรับโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2564 พบว่า หน่วยบริการลดจำนวนวันให้บริการลง ร้อยละ 52.8 ในช่วงการระบาดโรคโควิด-19 ระลอกแรก และเพิ่มเป็น 58.3 ในระลอกสอง บุคลากรคลินิกโรคไม่ติดต่อ ต้องไปปฏิบัติงานควบคุมโควิด-19 บางเวลา ร้อยละ 80.7 ช่วงการระบาดระลอกแรก และร้อยละ 66.7 ในระลอกสอง มีความเห็นว่ามาตรการจัดบริการ NCD Clinic ของสถานพยาบาล สามารถลดผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อจากสถานการณ์โควิด-19 พบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงบริการลดลง ร้อยละ 55.6 ในช่วงการระบาดโรคโควิด-19 ระลอกแรก และร้อยละ 52.8 การคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า/ภาวะเครียด (2Q) เชิงรุกในชุมชน และการประเมิน CVD risk มีแนวโน้มลดลงกว่าในสถานการณ์ปกติ⁽³⁾

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ เพื่อนำเสนอผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 8 จะพบว่า สถานการณ์โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งการคัดกรอง การป้องกันควบคุมโรค มีแนวโน้มผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ลดลง นอกจากนี้ เขตสุขภาพที่ 8 ยังขาดรูปแบบและนวัตกรรมเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องหารูปแบบพัฒนาระบบบริการและขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่ ซึ่งพบว่าจังหวัดบึงกาฬมีรูปแบบการปรับตัวการจัดบริการที่ดีและเป็นจังหวัดนาร่องที่นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยกำกับติดตามภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาความเชื่อมโยงรูปแบบการปรับตัวการจัดบริการฯ ของบึงกาฬที่ดำเนินงานได้อย่างชัดเจน

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการถอดบทเรียนรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในช่วงการระบาดของโควิด-19 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อนวัตกรรมเพื่อประเมินความยั่งยืน จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดผลกระทบต่อผู้ป่วย และระบบสามารถรับมือเมื่อเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่นๆ ในอนาคต

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบการปรับตัวการจัดบริการสำหรับป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อนวัตกรรมการจัดบริการป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อจากสถานการณ์โควิด-19 ตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (Six Building Blocks)
3. ประเมินความยั่งยืนของนวัตกรรม และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อปรับปรุงเชิงระบบ

3. นิยามศัพท์

1. รูปแบบการปรับตัวการจัดบริการสำหรับป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในสถานการณ์โควิด-19 คือ การปรับระบบบริหารจัดการ กระบวนการจัดบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในสถานการณ์โควิด-19 โดยพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยในการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ
2. ปัจจัยที่มีผลต่อนวัตกรรมการจัดบริการป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อ คือ สิ่งที่มีผลต่อการ

บริหารจัดการตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

4. ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตเชิงพื้นที่ ศึกษาในสถานบริการสุขภาพ พื้นที่จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ 1) สสจ.บึงกาฬ 2) รพ.บึงกาฬ 3) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 4) รพ.บึงโขงหลง และ 5) ศูนย์สุขภาพชุมชนบึงโขงหลง
2. ขอบเขตเนื้อหา ศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับรูปแบบการปรับตัวการจัดบริการสำหรับป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อนวัตกรรมการจัดบริการจากสถานการณ์โควิด-19

3. ขอบเขตเชิงประชากร

กลุ่มประชากรที่ศึกษา: สสจ.บึงกาฬ, รพ.บึงกาฬ, รพ.บึงโขงหลง, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และบึงโขงหลง

กลุ่มตัวอย่าง: นพ.สสจ.บึงกาฬ/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย, ผอ.รพ.บึงกาฬ, ผอ.รพ.บึงโขงหลง/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย, ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ สสจ.บึงกาฬ/รพ.บึงกาฬ/รพ.บึงโขงหลง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและบึงโขงหลง

5. วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยภายใน: กรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (Six Building Block)

1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ
4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) ภาวะผู้นำ
และธรรมาภิบาล

ปัจจัยภายนอก: เช่น หน่วยงานเครือข่าย นโยบายระดับชาติ

**การปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัด
บริการโรคไม่ติดต่อ**

นวัตกรรมการจัดบริการโรคไม่ติดต่อ:

Buengkan NCD Innovative Healthcare Model

2. รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ
จากผลการดำเนินงานของพื้นที่และเครื่องมือเชิง
คุณภาพเป็นคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้างเพื่อถอดบท
เรียนรูปแบบและผลกระทบต่อการจัดบริการโรคไม่
ติดต่อของสถานพยาบาลจากสถานการณ์โควิด-19
ปี 2563-2564 เก็บข้อมูลในประชากรกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 20 คน โดยสัมภาษณ์รายบุคคล จำนวน 3
คน ได้แก่ รอง นพ.สสจ.บึงกาฬ, รอง ผอ.รพ.บึงกาฬ,
ผอ.รพ.บึงโขงหลง และสนทนากลุ่ม จำนวน 17 คน
ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงาน, ผู้รับ
ผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ, ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุข
ภาพ, ผู้รับผิดชอบงานสื่อสารและประชาสัมพันธ์ สสจ.
บึงกาฬ, ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อและทีมสหสาขา
วิชาชีพ รพ.บึงกาฬ/รพ.บึงโขงหลง/ศูนย์สุขภาพชุมชน
เมืองและบึงโขงหลง

5. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง
ประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้ก่อเกิดการ
เปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการ 2) รูปแบบนวัตกรรมคือ
อะไร มีองค์ประกอบอะไร 3) ประโยชน์ของนวัตกรรมส่ง
ผลดีอย่างไร มีผลกระทบต่อสถานพยาบาล/ประชาชน
อย่างไร 4) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความยั่งยืน/ข้อเสนอแนะ
เชิงนโยบาย

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความถูกต้อง
ของเนื้อหาแบบสัมภาษณ์ แนวคำถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 4 ท่าน จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ

ระหว่างประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้มี
การปรับแนวคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
ที่ทำการศึกษา

6. ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล

วันที่ 2 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564
รวมระยะเวลา 3 เดือน

7. การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
ถึง สสจ./รพ.เป้าหมาย เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้ศึกษาพบ
ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอ
ความร่วมมือสำรวจกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียด
รวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้
แทน สสจ./รพ./ศูนย์สุขภาพชุมชนกลุ่มเป้าหมาย เก็บ
รวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์/
สนทนากลุ่ม นำไปจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญ
2) วิเคราะห์จุดเด่น นวัตกรรม เพื่อเรียบเรียงบทใช้ถ่าย
ทำวิดีโอ รายงานแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล
เชิงพรรณนา โดยมีกระบวนการดังนี้

1. ทำการถอดเทป รวบรวมข้อมูลการ
สัมภาษณ์/ สนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์จัดหมวดหมู่
ตรวจสอบความถูกต้อง

2. นำข้อมูลที่ตรวจสอบความถูกต้องแล้วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา การจัดหมวดหมู่ สรุปผลการศึกษา

3. จัดการคืนข้อมูลให้กับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการที่ให้ข้อมูลในการศึกษา

4. หาประเด็นสำคัญ วิเคราะห์จุดเด่น นวัตกรรมที่น่าสนใจต่อการให้บริการป้องกันรักษาโรคไม่ติดต่อ ในสถานการณ์โควิด-19 เพื่อเรียบเรียงบท (Script) ถ่ายทำวิดีโอ รายงานแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice)

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัย ในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ณ วันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2564 (COA No. IHRP2021002)

9. ผลการศึกษา

1. การปรับตัวการจัดบริการสำหรับป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดบึงกาฬ

ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ปี 2563-2564 หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ มีการปรับตัวการจัดบริการสำหรับป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เนื่องจากโควิด-19 ได้เปลี่ยนวิถีชีวิตประชาชนจากเดิมไปสู่ “New Normal” เป็นความท้าทายที่กระทบกับทุกภาคส่วน ต้องปรับกระบวนการดำเนินงานใช้มาตรการ D-M-H-T-T-A อย่างเข้มงวด โดยจังหวัดมีการปรับตัวการจัดบริการด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 ด้านบุคลากร (Staff)

สสจ.บึงกาฬ ได้ทบทวนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ กำหนดตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และปัญหาสุขภาพของจังหวัด ปี 2564 ภายใต้ประเด็น

ยุทธศาสตร์มุ่งเน้น Buengkan 5G 6+2 ใน 4 ยุทธศาสตร์ คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค 2) บริการสุขภาพ 3) บุคลากรเก่ง ดี มีความสุข 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศ ถ่ายทอดนโยบายและตัวชี้วัดลงสู่พื้นที่ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลทุกเดือนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

รพ.บึงกาฬ และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เป็นหน่วยงานให้บริการในการดูแลรักษาประชาชน ได้ปรับรูปแบบการให้บริการ เจ้าหน้าที่ไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อทำกิจกรรมกับผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อได้ กำกับติดตาม การทำงานไม่ต่อเนื่อง และการจัดประชุม/อบรมให้ความรู้ต้องเปลี่ยนมาใช้เป็นระบบออนไลน์แทน

รพ.บึงโขงหลง และศูนย์สุขภาพชุมชนบึงโขงหลง เน้นให้บริการแบบองค์รวม สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อบรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ของ รพ. คือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน

1.2 ด้านโครงสร้างองค์กร (Structure)

สสจ.บึงกาฬ แบ่งโครงสร้างตามความเหมาะสม มีนโยบายปรับรูปแบบบริการเพื่อลดความแออัด มอบหมายภารกิจรองรับสถานการณ์โควิด-19 มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการและปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19

รพ.บึงกาฬ เป็น รพท. เปิดให้บริการ 270 เตียง แบ่งโครงสร้างองค์กรเป็นด้านบริหาร ด้านวิชาการ และด้านบริการ และมีกลุ่มงานในสายบังคับบัญชาและงานความรับผิดชอบ เช่น ด้านบริการ ประกอบด้วย การบริการ ปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ การบริการพยาบาล เป็นต้น

รพ.บึงโขงหลง เป็น รพช.ขนาด F2 จำนวน 30 เตียง มีกลุ่มงาน/แผนกต่างๆ รับผิดชอบตาม

บทบาทหน้าที่และมีศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต.ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ อ.บึงโขงหลง

1.3 ด้านกระบวนการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ (System)

จากสถานการณ์โควิด-19 สสจ.บึงกาฬได้ปรับกระบวนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องประสานการดำเนินงานในทุก ระดับ พัฒนาระบบบริการโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ขับเคลื่อนงานโดยกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนดมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาด กำกับติดตามการปฏิบัติตัวของประชาชน จ.บึงกาฬ พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสม 1,730 ราย ณ วันที่ 14 กันยายน 2564 และปัญหาที่สำคัญ คือ โรคไม่ติดต่อ ข้อมูล Health Data Center ณ วันที่ 18 สิงหาคม 2564 พบ อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ปี 2561-2563 เป็น 572.53, 528.48, 614.26 ตามลำดับ ส่วนปี 2564 เป็น 482.18 ซึ่งสูงกว่าเขตและประเทศ อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ในปี 2561-2563 เป็น 1069.43, 1064.06, 1163.43 ตามลำดับ ส่วนปี 2564 เป็น 986.64 ซึ่งสูงกว่าเขตและประเทศ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2561-2563 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 1.88, 2.07, 2.40 ตามลำดับ ส่วนปี 2564 เป็น 1.93 ซึ่งต่ำกว่าเขต แต่เท่ากับประเทศ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 2.60, 3.18, 5.19 ตามลำดับ ส่วนปี 2564 เป็น 3.52 ซึ่งสูงกว่าเขต แต่ต่ำกว่าประเทศ ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี 2561-2563 ร้อยละ 16.81, 20.60, 18.85 ตามลำดับ ส่วนปี 2564 เท่ากับ 19.74 ซึ่งสูงกว่าเขต แต่ต่ำกว่าประเทศ และไม่ผ่านเกณฑ์ ($\geq$ ร้อยละ 40) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดัน

โลหิตได้ดี ในปี 2561 - 2563 ร้อยละ 52.87, 54.39, 65.77 ตามลำดับ ส่วนปี 2564 เป็น 66.22 ซึ่งสูงกว่าเขตและประเทศ และผ่านเกณฑ์ ($\geq$ ร้อยละ 60)

รพ.บึงกาฬ และ PCU เมืองบึงกาฬ ได้ประกาศใช้แผนประกอบกิจการ ระดับที่ 3 ปิดบริการบางแผนกเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ ให้บริการส่วนที่จำเป็น การรักษาผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ/เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค เปิดหอผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจรองรับผู้ป่วยได้ 16 ราย และกำหนดกลยุทธ์เพื่อสร้างความมั่นใจว่าโรงพยาบาลสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยปรับแผนบริหารจัดการรองรับวิกฤตจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ ให้บริการภายใต้มาตรการป้องกันควบคุมโควิด-19 ซึ่งพบสาเหตุการป่วย ปี 2564 เรียงจากสูงสุด 5 อันดับของผู้ป่วยนอก ได้แก่ CKD stage 5, HT, DM type 2, Dyspepsia และ Disorders of muscle ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยใน ได้แก่ Pneumonia, Gastroenteritis and colitis, Acute appendicitis, Intracranial injury และ Fracture of forearm ตามลำดับ

การระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้มีการปิดตลาด ร้านค้า ร้านอาหาร ตลาดนัดคลองถม ร้านสะดวกซื้อ ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์น้อยลง แต่หน่วยงานสาธารณสุขได้รับผลกระทบ ต้องปรับรูปแบบการจัดบริการให้มีความเชื่อมโยงทุกระดับ ทั้งการบริหารจัดการยา การดูแลรักษาพยาบาล ลดความแออัด ระบบส่งยาผ่าน รพช./รพ.สต. กรณีผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ รับประทานที่ รพ.สต., ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด/ระดับความดันโลหิตสูงเกินค่าปกติหรืออาการผิดปกติส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพ หากอาการหนักส่งรักษาที่ รพ. มีการเตรียมความพร้อมเรื่องยาเวชภัณฑ์

รพ.บึงโขงหลง ในช่วงระบาดของโควิด-19 ระลอก 1- 2 (ปี 2562 - 2563) ไม่พบผู้ป่วย แต่มีผู้ป่วย PUI ระลอก 2 (6 ราย) ช่วงระลอก 3 พบผู้ป่วยโควิด-19

(2 ราย คือ รายที่ 16 และ 32 ของจังหวัด) โดยผู้ป่วย รายที่ 16 มีบุคลากรเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง 13 ราย กักตัว 14 วัน บุคลากรเสี่ยงต่ำ 12 ราย กักตัว 7 วัน และ ปิดบริการบางแผนก 14 วัน (วันที่ 3-16 พฤษภาคม 2564) จึงปรับโครงสร้างใหม่ เน้นงานโควิด ลด บทบาทงานบริการเดิม จัดบริการ New Normal กำหนดค่าระดับน้ำตาลในเลือด/ความดันโลหิต เพื่อปรับระบบการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ จำกัด จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการไม่เกิน 50 คน/วัน ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 5G และ พชอ. พัฒนาคุณภาพ ข้อมูลระดับอำเภอ/ตำบล พบปัญหาผู้ป่วยใช้สมุนไพร เพิ่มขึ้นจึงเกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังตามมา จึงวางแผนปรับระบบบริการเป็นการดูแลรักษาทางไกล พัฒนาแนวทางติดตามเชื่อมโยง รพ.สต.สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ขอรับบสนับสนุนจาก อปท. ส่งเสริมสุขภาพเน้นเผื่อระวังเชิงรุก สื่อวิทยุ/เสียงตามสายในชุมชน มีนวัตกรรม “จีปรับพฤติกรรม” เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย คั้นข้อมูลสุขภาพให้ผู้ป่วย ทราบ กรณีความเสี่ยงสูงจะปรับพฤติกรรมเข้มข้น นัดติดตามทุก 2 สัปดาห์

2. การปรับตัวภาพรวมของจังหวัดบึงกาฬ

2.1 สสจ.บึงกาฬ วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ พบปัญหาโภชนาการและการมีกิจกรรมทางกาย จึงขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ 5G: 1) Good choice มีทางเลือกที่ดี 2) Good nutrition โภชนาการดี 3) Good health สุขภาพกาย-ใจดี 4) Good teeth สุขภาพฟันดี และ 5) Good environment สิ่งแวดล้อมที่ดี ตลาดสะอาด อาหารปลอดภัย ดำเนินงานร่วมกัน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ชี้แจงนโยบาย แนวทางการดำเนินงานต้นปี 2564 จัดทำคู่มือแนวทางฯ กำกับติดตามรายอำเภอ เดือนกรกฎาคม 2564 กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัด แจ้งผลการดำเนินงาน ในที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมิน

ผลทุกเดือน กระบวนการ คือ 1) จัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้าน วิเคราะห์ปัญหาในชุมชน 2) กระบวนการแก้ไขปัญหาโดยใช้ 5G ให้สามารถจัดการตนเอง เชื่อมกับ NCD Application 3) พื้นที่ 617 หมู่บ้าน ประเมินตนเอง และคณะกรรมการฯ ลงประเมิน หมู่บ้านที่มีผลการดำเนินงานดีเด่น 4) ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานฯ 5) มอบโล่รางวัล/ใบประกาศให้การดำเนินงานฯ 6) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการก่อเกิดนวัตกรรม คือ นโยบายและการสนับสนุนของผู้บริหาร และการจัดบริการบูรณาการงานร่วมกันของ รพ.และ รพ.สต. ขยายผลไปยังงานอื่นๆ ให้ครอบคลุม เช่น โควิด-19

2.2 รพ.บึงกาฬ พัฒนารูปแบบ Buengkan NCD innovative healthcare Model ใช้โปรแกรม Application line Official Account เป็นเครื่องมือ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อในกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ให้ อสม.ลงทะเบียนใช้งานในระบบติดตาม NCD Application line และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ ผลการดำเนินงานติดตามผู้ป่วย มี อสม.ลงทะเบียน จำนวน 7,259 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.65 ผู้ป่วยให้การยินยอม จำนวน 28,998 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 7 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 887 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.49 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 6,807 ราย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.87 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี จำนวน 1,864 ราย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.83

3. พัฒนานวัตกรรมโดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อกำกับติดตาม

คณะกรรมการร่วมกำหนดยุทธศาสตร์ขับเคลื่อน กลไกการดำเนินงาน กำกับติดตามประเมินผล และ R&D ดังนี้

1) NCD Application สสจ.พัฒนา Data Exchange ผ่าน Application Line Official Account ให้ อสม.ทำงานเชิงรุก กำหนดผู้ป่วยในความรับผิดชอบ กำกับติดตามการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย

รายงานผลผ่าน Line: NCD Application ผู้ป่วยทราบสถานะสุขภาพและแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กำหนดบทบาทตามนโยบาย 3 หมอ เริ่มดำเนินการ เดือน ต.ค.2563 - ก.พ.2564 ได้ขยายผลดำเนินงานไปยังกลุ่มเสี่ยง โดยรับงบสนับสนุนจาก สปสช. เขตสุขภาพที่ 8

2) การพัฒนาระบบดูแลรักษาทางไกล (Telemedicine) ช่องทางให้บริการผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จะได้รับคำปรึกษาโดยแพทย์ผ่านระบบดูแลรักษาทางไกลนำร่อง ที่ รพ.บึงกาฬ และ รพ.สต.นาสวรรค์ จัดบริการเดือนละ 1 ครั้ง ขยายไปยัง รพ.สต. 10 แห่ง (รพ.สต. สมสนุก อ.ปากคาด รพ.สต.

โนนสมบูรณ์ รพ.สต.ผาสุวรรณ อ.เมือง รพ.สต.นาสะแบง อ.ศรีวิไล รพ.สต.โคกกวาง อ.บึงคล้า รพ.สต.ท่าดอกคำ อ.บึงโขงหลง รพ.สต.บ้านดอง อ.เซกา รพ.สต.หนองหัวช้าง อ.พรเจริญ และ รพ.สต.บัวตูม รพ.สต.บ้านโนนสว่าง อ.โซ่พิสัย) เก็บข้อมูล ประมวลผลระบบออนไลน์ (Dashboard) กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานผ่านช่องทางการเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของ สสจ.

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการจัดการบริการป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อจากสถานการณ์โควิด-19 ตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (Six Building Blocks) ได้ตั้งตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการจัดการบริการป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อจากสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดบึงกาฬ

รูปแบบการปรับตัว	ระบบบริการ	กำลังคนด้านสุขภาพ	ระบบข้อมูลสารสนเทศ	เทคโนโลยีทางการแพทย์	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล
สสจ.บึงกาฬ						
	- นโยบายปรับปรุงแบบให้บริการเพื่อลดความแออัด - มอบหมายภารกิจให้หน่วยงานแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ	- ดำเนินงานโควิดเป็นหลัก - กำกับ ติดตามงานจากการรายงานข้อมูลของอำเภอ	- พัฒนาระบบข้อมูลออนไลน์/Telemed. - ประชุมชี้แจงนโยบาย กำกับ ติดตามงานผ่านระบบออนไลน์	- กำหนดนโยบายแผนงานโครงการการจัดการตนเอง - สนับสนุนทรัพยากรเครื่องมือดำเนินงานให้กับ รพช.	- ปรับวิธีการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนงานโครงการมุ่งใช้ในงานโควิด-19	- ดำเนินการตามนโยบายเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค เน้นปัญหา โควิด-19 เช่น ลดแออัด ป้องกันการติดเชื้อ ลดการเดินทาง - ให้ความสำคัญจัดการปัญหา NCDs ควบคู่กับโควิด-19
รพ.บึงกาฬ/ รพ.บึงโขงหลง						
	- ปรับระบบบริการลดความแออัดตามนโยบายของ สสจ. - ส่งต่อบริการดูแลรักษาพยาบาลไปที่ รพช./ รพสต. ใกล้บ้าน	- บุคลากรช่วยปฏิบัติงานโควิด-19 จำนวนมาก กระจายภารกิจให้ รพ.สต./ รพ.สนาม ศูนย์บริการวัคซีน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ	- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้บริการ เช่น Line Official Account - เผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อออนไลน์ - ดำเนินงานนโยบาย Telemedicine	- ดำเนินการนโยบาย/แผนงานโครงการ Self-monitoring - สนับสนุนทรัพยากรเครื่องมือดำเนินงานให้กับ รพช./ รพ.สต.	- งบประมาณมุ่งใช้แก้ปัญหาโควิด-19 เช่น ปรับปรุงอาคาร สถานที่ จัดซื้อยาและเวชภัณฑ์พัฒนาในเรื่องเทคโนโลยีที่จะช่วยดำเนินงาน ฯลฯ	- ดำเนินการตามนโยบายส่วนกลาง/สสจ./รพ.ทุกระดับ - บูรณาการงาน NCDs/โควิด-19 ลดความแออัด ป้องกันการติดเชื้อ ลดการเดินทาง ปรับรูปแบบเข้าถึงบริการของประชาชน - ประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน/ภาคีเครือข่ายในพื้นที่
PCU.เมืองบึงกาฬ/ PCU.บึงโขงหลง						
	- จัดระบบบริการโดยมีส่วนร่วมของ อสม.และภาคีเครือข่ายในชุมชน	- ระดมบุคลากรปฏิบัติงานโควิด-19 - บูรณาการกับภาคีเครือข่ายในชุมชน	- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้บริการ เช่น Line Official Account เชื่อม รพช.	- ติดตามการดูแลรักษา/ จ่ายยาในชุมชน - ขอรับการสนับสนุนทรัพยากรจาก อปท.	- งบสร้างแรงจูงใจผู้ปฏิบัติงานโควิด-19 - ขอบสนับสนุนจาก อปท.ส่งเสริมสุขภาพ	- ติดตามการดูแลรักษา/ จ่ายยาในชุมชน - ขอรับการสนับสนุนทรัพยากรจาก อปท.

10. อภิปรายผล

จากการถอดบทเรียนครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ และทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อนวัตกรรม สามารถอภิปรายประเด็นรูปแบบที่น่าสนใจได้ ดังนี้

1. NCD Application: ใช้ Machine learning เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยง เริ่มดำเนินการในกลุ่มป่วยและขยายผลในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เป็นช่องทางสื่อสารติดตามผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง ลดขั้นตอนมารับบริการที่ รพ. โดย อสม. ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงทราบสถานะการป่วยและความเสี่ยง สร้างความตระหนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยของบสนับสนุนจากกองทุน สปสช. แต่เมื่อมีการระบาดของโควิด-19 จึงไม่สามารถดำเนินงานต่อเนื่อง ในอนาคตควรขยายผลในกลุ่มป่วย/กลุ่มเสี่ยงที่มีความพร้อม ให้มีทักษะใช้ Application line สามารถลงข้อมูลในโปรแกรมได้เอง ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถประเมินความเสี่ยง/อาการผิดปกติจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตัวเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อสม. คุณภาพต้องมีทัศนคติที่ดี มีจิตอาสา เป็นที่พึ่งของชุมชน มีความรู้สาธารณสุขพื้นฐานดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลประชาชนได้⁽⁴⁾ โปรแกรมไลน์เป็นเครื่องมือมอบหมายงาน อสม. พบว่า การปฏิบัติงานและรายงานผลการปฏิบัติงาน สามารถทำงานได้รวดเร็ว ส่วนผลการประเมินผลการปฏิบัติงาน พบว่า สามารถส่งผลการปฏิบัติงานทางออนไลน์ในขณะลงพื้นที่ ทำให้สามารถติดตาม ตรวจสอบ แก้ปัญหาได้ทันที⁽⁵⁾ อสม. ต้องสามารถเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ ส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่นำเทคโนโลยีการสื่อสารระบบดูแลรักษาทางไกล/แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้นำการสร้าง

สุขภาพแบบมีส่วนร่วม⁽⁶⁾

2. Telemedicine: ช่องทางให้บริการกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี จะได้รับคำปรึกษาจากทีมสหวิชาชีพโดยตรงผ่านระบบดังกล่าว ช่วยลดความแออัด ลดการรอคอยที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางเข้ามาพบแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ เป็นการลดความเสี่ยงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคตควรขยายผลให้ครอบคลุมทุก รพ.สต. ในจังหวัด และมีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อนวัตกรรมที่สำคัญ คือ ผู้นำบูรณาการเชื่อมประสานระบบสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณ สื่อองค์ความรู้ บุคลากรเหมาะสมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับและใช้ระบบดูแลรักษาทางไกล การรับรู้ประโยชน์ ความง่ายในการใช้งานร่วมกันส่งผลทางตรงให้เกิดการยอมรับ รวมทั้งความพร้อมในการแก้ไขปัญหาด้านเทคนิค ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรร่วมกันส่งผลทางอ้อมต่อการยอมรับการใช้งานระบบดูแลรักษาทางไกล⁽⁷⁾ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้งานโปรแกรมปรึกษาแพทย์ออนไลน์ ได้แก่ คุณภาพระบบ คุณภาพบริการดูแลเอาใจใส่⁽⁸⁾ ระบบดังกล่าวจึงเป็นความก้าวหน้าด้านการสื่อสารมาประยุกต์ใช้กับบริการทางการแพทย์⁽⁹⁾

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อนวัตกรรม พบจุดเด่นและโอกาสพัฒนาที่จะทำให้เกิดความยั่งยืนดังนี้

1. ระบบบริการ จังหวัดมีนโยบายปรับปรุงแบบบริการเพื่อลดความแออัด ส่งต่อการดูแลรักษาพยาบาลไปที่รพช./รพสต. ใกล้บ้าน จัดระบบบริการโดย อสม. ภาครัฐเครือข่ายมีส่วนร่วม ควรเพิ่มช่องทางสื่อสาร สร้างความรอบรู้ ความตระหนักปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง คือนำข้อมูลให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้

2. กำลังคนด้านสุขภาพ มีการระดมบุคลากรไปปฏิบัติงานโควิด-19 จึงปรับรูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ควรบูรณาการส่งเสริม ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อกับโรคโควิด-19 โดยใช้กลไก 3 หมอ/พขอ.

3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ ได้พัฒนาฐานข้อมูลออนไลน์/Telemedicine ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้บริการ เช่น Line Official Account ควรกำกับติดตาม ประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพให้ต่อเนื่อง

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการกำหนดนโยบาย แผนงานโครงการเน้นการติดตามอาการตนเอง สนับสนุนทรัพยากรให้ รพช./รพ.สต. ติดตามดูแล จ่ายยาในชุมชน ขอสนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงานจาก อปท. ควรติดตามภาวะสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม เน้นลดปัจจัยเสี่ยงและให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพ

5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปรับวิธีใช้จ่ายงบประมาณ มุ่งใช้เพื่อแก้ปัญหาโควิด-19 เช่น ปรับปรุงอาคารสถานที่จัดซื้อยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ สร้างแรงจูงใจเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานโควิด-19 เสนอโครงการของบสนับสนุนจาก อปท.ควรบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ใช้งบประมาณให้เกิดความคุ้มค่า คำนึงถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ดำเนินการตามนโยบายส่วนกลางในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค มุ่งเน้นการจัดการปัญหาโควิด-19 เช่น ลดความแออัด ลดการเดินทางของเจ้าหน้าที่ ควรผลักดันการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาของประชาชนในพื้นที่ให้เป็นนโยบายจังหวัด ควบคู่กับปัญหาโควิด-19

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า

สาเหตุการเกิดของนวัตกรรมสุขภาพส่วนใหญ่เกิดจากแกนนำชุมชนนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาแก้ไข ปัญหาสุขภาพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่วนปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ นโยบายบริหารงานของผู้บริหาร การมีส่วนร่วม ศักยภาพทุนทางสังคม การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ การใช้ประโยชน์ของข้อมูล การหนุนเสริมของภาคีเครือข่าย ระบบความสัมพันธ์แบบเครือข่าย การสร้างเครื่องมือจัดการตนเองของชุมชน การพัฒนาสู่นโยบายสาธารณะ และภาวะผู้นำกลุ่ม⁽¹⁰⁾

นวัตกรรมของบึงกาฬจะยั่งยืน ถ้าขยายผลครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือของเครือข่าย ประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การมีนโยบายพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ถ่ายทอดนโยบายกำหนดเป็นตัวชี้วัดจังหวัด มีโครงสร้างกลไกการทำงาน ระบบข้อมูลสารสนเทศ นิเทศติดตามด้วยกระบวนการเสริมพลัง ประเมินผลงานเพื่อต่อยอดและพัฒนานวัตกรรมที่สามารถใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง⁽¹¹⁾

11. ข้อเสนอแนะ

1. เขตสุขภาพควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศหรือนวัตกรรมมาช่วยในการขับเคลื่อนงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กว้างขวาง เพื่อลดกระบวนการและลดค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานในพื้นที่

2. กรมควบคุมโรค กรมอนามัย ควรสนับสนุนให้ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลสถานะสุขภาพของตนเอง เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต BMI รอบเอว สามารถจัดการตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดูแลสุขภาพของตนเอง

ได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

12. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาความเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างระบบรายงาน Buengkan NCD innovative healthcare model กับระบบฐานข้อมูลกลางกระทรวงสาธารณสุข (HDC)

2. ควรศึกษาประสิทธิภาพของมาตรการทางสังคม มาตรการชุมชน การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

13. เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 สิงหาคม 28]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>.
3. ศิริวรรณ พิทยรังษฤษฎ์, นัตยา ตั้งศิริกุล. รายงานวิจัย: ผลกระทบและการปรับตัวของนโยบายและระบบบริการสุขภาพ (ภาครัฐและเอกชน) สำหรับโรคไม่ติดต่อ ระหว่างช่วงการระบาดของ COVID-19 รอบแรกและรอบสอง. กรมควบคุมโรค; 2564.
4. วิเชียร เทียนจารุวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, สายสมร วชิระประพันธ์. แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคน ด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(2):353-366.
5. สมพร พูลพงษ์. การประยุกต์ใช้โปรแกรมไลน์เพื่อการมอบหมายงานสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2562;14(3):138-146.
6. Komnanton T, Bodeerat C. Performance of Village Health Volunteers in Song District, Phrae Province. Journal of Modern Learning Development. 2564;6(3):237-249.
7. อรพรรณ คงมาลัย, วสันต์ ใจวงศ์. การยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมเข้าไปใช้กับกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล กรณีศึกษา : รพ.เชียงของ จังหวัดเชียงราย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารวิจัยและพัฒนา มจร. 2560;40(4):641-650.
8. เริงฤทธิ์ พลเหลือ. ปัจจัยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้งานแอปพลิเคชันปรึกษาแพทย์. [การค้นคว้าอิสระ ปริญญาบริหารธุรกิจบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2564.
9. ธนพร ทองจูด. การศึกษาปัจจัยของการตรวจรักษาด้วยโทรเวชกรรมที่มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจ เลือกใช้บริการโทรเวชกรรมของผู้รับบริการของโรงพยาบาลรามาริบดี. [สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต].

กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

10. ณิชพร ศรีนวล. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองด้านนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน. [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
11. เกศรินทร์ ไหลงาม, สิตานนท์ เจษฎาพิพัฒน์. นวัตกรรมระบบสุขภาพระดับอำเภอ บริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดชัยนาท. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2561;13(2):108-115.

การพัฒนาแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในสถานประกอบการ

โดยอาสาสมัครสาธารณสุขควบคุมโรค

The management model development of coronavirus disease 2019 (COVID-19)
in workplace by disease-control public health volunteers

นิพัฒ พูลสวัสดิ์*, แก้วใจ มาทอง, นิติรัตน์ พูลสวัสดิ์, ธารทิพย์ เหลืองตรีชัย และ ธัญญา รอดสุข

Nipat Poonsawat*, Kaewjai Mathong, Nitirat Poonsawat, Tharnthip Luengtreechai and

Tanya Rodsook

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Institute for Urban Disease Control and Prevention

*Corresponding author: preaw306mthong@gmail.com

(Received: Jul 25, 2022 / Revised: Sep 3, 2022 / Accepted: Sep 9, 2022)

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของที่รุนแรงและรวดเร็วของโรคโควิด 19 ระลอกใหม่ในประเทศไทยตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ทำให้ทุกหน่วยงานต้องเร่งหาทางควบคุมการแพร่กระจายเชื้อให้ได้โดยเร็ว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขควบคุมโรค (อสคร.) ให้มีความรู้ และทักษะในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 การรักษาพยาบาล รวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการในสถานประกอบการ ประกอบด้วย โรงงาน สถานที่ทำงาน แค้มป์ก่อสร้าง ตลาด สถานศึกษา โรงเรียน มหาวิทยาลัย ค่ายทหาร และสถานที่ดูแลกลุ่มเปราะบาง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกันยายน 2564 - มิถุนายน 2565 จำนวน 109 แห่ง เริ่มด้วย 1) ขั้นวางแผน มีการประชุมหารือ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และวางแผนจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม 2) ขั้นปฏิบัติ มีการพัฒนาศักยภาพ อสคร. ในสถานประกอบการ ให้มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 โดย อสคร. มีการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ATK ให้กับพนักงาน มีการกักตัวกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูง มีการรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในสถานประกอบการ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค มีการประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้ติดเชื้อโควิด 19 เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา 3) ขั้นประเมินผล มีการเยี่ยมเยียน เสริมพลัง ติดตาม และประเมินผลในสถานประกอบการ 4) ขั้นสะท้อนผล มีการส่งคืนข้อมูล สะท้อนผลการดำเนินงาน นำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ ทำให้ลดการแพร่กระจายเชื้อไปในวงกว้างได้ นับเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ในการเฝ้าระวัง

ป้องกัน ควบคุมโรค ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นควรมีการสานพลังและร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขยายผลให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวังที่ทันสมัย สามารถนำไปใช้เพื่อการดำเนินงานและการตัดสินใจได้ทันการณ์

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19), สถานประกอบการ, อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนควบคุมโรค

Abstract

The re-occurrence of abrupt and severe COVID-19 transmission in Thailand since April 2021 has forced all related organizations to find effective interventions to speedy control the transmission. This action research aimed to build the capacity of disease-control public health volunteers in terms of knowledge and skill in surveillance as well as disease prevention and control, support the accessibility of community to COVID-19 screening and treatment services and mobilize the participation of all sectors. The study was conducted in workplaces it includes factories, workplaces, construction camps, markets, educational institutions, schools, universities, barracks, and homes for vulnerable groups in Bangkok Metropolitan between September 2021 and June 2022 in 109 workplaces by firstly 1) Plan, there are meeting to discuss, define guidelines and plan to prepare training courses; 2) Act, building the capacity of disease-control public health volunteers of respective workplaces regarding knowledge and skills in surveillance as well as COVID 19 prevention and control. The roles of disease-control public health volunteers were to screen employees using ATK, quarantine high-risk contacts and report infected cases related data to health officers to investigate and control the disease and to coordinate with health officers or involved personnel regarding the appropriate and in-time transfer of cases. 3) Evaluate, there are visits, empowerment, monitoring, and evaluation in the workplace. 4) Reflect, information is returned. Reflection on the performance of the improvement of the COVID-19 management model in the workplace was performed contributing to the reduction of disease transmission in general. This practice could be regarded as the establishment of cooperation in surveillance as well as disease prevention and control among all sectors namely government, private, civil society, and public sectors. Therefore, there should be empowerment and cooperation with relevant authorities to expand the effect to be comprehensive and effective. As well as developing database and surveillance systems that can be used for operations and decision-making promptly.

Keywords: Model development, COVID-19 management, Workplace, Disease-control public health volunteers

1. บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่พบการระบาดทั่วโลก ส่งผลให้มีผู้ป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ⁽¹⁾ และประเทศไทยได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ลำดับที่ 14⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย ได้มีการระบาดระลอกแรกปี 2563 จากคลัสเตอร์สนามมวย กรุงเทพมหานคร ลูกลามไปในหลายจังหวัด กระทั่งการระบาดระลอกที่สอง ช่วงเดือนธันวาคม 2563 จากคลัสเตอร์ตลาดมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร และการแพร่ระบาดระลอกสาม ช่วงเดือนเมษายน 2564 เป็นคลัสเตอร์สถานบันเทิง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โรคโควิด 19 ได้แพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วประเทศ โดยเป็นโควิด 19 ปลายพันธุ์ “อัลฟา” และปลายพันธุ์ “เดลตา” ในลำดับต่อมา ซึ่งสายพันธุ์ เดลตา มีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อได้รวดเร็วกว่าสายพันธุ์ “อัลฟา” 1.7 เท่า⁽³⁾ การแพร่ระบาดของ โควิด 19 ปลายพันธุ์นี้ ส่งผลให้เมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงสุดของประเทศ 23,418 ราย และวันที่ 18 สิงหาคม 2564 มีผู้เสียชีวิตสูงสุด 312 คน ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ได้มีมติ ล็อกดาวน์ คุ่มเข้มพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด และขอความร่วมมือประชาชนงดเดินทางออกนอกพื้นที่ พร้อมกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 จนสถานการณ์โรคคลดลง เมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2564 ศบค. ได้ยกระดับมาตรการคุมโควิด 19 แบบครอบจักรวาล กลุ่มบุคคล ต้องทำ Universal Prevention ซึ่งเป็นการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล มาตรการ DM-HTT ที่มีทั้งรักษาระยะห่าง ใส่หน้ากากอนามัย หมั่นล้างมือ ตรวจให้ไว และใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและ

หมอชนะ ขณะที่ยังคงต้องทำ Covid-Free Setting ทั้งด้านสิ่งแวดล้อมปลอดภัย (การระบายอากาศ ทำความสะอาดจุดสัมผัสร่วม) ด้านผู้ประกอบการปลอดภัย (พนักงานทุกคนฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ และตรวจ ATK ทุกๆ 7 วัน) และด้านลูกค้าปลอดภัย (คัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าร้าน แสดงหลักฐานการฉีดวัคซีน และมีผลตรวจ ATK เป็นลบภายใน 7 วัน) ต่อมา เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2564 ศบค. มีมติปรับมาตรการเข้มข้นและผ่อนคลายกิจการกิจกรรมบางส่วน พร้อมปรับการควบคุมโควิด 19 แนวใหม่ ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยจากโควิด 19 ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการเตรียมเปิดประเทศของรัฐบาล ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564⁽³⁻⁴⁾

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเปิดประเทศ และเตรียมรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และด้วยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ อาจไม่เพียงพอและครอบคลุม ประกอบกับทางสถานประกอบการหรือหน่วยงานต่างๆ ต้องเตรียมพร้อมด้านมาตรการองค์กร ภายใต้มาตรการ Covid-Free Setting ที่มีการจัดการโรคโควิด 19 ให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นให้กับพนักงานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ซึ่งการควบคุมการระบาดของโรคที่สำคัญ คือ การตรวจคัดกรองเชิงรุกให้ได้มากที่สุด เพื่อแยกผู้ติดเชื้อและนำเข้าสู่กระบวนการรักษาให้เร็วที่สุด จะเป็นการตัดวงจรแพร่ระบาดของโรคได้ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) ร่วมกับสภาเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขควบคุมโรค (อสคร.) ซึ่งเป็นการพัฒนากลไกและพัฒนาศักยภาพกำลังคน นับเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นเร่งด่วน เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด-19 การคัดกรอง

ความเสี่ยง การค้นหาผู้ติดเชื้อหรือมีความเสี่ยงสูง เพื่อคัดแยกผู้ป่วยให้เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อไปในวงกว้างได้

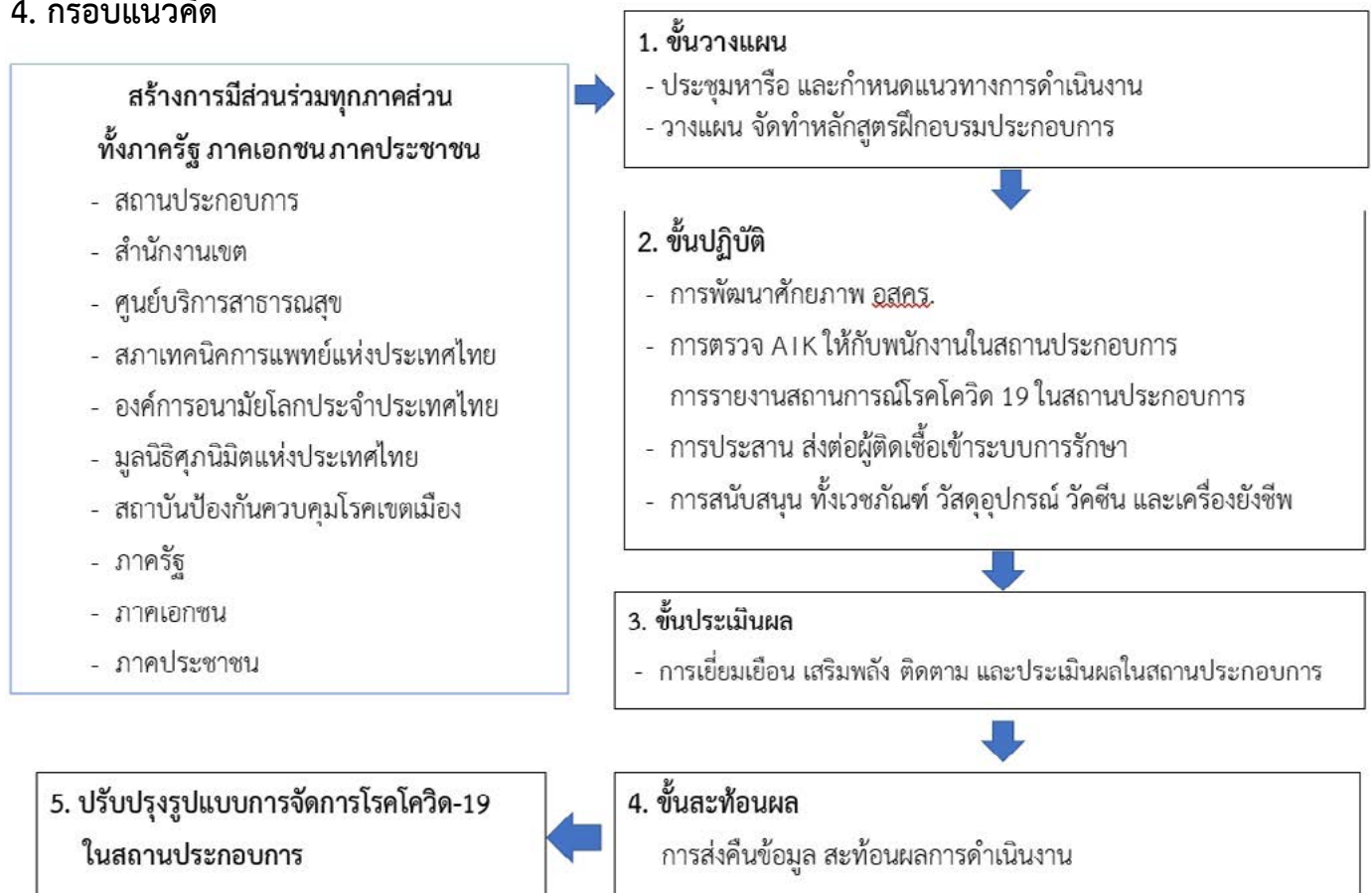
2. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ โดย อสคร.

3. วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสคร. ให้มีความรู้

4. กรอบแนวคิด



รูปที่ 1 กรอบแนวคิด การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในสถานประกอบการ โดย อสคร.

5. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ โดย อสคร. เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดของ Kurt Lewin มีองค์ประกอบคือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Act) ประเมินผล (Check) และสะท้อนผล (Reflect)⁽⁵⁾

6. กลุ่มเป้าหมาย

มีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง โดยเลือกสถานประกอบการที่มีความสนใจ และสามารถส่งแกนนำเข้าร่วมอบรมตลอดหลักสูตร ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 109 แห่ง ได้แก่ โรงงาน 33 แห่ง แคมป์คนงานก่อสร้าง 38 แห่ง บริษัทรักษาความปลอดภัย 5 แห่ง หน่วยงานราชการ 9 แห่ง โรงเรียนอนุบาล 1 แห่ง ประถม 2 แห่ง มัธยม 2 แห่ง อาชีวะ 1 แห่ง มหาวิทยาลัย 1 แห่ง อาคารชุด 1 แห่ง มูลนิธิ 1 แห่ง ชมรมผู้ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพฉุกเฉิน 5 แห่ง ธนาคาร 1 แห่ง ศาลอาญา 1 แห่ง ตลาด 4 แห่ง ค่ายทหาร 3 แห่ง และสถานที่ดูแลกลุ่มเปราะบาง 1 แห่ง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2564 - มิถุนายน 2565

7. ขั้นตอนการศึกษา

แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Plan)

มีการประชุมหารือ แนวทางการดำเนินงาน วางแผน จัดทำหลักสูตรฝึกอบรม อสคร. ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สปคม. สภาเทคนิคการแพทย์ องค์การอนามัยโลก มูลนิธิศุภนิมิต สำนักงานเขต ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานประกอบการ ภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน

2. ขั้นปฏิบัติ มีรูปแบบที่พัฒนา ดังนี้

2.1 การพัฒนาศักยภาพ อสคร. ได้แก่ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) เจ้าหน้าที่แผนกพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource: HR) แกนนำพนักงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และจิตอาสา

2.2 การตรวจ ATK ให้กับพนักงานในสถานประกอบการ โดยแกนนำ อสคร. ที่ผ่านการฝึกอบรม

2.3 การรายงานสถานการณ์โรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ โดย อสคร.

2.4 การประสาน ส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าระบบการรักษา ทั้งการรักษาที่บ้าน ศูนย์พักคอยในชุมชน สถานพยาบาลเฉพาะกิจ โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษา

2.5 การสนับสนุน ทั้งเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ วัคซีน และเครื่องยังชีพ

3. ชั้นประเมินผล

3.1 มีการเยี่ยมเยียน เสริมพลัง ติดตาม และประเมินผลในสถานประกอบการ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3.2 มีการติดตามผลการดำเนินงานของ อสคร. ที่ผ่านการอบรม โดยการรายงานผลการดำเนินงานและข้อมูลความรู้ มาตรการต่างๆ ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคผ่านกลุ่มไลน์

4. ชั้นสะท้อนผล

มีการส่งคืนข้อมูลให้สถานประกอบการ รวมถึงมีเวทีสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับสถานประกอบการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คณะผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บจากกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการฝึกอบรม ดังนี้

1. ประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม เครื่องมือที่ใช้คือ แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม ใน 5 รายวิชา ดังนี้

1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค 2) การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจหาเชื้อโควิด 19 3) การตรวจหาเชื้อโควิด 19 4) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และ 5) การมีส่วนร่วมของ อสคร. รายวิชาละ 5 ข้อ รวมเป็น 15 ข้อ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการฝึกอบรมใช้ สถิติทดสอบ Paired-Sample t Tests

2. ประเมินความพึงพอใจหลังอบรม
เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินความพึงพอใจในด้าน 1.วิทยากร 1.1 ด้านเนื้อหาสาระ/กิจกรรม สื่อการสอน อุปกรณ์ 1.2 ด้านระยะเวลาในการบรรยาย/กิจกรรม 1.3 ด้านวิทยากรถ่ายทอดความรู้/กิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถาม และ 2. การได้รับประสบการณ์/ความรู้

8. นิยามคำศัพท์

1. รูปแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสคร. การตรวจ ATK ให้กับพนักงาน รายงานสถานการณ์โรคโควิด 19 การประสาน ส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าระบบการรักษา การสนับสนุนเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ วัคซีน และการเยี่ยมเยียน ติดตาม ประเมินผล

2. อสคร. หมายถึง แกนนำจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งได้แก่ จป. HR แกนนำพนักงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และจิตอาสา ในสถานประกอบการ ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร อสคร. และปฏิบัติงานภายใต้การควบคุม กำกับ ดูแล โดยเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานทางราชการ

9. ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ โดย

อสคร. ได้ผลการศึกษาในประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพ อสคร. สปคม. ร่วมกับสภาเทคนิคการแพทย์ องค์การอนามัยโลก และมูลนิธิ ศุภนิมิต ได้ร่วมกันพัฒนาศักยภาพแกนนำในสถานประกอบการ โดยใช้หลักสูตร อสคร. เป็นหลักสูตร 1 วัน 6 ชั่วโมง ประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มี 5 วิชา ได้แก่ 1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ใช้เวลาอบรม 1 ชั่วโมง 30 นาที เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคโควิด 19 มาตรการ แนวทางในการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค ตรวจจับการระบาด ขนาดของปัญหา การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม การแยกผู้สัมผัส 2) การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจหาเชื้อโควิด 19 ใช้เวลาอบรมรวมฝึกปฏิบัติ 1 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ การเลือกอุปกรณ์และเทคนิคการเก็บตัวอย่าง และฝึกปฏิบัติเก็บตัวอย่าง 3) การตรวจหาเชื้อโควิด 19 ใช้เวลาอบรมรวมฝึกปฏิบัติ 1 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย การตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK การแปลผล การทำลายเชื้อ และฝึกปฏิบัติการใช้ ATK 4) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ใช้เวลาอบรมรวมฝึกปฏิบัติ 1 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญและชนิดของ PPE การเลือกใช้ และฝึกปฏิบัติสวมและถอด PPE และ 5) การมีส่วนร่วมของ อสคร. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ใช้เวลาอบรมรวมฝึกปฏิบัติ 1 ชั่วโมง 30 นาที เนื้อหาประกอบด้วย บทบาทสำคัญของ อสคร. ในการติดตามและตรวจสอบสถานการณ์ การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ การสนับสนุนบุคลากรด้านการแพทย์ในการตรวจคัดกรองโรคผู้ติดเชื้อ ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและการให้ความช่วยเหลือ และแบ่งกลุ่มอภิปรายกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของ อสคร. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับอุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึกอบรม ได้แก่ ชุดตรวจโรคโควิด 19 (ชุดตรวจ ATK)

ชุดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) เช่น หมวกคลุมผม หน้ากากอนามัย ที่ครอบตา กระบังหน้า ชุดป้องกันร่างกาย (ชุดหมี) เป็นต้น กลุ่มเป้าหมายที่เข้าอบรม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) เจ้าหน้าที่แผนกพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource:HR) แกนนำพนักงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และจิตอาสา ได้จัดอบรมระหว่างวันที่ 15 กันยายน 2564 – 1 มิถุนายน 2565 อบรมทั้งสิ้น 27 รุ่น โดยมีหน่วยงานที่ส่งแกนนำเข้าร่วมอบรมจำนวน 109 แห่ง ได้แก่ โรงงาน 33 แห่ง แคมป์คนงานก่อสร้าง 38 แห่ง บริษัทรักษาความปลอดภัย 5 แห่ง หน่วยงานราชการ 9 แห่ง โรงเรียนอนุบาล 1 แห่ง ประถม 2 แห่ง มัธยม 2 แห่ง อาชีวะ 1 แห่ง มหาวิทยาลัย 1 แห่ง อาคารชุด 1 แห่ง มูลนิธิ 1 แห่ง ชมรมผู้ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพฉุกเฉิน 5 แห่ง ธนาคาร 1 แห่ง ศาลอาญา 1 แห่ง ตลาด 4 แห่ง ค่ายทหาร 3 แห่ง และสถานที่ดูแลกลุ่มเปราะบาง 1 แห่ง มีจำนวนผู้เข้าอบรมทั้งสิ้น 1,286 คน

นอกจากนี้ได้กำหนดบทบาทของ อสคร. ให้ความรู้ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โรคและภัยสุขภาพ ตรวจประเมินหรือคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ATK สอบสวนและควบคุมโรคเบื้องต้นร่วมกับเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ทำลายเชื้อโรคและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมบริเวณพื้นที่เสี่ยง เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์โรคเบื้องต้น ประสาน และรายงานผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยหรือติดเชื้อโควิด 19 ต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ การอบรมได้มีการทดสอบภาคทฤษฎีก่อนและหลังการฝึกอบรม (Pre-Test , Post-Test) และทดสอบภาคปฏิบัติทั้งการสวมใส่และการถอดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การเก็บตัวอย่างหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal Swab) และการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วยการทำ ATK ซึ่งผลการประเมินความรู้อีก่อนและหลังการอบรมหลักสูตร อสคร. พบว่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการอบรมมีค่าสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ทุกวิชา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลด้านความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

รายวิชาที่	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)		p-value
	ก่อนอบรม	หลังอบรม	
1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค	58.00	89.00	<0.01
2) การเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	54.66	90.00	<0.01
3) การตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	54.66	81.66	<0.01
4) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	61.66	89.33	<0.01
5) การมีส่วนร่วมของ อสคร. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค	74.66	90.33	<0.01
รวมทุกรายวิชา	60.73	88.13	<0.01

หมายเหตุ: ใช้สถิติทดสอบ Paired-Sample t Tests สำหรับการประเมินความพึงพอใจหลังการอบรม พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยด้านวิทยากรมีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 57.9

ด้านการได้รับประสบการณ์/ความรู้ จากการบรรยาย/กิจกรรมมีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 61.3 และในภาพรวมมีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 59.6 (ตารางที่ 2) นอกจากนี้ผู้เข้าอบรม ยังได้ให้

ข้อคิดเห็นว่า เป็นหลักสูตรที่ดี มีประโยชน์ ใช้ในการควบคุมโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการได้จริง และวิทยากรถ่ายทอดความรู้ได้ชัดเจน เข้าใจง่าย และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า มี

ระยะเวลาในการอบรมน้อยไป ควรเพิ่มเวลาในภาคปฏิบัติให้มากกว่านี้ ควรมีการปฏิบัติในภาคสนามจริง และอบรมให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

ตารางที่ 2 แสดงภาพรวมด้านความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม

ข้อมูลด้านความพึงพอใจ	$\bar{X}$	หลังอบรม	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. วิทยากร	4.52	57.9	0.61	มากที่สุด
1.1 ด้านเนื้อหาสาระ/กิจกรรม สื่อการสอน อุปกรณ์	4.59	61.4	0.55	มากที่สุด
1.2 ด้านระยะเวลาในการบรรยาย/กิจกรรม	4.41	50.1	0.68	มากที่สุด
1.3 ด้านวิทยากรถ่ายทอดความรู้/กิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถาม	4.58	62.1	0.57	มากที่สุด
2. การได้รับประสบการณ์/ความรู้ จากการบรรยาย/กิจกรรม	4.56	61.3	0.60	มากที่สุด
รวม	4.53	59.6	0.61	มากที่สุด

2. การตรวจ ATK ให้กับพนักงานในสถานประกอบการ โดยแกนนำที่ผ่านการฝึกอบรม หลักสูตร อสคร. ได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกฝน ไปตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ATK ให้กับพนักงานในสถานประกอบการ ตามมาตรการองค์กรหรือมาตรการ Covid-Free Setting โดยมีการตรวจ ATK และมีการกักตัวกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูง

3. การรายงานสถานการณ์โรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ โดย อสคร. ที่ได้มีการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ATK ให้กับพนักงานในสถานประกอบการ และได้รายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคต่อไป

4. การประสาน ส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษา โดยทางแกนนำ อสคร. ในสถานประกอบการ ได้มีการประสานเพื่อส่งต่อผู้ติดเชื้อโควิด 19 เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา ทั้งการรักษาที่บ้าน (Home Isolation) ศูนย์พักคอยในชุมชน (Community Isolation) สถานพยาบาลเฉพาะกิจ

(Hospital) โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษา

5. การสนับสนุน ทั้งเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ วัคซีน และเครื่องยังชีพ โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย รวมถึงสำนักงานเขตและศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้ร่วมกันสนับสนุนเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ วัคซีน และเครื่องยังชีพ ให้กับผู้ติดเชื้อโควิด 19 และกลุ่มเสี่ยงสูงในสถานประกอบการ

6. การประเมินผล มีการเยี่ยมเยียน เสริมพลัง ติดตาม และประเมินผลในสถานประกอบการ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีการติดตามการดำเนินงานของ อสคร. ในการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ให้กับพนักงาน ด้วยการตรวจ ATK พร้อมทั้งดูสถานที่รองรับเป็นศูนย์พักคอยในสถานประกอบการ กรณีที่พบผู้ติดเชื้อโควิด 19 ขณะรอเข้ารับรักษา

ผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ โดย อสคร. ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ

รายการ	ผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคโควิด 19
1. มี อสคร. ในสถานประกอบการต่างๆ	- สถานศึกษา จำนวน 7 แห่ง จำนวน 45 คน - หน่วยงานภาครัฐ จำนวน 13 แห่ง จำนวน 62 คน - ภาคเอกชน จำนวน 80 แห่ง จำนวน 1,154 คน - ภาคประชาชน จำนวน 9 แห่ง จำนวน 25 คน รวม จำนวนหน่วยงาน 109 แห่ง จำนวน 1,286 คน
2. มีการตรวจคัดกรอง ค้นหาผู้ติดเชื้อ และแยกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา โดยมีการตรวจ ATK	- มีการตรวจ ATK จำนวน 10,520 ราย พบผลบวกจำนวน 240 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.28 - ได้คัดแยกผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว เหมาะสมและทันเวลา - มีการกักตัวกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงจำนวน 515 ราย ซึ่งสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อไปในวงกว้างได้
3. มีระบบและเครือข่ายการเฝ้าระวังโรค	- ดำเนินการในทุกแห่ง
4. การมีส่วนร่วม	- สถานประกอบการ / สำนักงานเขต / ศูนย์บริการสาธารณสุข / สภาเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย / องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย / มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย / สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง / ภาครัฐ / ภาคเอกชน / ภาคประชาชน
5. เกิดช่องทางการสื่อสารความเสี่ยง	- มีไลน์กลุ่มในการสื่อสารความเสี่ยงระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับ อสคร.

10. สรุปผลและวิจารณ์

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ครั้งนี้ ได้กำหนดรูปแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ โดย อสคร. ประกอบด้วย 1) ขั้ววางแผน ได้มีการประชุมหารือ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และวางแผนจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม 2) ขั้วปฏิบัติ ได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสคร. ในสถานประกอบการ ให้มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 จากนั้นแกนนำ อสคร. ที่ผ่านการฝึกอบรม ได้มีการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ATK ให้กับพนักงานในสถานประกอบการ มีการกักตัวกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูง มีการรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ใน

สถานประกอบการ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค และได้มีการประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้ติดเชื้อโควิด 19 เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา นอกจากนี้ทางหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้มีการสนับสนุน เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ วัคซีน และเครื่องยังชีพ ให้กับผู้ติดเชื้อโควิด 19 และกลุ่มเสี่ยงสูง 3) ขั้วประเมินผล มีการเยี่ยมเยือน เสริมพลัง ติดตาม และประเมินผลในสถานประกอบการ 4) ขั้วสะท้อนผล มีการส่งคืนข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงาน นำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ

การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ โดย อสคร. ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 คัดกรองกลุ่มเสี่ยง การแยกกลุ่มเสี่ยง สอดส่องดูแลให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ลดการแพร่ระบาด และป้องกันการติดเชื้อเพิ่มของโควิด 19 ได้⁽⁶⁾ การพัฒนาศักยภาพ อสคร. ในสถานประกอบการ ประกอบด้วยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ที่เน้นเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ที่เป็นปัญหาสำคัญของทุกคน มีการฝึกเก็บตัวอย่างและตรวจหาเชื้อโควิด 19 จึงได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก พบว่าภายหลังการอบรมผลการประเมินทุกวิชาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมเป็นมาตรการอีกช่องทางหนึ่งที่สามารถสื่อสารสร้างความเข้าใจ รับรู้ ตระหนักถึงอันตรายเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และสามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวให้ถูกต้องต่อการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19^(7, 8) นอกจากนี้การพัฒนาความรู้เป็นพื้นฐานของการมีทักษะและความเชื่อมั่นในการควบคุมโรคโควิด 19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบูรณาการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 ได้เป็นอย่างมาก⁽⁹⁻¹¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการร่วมกันพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม อสคร. โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย สภาเทคนิคการแพทย์ และมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย

สิ่งหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ คือการ ค้นหาผู้ติดเชื้อให้เร็วที่สุด และบ่งชี้กลุ่มเสี่ยง และติดตามกลุ่มเสี่ยงให้ได้เร็วที่สุด แนะนำมาตรการโควิด ตรวจเชิงรุก คืออาวุธสำคัญในการสู้โรคระบาด⁽¹²⁾ จากการระบาดที่รุนแรงและรวดเร็วของ

โรคโควิด 19 ระลอกใหม่ในประเทศไทยตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ทำให้รัฐบาลต้องเร่งหาทางลดการแพร่กระจายเชื้อให้ได้โดยเร็ว การตรวจคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจหาเชื้อโควิด 19 แบบ ATK เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการค้นหาและคัดแยกผู้ติดเชื้อออกจากชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการและไม่ได้กักตัว ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อทั้งครอบครัว หรือการแพร่เชื้อเป็นกลุ่มภายในชุมชน⁽¹³⁾ ในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 เป็นช่วงที่พบการระบาดสูงสุด ซึ่งสายพันธุ์เดลต้ามีค่าตัวชี้วัดโอกาสแพร่เชื้อ (Basic reproductive number : R0) สูงมากถึง 8-12 คือ ผู้ติดเชื้อ 1 คน สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ถึง 8-12 คนในหนึ่งสัปดาห์⁽¹⁴⁾ แนวทางสำคัญในการควบคุมการระบาดของโรคที่ได้ผลคือ เร่ง ค้นหาผู้ป่วย / ผู้สัมผัสผู้ป่วย แล้วเร่งให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และการแยกกัก / การกักกันผู้สัมผัส⁽¹⁵⁾

การดำเนินงานนั้นจะสำเร็จได้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคมีหลายปัจจัยที่นอกเหนือความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานในทุกๆระดับ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคได้⁽¹⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแบบการจัดการโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ โดย อสคร. ได้พัฒนาศักยภาพแกนนำ อสคร. ในสถานประกอบการ ให้มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังโรค โดย อสคร. ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ และตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ATK ให้กับพนักงาน มีการประสาน รายงาน ข้อมูลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา มีการกักตัวกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูง

ทำให้ลดการแพร่กระจายเชื้อไปในวงกว้างได้ นับเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ได้เป็นอย่างดี

11. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สานพลังและร่วมมือกับสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 1 – 12 เพื่อขยายผลการดำเนินงาน ในสถานประกอบการ สถานศึกษา หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน ให้ครอบคลุมทั่วประเทศและมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้า ระวังที่ทันสมัย สามารถนำไปใช้เพื่อการดำเนินงาน และการตัดสินใจได้ทันการณ์

12. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิชาญ ปาวัน คณะ ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย มูลนิธิศุภนิมิต แห่งประเทศไทย และสภาเทคนิคการแพทย์แห่ง ประเทศไทย ที่ให้คำปรึกษา แนะนำในการดำเนินงาน และขอขอบคุณความร่วมมือของทีมงาน คณะทำงานพัฒนาแกนนำสุขภาพ ศูนย์บริการ สาธารณสุข และสำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาค เอกชน และภาคประชาชน

13. เอกสารอ้างอิง

1. THAIPUBLICA. WHO ประกาศทางการ ไวรัสโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ Pandemic ของโลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึง เมื่อ 2565 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก <https://thaipublica.org/2020/03/who-corona-virus-officially-global-pandemic/>

2. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวง สาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของ โรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) เล่ม 137 ตอนพิเศษ 48 ง วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T_0001.PDF
3. Nation Online. สรุปสถานการณ์ “โควิด-19” ในประเทศไทย ตลอดปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึง เมื่อ 2565 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nationtv.tv/news/378856691>
4. ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). ศบค.สั่งยกระดับคุมโควิดแบบครบวงจร ทั่วทั้งกลุ่มบุคคล-องค์กร-สถานบริการ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึง เมื่อ 2565 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thairath.co.th/news/politic/2178625>
5. สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์. แนววิธีการพยากรณ์พฤติกรรมของมนุษย์ “พลวัตรกลุ่ม” (Group Dynamics) ของ Kurt Lewin แห่ง M.I.T. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยธนบุรี. 2559;10(23):112-118.
6. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ. การถอด บทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึง เมื่อ 2565 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5427?locale-attribute=th>

7. Rosenstock, IM. The health belief model and preventive health behavior. Health education monographs. 1974;2(4):354-86.
8. พนิดา ว่าพัฒน์วงศ์, ชมพูนุช สุภาพวานิช, อรรณพ สนธิไชย. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล นราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2560;14(1):74-85.
9. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวรัตน์ ไชยมณี, กชกร ฉายากุล. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2563;12(3):195-212
10. ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, ภาสินี โทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี - Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(1):53-61.
11. สมพร สังข์แก้ว, อธิรุช ห่านิรติชัย, บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาล ผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่. วารสารสุขภาพพยาบาล. 2563;35(3):69-86.
12. องค์การอนามัยโลก. มาตรการโควิด ตรวจเชิงรุก คืออาวุธสำคัญในการสู้โรคระบาด วันที่ 17 กรกฎาคม 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึง เมื่อ 2565 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก <https://www.springnews.co.th/news/690576>
13. สุภาพร ครุสารพิศิบ. การตรวจ ATK เชิงรุก ยุทธวิธีสำคัญเพื่อหยุดยั้งการแพร่กระจายโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึง เมื่อ 2565 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก <https://www.prd.go.th/th/file/get/file/20210809c4cfae688c4ab2117612702a2fb7ce94164910.pdf>
14. Finlay C, Brett A, Henry L, Yuka J, Franck K, Neale B, et al. Increased transmissibility and global spread of SARS-CoV-2 variants of concern as at June 2020. Euro surveillance journal. 2021;26(24):1-6.
15. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1). [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึง เมื่อ 2565 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf
16. World Health Organization. Advancing the right to health: the vital role of law. Geneva: World Health Organization; 2017.

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาลอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

Associations between anxiety and life quality of Coronavirus 2019 patients who
discharged from the hospital, Phukhieo district, Chaiyaphum province

จารุวรรณ มะลัยคำ¹, ชัญญญา จิระพรกุล^{*2}, เนาวรัตน์ มณีนิล² และ ฉัตรชัย งานไว³

Jaruwan Malaikham¹, Chananya Jirapornkul², Naowarat Maneenin² and

Chatchai Nganwai³

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

¹Master's degree student of Public Health in Epidemiology

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²Faculty of Public Health Khon Kaen University

³โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

³Phu Khiao Chaloe Phra Kiat Hospital

^{*}Corresponding author: chananya@kku.ac.th

(Received: Aug 11, 2022 / Revised: Sep 28, 2022 / Accepted: Sep 29, 2022)

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายที่ทำให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ส่งผลต่อความยากลำบากในการประกอบอาชีพ ทำให้เศรษฐกิจที่ฝืดเคือง ส่งผลต่อจิตใจ มีความวิตกกังวล อ่อนล้า ท้อแท้ สิ้นหวังและอาจจะทำร้ายตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตไม่ดี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่มีโรคร่วม 352 คน การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติถดถอยพหุ ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.02) เมื่อควบคุมผลกระทบ จากตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ การพักอาศัย โรคประจำตัว และจำนวนคนในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสมการสุดท้าย แล้วพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล ที่มีความวิตกกังวลมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่วิตกกังวล 1.87 เท่า

(ORadj = 1.87, 95% CI = 1.12 -3.13) ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวังความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล ด้วยการประเมินซ้ำ และติดตามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ความวิตกกังวล

Abstract

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is a serious communicable disease that influenced respiratory failure. The disease affected occupational difficulty, stagflation and indebtedness, and psychological impacts such as anxiety, discouragement, hopelessness, and self-harm. It decreased quality of life. The objectives of this research were to study the association between anxiety and quality of life among Covid-19 patients after discharge from a hospital in Phu Khiao District, Chaiyaphum Province. An analytical cross-sectional study was designed. About 352 Covid-19 patients who did not have comorbidity were collected data in May 2022 by using questionnaires. Multiple logistic regression analysis was applied to analyze the data. The result revealed that anxiety was significantly associated with quality of life among COVID-19 patients after discharge from the hospital (p-value = 0.02). Adjusted confounding variable was done by controlling the effect from variables including age, educational level, monthly income, occupation, livelihood, chronic disease, and the number of family members contracting COVID-19 in the last equation, Covid-19 patients who had anxiety had the quality of life less than those who did not have anxiety accounted for 1.87 times ($OR_{adj} = 1.87$, 95% CI = 1.12 - 3.13). In conclusion, anxiety associated with low quality of life among COVID-19 patients after discharge from the hospital in Phu Khiao district, Chaiyaphum province. As a result, surveillance of anxiety in COVID-19 patients after discharge from the hospital should be conducted by reassessment and monitoring patients after contracting COVID-19 at least 6 months after discharge.

Keywords: Quality of life, Coronavirus 2019, Anxiety

1. บทนำ

สถานการณ์โลกในปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 251,788,329 คน โดยประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่อยู่อันดับที่ 18 ของโลก⁽¹⁾ จำนวน 7,305 คน จำนวนผู้ป่วยสะสม 2,004,273 คน ผู้เสียชีวิตจำนวน 19,934 คน⁽²⁾ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจังหวัดชัยภูมิอยู่ในเขตพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก พบว่าผู้ป่วยสะสมระลอกเมษายน 2564 จำนวน 11,948 คน เนื่องจากจังหวัดชัยภูมิมีนโยบายนำผู้ป่วยกลับไปรักษายังภูมิลำเนาของตนเอง โดยอำเภอที่พบมากที่สุดคือ อำเภอเมืองชัยภูมิ จำนวน 1,868 คน รองลงมาคือ อำเภอแก้งคร้อ จำนวน 1,002 คน อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จำนวน 918 คน อำเภอภูเขียว จำนวน 883 คน ตามลำดับ⁽³⁾ อีกทั้งอำเภอภูเขียวมีที่ตั้งอาณาเขตติดกับจังหวัดขอนแก่น จึงเป็นพื้นที่เสี่ยงจะพบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการเดินทางของประชาชนในจังหวัดใกล้เคียง พร้อมทั้งการเดินทางกลับมารักษาตามภูมิลำเนาของผู้ป่วยทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่รักษาหายและออกจากโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จำนวน 858 คน⁽³⁾ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรุงเทพมหานครฯ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน – 29 พฤษภาคม 2563 พบความชุกของผู้ที่มีความรู้สึกเครียดและวิตกกังวล จำนวน 277 คน ร้อยละ 30.80⁽⁴⁾ ซึ่งสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถึงแม้จะมีมาตรการในการควบคุม ป้องกันโรคตามข้อกำหนดของกรมควบคุมโรค รวมทั้งมีการฉีดวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น โดยอำเภอภูเขียวพบว่าประชาชนที่ฉีดเข็มที่ 1 จำนวน 56,881 คน ฉีดครบเข็มที่ 2 จำนวน 44,288 คน เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับจำนวนเป้าหมายการครอบคลุมของวัคซีนได้เพียงร้อยละ 75.93⁽⁵⁾ ซึ่งยังมีการระบาดในเขต

พื้นที่ นอกจากนั้นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการพัฒนาสายพันธุ์ใหม่ ถ้าไม่ได้มีการใช้มาตรการป้องกันในประชาชนอย่างเข้มงวด อาจทำให้มีโอกาสที่จะเกิดการระบาดรุนแรงในพื้นที่ได้⁽⁶⁾

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พุทธศักราช 2558 เป็นโรคติดต่ออันตราย โดยแต่ละรายจะมีอาการที่แตกต่างกัน บางรายมีไข้ เจ็บคอ ไอ หอบเหนื่อย หรือปอดอักเสบ สำหรับผู้ป่วยรายที่มีอาการรุนแรง จะทำให้มีโอกาสมีระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจจะทำให้เสียชีวิตได้⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจพบว่าจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ที่มีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลต่อความยากลำบากในการประกอบอาชีพ ทำให้เศรษฐกิจที่ฝืดเคืองเกิดปัญหาการเป็นหนี้สิน ส่งผลต่อจิตใจ มีความวิตกกังวล เป็นเหตุให้เกิดการอ่อนล้า ท้อแท้ สิ้นหวังและทำร้ายตนเอง⁽⁸⁾ ซึ่ง “ภาวะโควิดยาว” มีอาการที่พบมากกว่า 200 อาการ หนึ่งในนั้นคืออาการวิตกกังวล⁽⁹⁾ บางรายส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ผิดปกติ โดยส่งผลต่อด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารได้ลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และที่สำคัญคือผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ต้องรับมือได้ดี ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจจะฆ่าตัวตายได้⁽¹⁰⁾ ซึ่งบางรายอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือพิการทุพพลภาพ ส่งผลกระทบโดยตรงกับคุณภาพชีวิตรวมทั้งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ก่อให้เกิดความสูญเสียเชิงเศรษฐกิจของประเทศชาติ⁽¹¹⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาปัจจัยความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)⁽¹²⁾

ปัจจุบันสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงาน

สถิติจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงมีแนวโน้มสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจโดยตรงและอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง โดยในประเทศไทยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาลค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีความวิตกกังวลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ

3. วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในเดือนพฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่มีโรคร่วม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 352 คน การวิเคราะห์หาความ

สัมพันธ์โดยใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple logistic regression) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted Odds ratio (ORadj) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

4. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

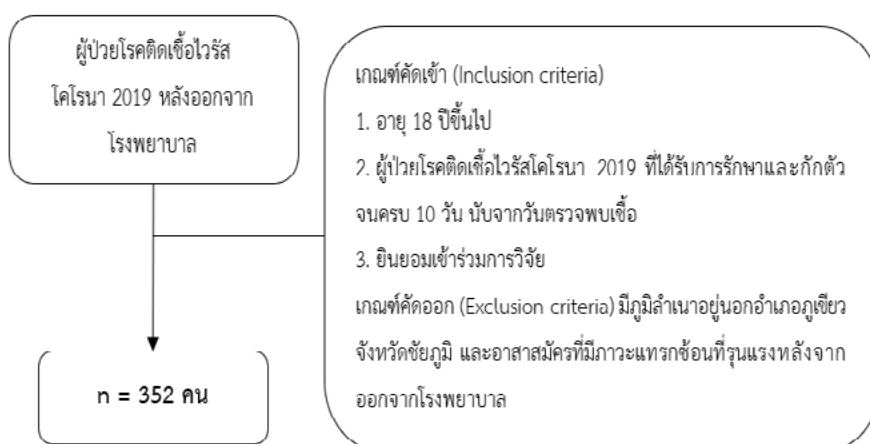
ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 1,736 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรคำนวณตัวอย่างแบบ Multiple logistic regression จึงเท่ากับ 352 คน โดยใช้สูตรดังนี้

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

การปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{(1-p_{1,2,3,\dots,p}^2)} = 352 \text{ คน}$$

การสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก และสุ่มจากบัญชีรายชื่อโดยโปรแกรม STATA Version 10.1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถาม โดยรวบรวมจากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ ซึ่งมีองค์ประกอบทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งผู้วิจัยได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ค่าเฉลี่ยรวมทั้งหมดเท่ากับ 0.98 (IOC = 0.98) ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และการพักอาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ระดับการเจ็บป่วย จำนวนคนในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความวิตกกังวล จัดระดับการแปลผลรายข้อ ดังนี้

แบบสอบถามความวิตกกังวลเหมาะสำหรับอายุตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป มีคำถาม 14 ข้อ สามารถแบ่งได้เป็นกลุ่มคนที่มีความวิตกกังวล และกลุ่มภาวะซึมเศร้า การให้คะแนนความวิตกกังวล เป็น ประยุกต์ใช้แบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัด 4 ระดับ ไม่มีเลย เป็นบางครั้ง เป็นค่อนข้างบ่อย เป็นบ่อยมาก อาการความวิตกกังวล คะแนนจากข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) สามารถแปลผล 0 – 7 คะแนน คือ ไม่มีภาวะวิตกกังวล 8 คะแนนขึ้นไป คือ มีภาวะวิตกกังวล⁽¹³⁾

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีทั้งหมด 26 ข้อ คำถามความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ คือข้อที่ 2, 9 และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ⁽¹⁴⁾ การแปลผล คะแนนเริ่มต้นตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน การมีคุณภาพชีวิตที่ดี 26-95 คะแนน การมีคุณภาพชีวิตที่

ไม่ดี 96 – 130 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการขอข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลภูเขียว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ และขอความอนุเคราะห์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์ ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามผู้ป่วยในพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA Released 10.1 (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น) ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพ อาชีพ การพักอาศัย ความวิตกกังวล โรคประจำตัว การมีครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระดับการเจ็บป่วย ข้อมูลแจกแจง นำเสนอค่าแจกแจง ความถี่ และร้อยละ กรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง และมีการแจกแจงปกติ นำเสนอจำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติอนุมาน (Inferential statistics) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariable analysis) นำเสนอค่า Crude Odds ratio (OR), ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI Confidence interval (95%CI) และค่า p-value การวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์พหุคูณถอยแบบลอจิสติกพหุ (Multiple logistic regression) ที่หลายตัวแปร โดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น โดยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) นำเสนอค่า Adjusted Odds ratio (OR_{adj}), ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI Confidence และค่า p-value

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย การศึกษานี้ผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652076 วันที่ 20 พฤษภาคม 2565 โดยดำเนินการขออนุญาตการใช้ข้อมูลผู้ป่วย

และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเขียว ซึ่งมีการนำเอกสารขอความยินยอมของอาสาสมัครในที่พัก และอาสาสมัครนำเอกสารไปหย่อนใส่กล่องที่ รพ.สต. ด้วยตนเอง จึงมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองหลังจากได้รับฟังคำอธิบายการเข้าร่วมวิจัยแล้ว และมีการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะทำการเก็บแบบสอบถามและข้อมูลไว้ในตู้เอกสารของทางราชการซึ่งมีกุญแจล็อกไว้ จัดเก็บกุญแจโดยผู้วิจัยเท่านั้น และจะทำลายเอกสารภายใน 1 ปี หลังจากมีการเผยแพร่

5. ผลการศึกษา

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 249 คน ร้อยละ 70.73 มีอายุระหว่าง 45 - 64 ปี จำนวน 140 คน ร้อยละ 39.77 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.92 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/เทียบเท่า จำนวน 228 คน ร้อยละ 64.77 รายได้ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท/เดือน จำนวน 185 คน ร้อยละ 52.55 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8,641.63 บาท มีสถานภาพสมรสหรือคู่ จำนวน 247 คน ร้อยละ 70.17 งานราชการ/เอกชน/รับจ้าง/ค้าขาย จำนวน

220 คน ร้อยละ 62.50 การพักอาศัยร่วมกับครอบครัว จำนวน 300 คน ร้อยละ 85.22 ผู้ที่มีความวิตกกังวล จำนวน 196 คน ร้อยละ 55.68 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.49 ส่วนใหญ่ระดับการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุดคือ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ จำนวน 128 คน ร้อยละ 36.36 การมีคนในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 229 คน ร้อยละ 65.07 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 266 คน ร้อยละ 75.56

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล ดังนี้ อายุ (OR = 0.98, 95%CI = 0.97 - 0.99, p-value = 0.004) ระดับการศึกษา (OR = 3.18, 95%CI = 2.02 - 5.02, p-value < 0.001) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (OR = 4.10, 95%CI = 1.76 - 9.55, p-value < 0.001) สถานภาพสมรส (OR = 1.95, 95%CI = 0.77 - 4.92, p-value = 0.02) ความวิตกกังวล (OR = 2.13, 95%CI = 1.38 - 3.28, p-value = 0.001) ระดับการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (OR = 0.57, 95%CI = 0.33-0.99, p-value = 0.01) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและด้านสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่น

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR	95%CI	p-value
	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (n = 149)	คุณภาพชีวิตที่ดี (n = 203)			
เพศ					0.29
ชาย	48 (46.60)	55 (53.40)	1		
หญิง	101 (40.56)	148 (59.44)	1.28	0.81 – 2.03	
อายุ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	47.82 (15.53)	42.87 (16.16)	0.98	0.97 – 0.99	0.004
ระดับการศึกษา					<0.001
ต่ำกว่าประถมศึกษา	75 (60.48)	49 (39.52)	1		
มัธยมศึกษา/เทียบเท่าขึ้นไป	74 (32.45)	154 (67.55)	3.18	2.02 – 5.02	
รายได้ต่อเดือน					<0.001
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	35 (35.34)	64 (64.66)	1		
5,001 ถึง 10,000 บาท	106 (57.30)	79 (42.70)	0.41	0.25 – 0.68	
10,001 บาทขึ้นไป	8 (11.76)	60 (88.24)	4.10	1.76 – 9.55	
สถานภาพสมรส					0.02
หม้าย/หย่าร้าง/แยกอยู่	11 (44.00)	14 (56.00)	1		
สมรส/คู่	115 (46.55)	132 (53.45)	0.90	0.39 – 2.06	
โสด	23 (28.75)	57 (71.25)	1.95	0.77 – 4.92	
อาชีพ					0.29
แม่บ้าน/ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ	29 (50.87)	28 (49.13)	1		
งานราชการ/เอกชน/รับจ้าง/ค้าขาย	92 (41.81)	128 (58.19)	1.44	0.80 – 2.58	
เกษตรกร	28 (37.33)	47 (62.67)	1.74	0.86 – 3.50	
การพักอาศัย					0.76
พักอาศัยร่วมกับครอบครัว	47 (15.66)	253 (84.34)	1		
พักอยู่คนเดียว	14 (26.92)	38 (73.08)	1.10	0.60 – 2.00	
ความวิตกกังวล					0.001
มีความวิตกกังวล	67 (34.18)	129 (65.82)	1		
ไม่มีความวิตกกังวล	82 (52.56)	74 (47.44)	2.13	1.38-3.28	

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและด้านสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่น (ต่อ)

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR	95%CI	p-value
	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (n = 149)	คุณภาพชีวิตที่ดี (n = 203)			
โรคประจำตัว					0.72
ไม่มีโรคประจำตัว	114 (42.85)	152 (57.15)	1		
มีโรคประจำตัว	35 (40.69)	51 (59.31)	1.09	0.67–1.79	
จำนวนการมีคนในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					0.07
ไม่มี	60 (48.78)	63 (51.22)	1		
มี	89 (38.86)	140 (61.14)	1.50	0.96–2.33	
ระดับการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					0.01
ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ไม่มีอาการอื่นๆ หรือสบายดี	33 (31.13)	73 (68.87)	1		
ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ	64 (50.00)	64 (50.00)	0.45	0.26–0.77	
ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยปอดบวมเล็กน้อย	52 (44.06)	66 (55.94)	0.57	0.33–0.99	

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) พบว่าความวิตกกังวล มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.02) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ การพักอาศัย โรคประจำตัว และจำนวน

คนในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสมการสุดท้าย แล้วพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาลที่มีความวิตกกังวล มีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่ากลุ่มที่ไม่วิตกกังวล 1.87 เท่า ($OR_{adj} = 1.87$, 95% CI = 1.12 - 3.13) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตที่ดี				
	(n = 149)	(n = 203)				
อายุ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	47.82 (15.53)	42.87 (16.16)	0.98	0.98	0.96-0.99	0.03
ระดับการศึกษา						0.01
ต่ำกว่าประถมศึกษา	75 (60.48)	49 (39.52)	1	1		
มัธยมศึกษา/เทียบเท่าขึ้นไป	74 (32.45)	154 (67.55)	3.18	2.18	1.18-4.01	
รายได้ต่อเดือน						<0.001
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	35 (35.34)	64 (64.66)	1			
5,001 ถึง 10,000 บาท	106 (57.30)	79 (42.70)	0.41	0.32	0.17-0.58	
10,001 บาทขึ้นไป	8 (11.76)	60 (88.24)	4.10	2.79	1.05-7.45	
อาชีพ						0.01
แม่บ้าน/ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ	29 (50.87)	28 (49.13)	1			
งานราชการ/เอกชน/รับจ้าง/ค้าขาย	92 (41.81)	128 (58.19)	1.44	1.61	0.78-3.32	
เกษตรกรกรรม	28 (37.33)	47 (62.67)	1.74	3.33	1.43-7.75	
การพักอาศัย						0.45
พักอาศัยร่วมกับครอบครัว	47 (15.66)	253 (84.34)	1			
พักอยู่คนเดียว		14 (26.92)	38 (73.08)	1.10	1.35	
ความวิตกกังวล						0.02
มีความวิตกกังวล	67 (34.18)	129 (65.82)	1	1		
ไม่มีความวิตกกังวล	82 (52.56)	74 (47.44)	2.13	1.87	1.12-3.13	
โรคประจำตัว						0.58
ไม่มีโรคประจำตัว	114 (42.85)	152 (57.15)	1			
มีโรคประจำตัว	35 (40.69)	51 (59.31)	1.09	1.20	0.64-2.24	
จำนวนการมีคนในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						0.06
ไม่มี	60 (48.78)	63 (51.22)	1			
มี	89 (38.86)	140 (61.14)	1.50	1.73	0.97-3.09	

6. สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) สามารถอภิปรายผลการวิจัย พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือน อาชีพ การพักอาศัย โรคประจำตัว และจำนวนคนในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสมการสุดท้ายพบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาลที่มีความวิตกกังวลมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่วิตกกังวล 1.87 เท่า ($OR_{adj} = 1.87, 95\% CI = 1.12 - 3.13$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีความวิตกกังวลรุนแรงช่วง 1 เดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹⁵⁾ และจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน 6 ด้านย่อย เรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปหาน้อยคือ ด้านสุขภาพจิต ด้านมีพลังกำลัง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้านความเจ็บปวด ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านกิจกรรมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำนั้น มาจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและด้านความเจ็บปวดสามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ล้วนส่งผลต่อสภาวะจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽¹⁶⁾

จากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศออสเตรเลียพบว่า ความวิตกกังวลมีความ

สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปร ในสมการสุดท้ายแล้วพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีความวิตกกังวลมีคุณภาพชีวิตไม่ดีเป็น 15.67 เท่าของผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล ($OR_{adj} = 15.67, 95\% CI = 3.00-80.90$)⁽¹²⁾ แต่เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาได้ศึกษาคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และผลการศึกษาพบว่า กลุ่มคุณภาพชีวิตที่ดี มีจำนวน 203 ราย ไม่มีความวิตกกังวล 74 ราย ร้อยละ 47.44 มีความวิตกกังวล 129 ราย ร้อยละ 65.82 จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ที่มีความวิตกกังวลมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่วิตกกังวล เพราะผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความวิตกกังวลในปัจจัยอื่นๆ รวมด้วย ได้แก่ รายได้ต่อเดือน อาชีพ อายุ และระดับการศึกษา ที่ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่า เมื่อพบว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001 บาทขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 88.24 โดยกลุ่มนี้สามารถศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้จากสื่อสังคมมากยิ่งขึ้น มีความเข้าใจโรคมายิ่งขึ้น รวมทั้งเข้าใจเกี่ยวกับภาวะ “โควิดยาว” ในผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว สามารถหายไปเองได้ตามระยะเวลา เช่น อาการไอ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รวมทั้งความวิตกกังวล โดยบางรายอาจจะไม่มีหรือมีอาการเหล่านั้น⁽⁹⁾ เมื่อมาตรการในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการผ่อนปรนมากยิ่งขึ้น จึงทำให้ไม่มีความวิตกกังวลมากกว่ามีความวิตกกังวล สามารถกลับไปทำงานมีรายได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมานั้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ของคุณภาพชีวิต ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้⁽¹⁷⁾

7. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการเฝ้าระวังความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล โดยการประเมินซ้ำ และติดตามอย่างต่อเนื่อง หลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

8. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังออกจากโรงพยาบาล เช่น ภาวะความเครียด โรคแพนิค โรคกลัวแบบเฉพาะเจาะจง เป็นต้น และควรมีการศึกษาในรูปแบบการศึกษาอื่นๆ

9. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉิหวาย โรงพยาบาลกุฉิหวายเฉลิมพระเกียรติ ในการอนุญาตให้ใช้ข้อมูลและเก็บข้อมูลในพื้นที่ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

10. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021 [cited 2021 September 6]. Available from: <https://worldhealth.org.shinyapps.io/covid/>.
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤศจิกายน 13]. เข้าถึงได้จาก/ <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. สถานการณ์

- ผู้ป่วยสะสมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเมษายน จังหวัดชัยภูมิ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 6]. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.182.16/covid19/>.
4. วรินทร์พย์ สว่างศรี, นันทยุทธ หะสิทธิ์เวช, ชลธิชา แยมมา, ณัฐปพน รัตนตรัย, ดุชฎี จิงศิริกุลวิทย์. ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด-19 เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2564;29(2):114-124.
 5. โรงพยาบาลกุฉิหวายเฉลิมพระเกียรติ. รายงานการฉีดวัคซีนโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 3]. เข้าถึงได้จาก/ <https://shorturl.asia/LSN1Z>.
 6. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021 [cited 2021 September 6]. Available from: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>.
 7. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา 2563;137(48):1.
 8. พรณพิมล วิบุลากร. กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และ สสส. ตกลงความร่วมมือเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตแรงงานในระบบที่ได้รับผลกระทบจากโควิด 19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564

- [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤศจิกายน 1]. เข้าถึงได้จาก/ <https://www.dmh.go.th/covid19/news2/view.asp?id=53>.
9. สันต์ หัตถิรัตน์. กรมสุขภาพจิต. โควิดยาว... “Long COVID” อาการหลังหายจากโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 6]. เข้าถึงได้จาก/ <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2461>.
 10. กรมสุขภาพจิต. 6 อาการวิตกกังวลที่พบได้บ่อยในวัยทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤศจิกายน 10]. เข้าถึงได้จาก/ <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30145>.
 11. นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. ภาวะซึมเศร้า. วารสาร มฉก.วิชาการ. 2559;19(38):105-118.12.
 12. Rass V, Ianosi BA, Zamarian L, Beer R, Sahanic S, Lindner A, et al. Factor associated with impaired quality of life three months after being diagnosed with COVID-19. Quality of Life Research. 2021;31(5):1401-1414.
 13. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤศจิกายน 24]. เข้าถึงได้จาก/ <https://shorturl.asia/8OBME>.
 14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 3]. เข้าถึงได้จาก/ <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>.
 15. Vlake J, Wesselius S, Genderen M, Bommel J, Klerk B, Wils E. Psychological distress and health-related quality of life in patients after hospitalization during the COVID-19 pandemic: A single- center, observational study. PLoS ONE. 2021;16(8):1-22
 16. กรพร พงษ์แท้, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, มยุลี สำราญญาติ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต. วารสารพยาบาลสาร. 2564;48(1):281-294.
 17. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยกรมควบคุมโรค.[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 1]. เข้าถึงได้จาก/ https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_km.php.

ผลการดำเนินงานจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ตามมาตรการการส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับประถมศึกษา เขตสุขภาพที่ 7

Effects of Learning Program Management on Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma
according to Promotion, Prevention and Control of Opisthorchiasis in Primary Schools,
Health Region 7

ชุตินา วาชรกุล*, กังสดาล สุวรรณรงค์, รัตนารณ ยศศรี และ สุมาลี จันทลักษณ์

Chutima Wachrakul*, Kangsadal Suwannarong, Rattanaporn Yossri and Sumalee Chantaluk

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Office of Disease Prevention and Control 7th Khon Kaen

*Corresponding author: wachrakul@yahoo.com

(Received: June 11, 2022 / Revised: Oct 17, 2022 / Accepted: Oct 21, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนตามหน่วยการเรียนรู้พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระดับประถมศึกษา เป็นการวิจัยประเมินผลใช้กรอบแนวคิด CIPP Model พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูโรงเรียนประถมศึกษา พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ที่เคยเข้ารับการอบรมและนำหน่วยการเรียนรู้ไปใช้จัดการเรียนการสอน จำนวน 76 คน และนักเรียน จำนวน 405 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ผลการประเมิน พบว่า ผลการศึกษา ด้านบริบท พบว่า มีนโยบายที่ชัดเจน และมีการถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ แต่ขาดการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ในแต่ละระยะของพัฒนาการจัดการเรียนการสอน ด้านปัจจัยนำเข้า โรงเรียนได้รับการสนับสนุนหน่วยเรียนรู้จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น จังหวัดมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้พัฒนาศักยภาพครูทุกปี และบางพื้นที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มเติม แต่งบประมาณเพื่อขยายการจัดการเรียนการสอนแนวโน้มลดลงทุกปี ด้านกระบวนการ พบว่า ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด ระดับอำเภอส่วนใหญ่รับรู้เป้าหมายการดำเนินงาน แต่ในระดับตำบลบางแห่งยังไม่รับรู้ ส่งผลต่อการประสานงาน และการติดตามประเมินผลร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงานกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ ด้านผลลัพธ์ ครูที่ผ่านการอบรมร้อยละ 65.5 มีคะแนนความรู้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป และพึงพอใจต่อการอบรมในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทุกด้าน ร้อยละ 97.4 โรงเรียนมีการนำไปจัดการเรียน

การสอนโดยประยุกต์ในกลุ่มสาระวิชาสุขศึกษา สำหรับนักเรียน ร้อยละ 52.8 มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 มีเพียง ร้อยละ 8.9 ที่ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

คำสำคัญ : โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, ผลการจัดการเรียนการสอน, ระดับประถมศึกษา CIPP model

Abstract

The objective of this study was to evaluate the effects of learning program management on opisthorchiasis and cholangiocarcinoma according to promotion, prevention and control of opisthorchiasis in primary schools. The context Input Process Product (CIPP) model was applied to evaluate the learning program. Participants were 76 teachers who used learning program for teaching and 405 students who attended that class in primary school in health region 7. The results of the study showed as follows; context, there was a clear policy and such policy was implemented by practitioners, however, outcomes in each step along the process were not clearly identified. Regarding input: schools received a curriculum from the Office of Disease Prevention and Control 7, Khon Kaen, and a budget from Khon Kaen province to develop teachers' potential in this regard. Furthermore, some areas received additional support from local government organizations. However, the budget to expand teaching management tended to decrease every year. Regarding the process, it was found that those responsible for the provincial and district level for operational goals were recognized, but not at a local level, found that some places still do not know and affects the coordination of operations and monitoring between educational institutes staff and the public health staff in the local area. According to outcomes: there was found 65 percent of teachers who received the training scored 80 percent or above from the test and were satisfied with the training at the highest level in all aspects. About 97.4 percent of schools applied their knowledge from the training in health education instructions. Among students, more than half (52.8%) had score lower than 60 percent while only 8.9 percent scored 80 percent or higher after the training.

Keywords: Opisthorchiasis, Liver fluke, Cholangiocarcinoma, Learning management, Effect

1. บทนำ

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทย ปี 2561 พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในเพศชาย คิดเป็น 33.2 ประชากรแสนคน และอุบัติการณ์ส่วนเพศหญิงการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี คิดเป็น 12.2 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ นอกจากนี้ข้อมูลสถิติมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ปี 2563 พบว่ามะเร็งตับและท่อน้ำดีในเพศชายพบมากเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 19.0 ของมะเร็งทุกประเภทที่พบในเพศชาย ส่วนเพศหญิงพบว่ามีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมากเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของมะเร็งทุกประเภทที่พบ⁽²⁾ สำหรับอัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ปี 2560 พบว่า เพศชายมีอัตราการตายเท่ากับ 36.2 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายในเพศหญิงเท่ากับ 14.5 ต่อประชากรแสนคน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับแรกๆ มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีจำนวน 14,469 คน คิดเป็นอัตราการตาย 22.5 ต่อแสนประชากร (วันละ 36 ราย) เป็นเพศชาย 10,380 คน เพศหญิง 4,089 คน⁽³⁾ มะเร็งตับและท่อน้ำดีมีอุบัติการณ์มากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ (ASR 33.9 ในเพศชาย 12.9 ในเพศหญิง) จากรายงานการสำรวจความชุกพยาธิใบไม้ตับในเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2562 พบว่าอัตราการติดเชื้อเฉลี่ย 6.58% โดยพบสูงสุดที่จังหวัดมหาสารคาม (10.9%) ร้อยเอ็ด (8.7%) กาฬสินธุ์ (8.3%) และขอนแก่น (4.03%)⁽⁴⁾ พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญคือ พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมบริโภคปลาดิบของประชาชนในพื้นที่ ยังพบว่า ประชาชน ยังบริโภคส้มตำใส่ปลาร้าดิบ (49.7%) ปลาจ่อมดิบ (43.6%) ลาบปลาดิบ (29.2%) และก้อยปลาดิบ (28.2%)⁽⁵⁾

จากสภาพปัญหาที่กล่าวข้างต้น โรคมะเร็ง

ใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้ถูกกำหนดเป็นวาระสำคัญด้านสุขภาพของภาคอีสาน โดยให้กำจัดพยาธิใบไม้ตับเพื่อลดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งถูกประกาศโดยสมัชชาสุขภาพ ตั้งแต่ ปี 2557 เป็นต้นมา และปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นนโยบายสำคัญในการเร่งรัดดำเนินการ โดยความร่วมมือของหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และมหาวิทยาลัยในพื้นที่ซึ่งนโยบายทศวรรษเพื่อกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้กำหนดแนวทางดำเนินงาน 5 มาตรการหลัก⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพ 2) การควบคุมป้องกันและการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ 3) การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี 4) การผ่าตัด ประคับประคอง และ Palliative และ 5) การสื่อสารสาธารณะ

สำหรับมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพโดยการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมในการปลูกฝังพฤติกรรมในการป้องกันโรคใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียน ได้มีการจัดทำหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อมุ่งเน้นสร้างนิสยคนรุ่นใหม่ไม่ให้เกิดการบริโภคปลาดิบ ซึ่งเป็นทางหนึ่งในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างยั่งยืน จึงได้มีการนำหน่วยการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จัดการเรียนการสอนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ตั้งแต่ ปี 2559-2561 จำนวน 263 แห่ง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนช่องว่างของการดำเนินงานในมาตรการต่าง ๆ เพื่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า นักเรียนยังมีการติดพยาธิใบไม้ตับ อีกทั้งขาดการนิเทศติดตาม/การติดตามประเมินผล นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด คือ ต้องดำเนินการจัดการเรียนการสอน

ครบทุกโรงเรียน ในเขตสุขภาพที่ 7 มีโรงเรียนจำนวน 2,608 โรงเรียน หากแต่สามารถดำเนินการจัดการเรียนการสอนระหว่างปี 2559-2562 เพียง 1,085 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.88^(7,8,9) ดังนั้นการศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนตามหน่วยการเรียนรู้พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระดับประถมศึกษาต่อครูและนักเรียนตามมาตรการการส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายใต้ภารกิจสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จ.ขอนแก่น โดยใช้กรอบ CIPP model ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2. วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model^(10,11) ใช้การเก็บข้อมูลแบบ Mixed Method แบบผสมผสานแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent Parallel Design) ในการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนตามหน่วยการเรียนรู้พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านบริบท ได้แก่ นโยบาย แนวทาง มาตรการ โครงการการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2) ด้านปัจจัยนำเข้า คู่มือหน่วยการเรียนรู้ การอบรมครูผู้สอนในการนำหน่วยการเรียนรู้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน การถ่ายทอดนโยบาย ด้านการนำหน่วยการเรียนรู้ไปดำเนินการจัดการเรียนการสอนในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ

3) ด้านกระบวนการนำหน่วยการเรียนรู้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน

4) ด้านผลลัพธ์ของการนำหน่วยการเรียนรู้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง :

ศึกษาเฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ที่มีการนำหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในระหว่างปี 2559 -2561 จำนวน 329 แห่ง โดยดำเนินการศึกษาในกลุ่มต่างๆ ดังนี้ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1. บุคลากรผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จ.ร้อยเอ็ด จ.ขอนแก่น จ. มหาสารคาม และ จ.กาฬสินธุ์ จำนวน 15 คน

2. บุคลากรของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา (สพป.) ที่มีการนำหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ ผู้บริหาร สพป. ผู้บริหารสถานศึกษา ศึกษาธิการเขต ครูผู้รับผิดชอบการนำหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนของสถานศึกษา พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 30 คน

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1. บุคลากรทางการศึกษาของสถานศึกษาที่มีการนำหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในการประเมินความพึงพอใจต่อหน่วยการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และการประเมินความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2. นักเรียนของสถานศึกษาที่มีการนำหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในการประเมินความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล :

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยส่งแบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินความรู้ฯ สำหรับกลุ่มตัวอย่างครู โดยเจ้าหน้าที่ของพร้อมติดแสดมภ์เพื่อสะดวกต่อการส่งทางไปรษณีย์กลับมายังผู้วิจัย ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อประเมินความรู้ฯ ในนักเรียนหลังจากสุ่มโรงเรียนแต่ละจังหวัดแล้ว เก็บข้อมูลในนักเรียนทุกคนในทุกห้องเรียนของระดับชั้น ป.4- ป.6 ดำเนินเก็บข้อมูลในพื้นที่กลุ่มตัวอย่างโดยทีมวิจัย

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พร้อมนัดหมายพื้นที่เพื่อกลุ่มเป้าหมายให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระยะเวลาการเก็บข้อมูล : มิถุนายน-สิงหาคม 2563 ขนาดตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อประเมินความรู้ คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าโดยทราบนขนาดประชากร⁽¹²⁾

$$n = \frac{Np(1-p) z^2_{1-\alpha/2}}{d^2 (N-1) + p(1-p) z^2_{1-\alpha/2}}$$

โดย N คือโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระหว่างปี 2559-2561 จำนวน 329 โรงเรียน

p คือ โรงเรียนที่มีการดำเนินการจัดการเรียนการสอน โดยอ้างอิงจากการประเมินผลหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ของเพชร แกวโนนจั่วและคณะ ที่พบว่าโรงเรียนมีการนำหลักสูตรไปใช้ในการดำเนินการจัดการเรียนการสอนร้อยละ 88.9⁽¹³⁾ ซึ่งเมื่อแทนค่าสูตร จากข้อมูลโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้

รู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระหว่างปี 2559-2561 จำนวน 329 โรงเรียน เมื่อนำมาคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 105 โรงเรียน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

สำหรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างประเมินความรู้ของนักเรียน ขนาดตัวอย่างใช้สูตรการประมาณค่าโดยไม่ทราบขนาดประชากร⁽¹²⁾

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} p(1-p)}{d^2}$$

p คือ ความรู้ของนักเรียน โดยอ้างอิงจากการประเมินผลหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ของเพชร แกวโนนจั่วและคณะ ที่พบว่านักเรียนมีความรู้ ร้อยละ 68.2⁽¹³⁾ ซึ่งเมื่อแทนค่าสูตร ได้กลุ่มตัวอย่างนักเรียน จำนวน 335 คน การสุ่มตัวอย่างจะสุ่มจากรายชื่อโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยการสุ่มเลือกอำเภอของแต่ละจังหวัด จากนั้นสุ่มเลือกโรงเรียนในอำเภอนั้น และเก็บข้อมูลกับนักเรียนทั้งชั้นเรียน ในระดับชั้น ป.4 ถึง ป.6 ของโรงเรียนที่ถูกสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือ : เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาเป็นแบบ mixed method โดยใช้แบบผสมผสานแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent Parallel Design) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบสนทนากลุ่ม การจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใช้เก็บข้อมูล ในผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคกลุ่มครูที่ผ่านการอบรม ศึกษานิเทศก์ และเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ซึ่ง โดยข้อคำถามจะประกอบด้วย นโยบายและการถ่ายทอดนโยบาย การสื่อสารยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การติดตามประเมินผล ปัญหาการนำหน่วยการเรียนรู้ไปใช้จัดการเรียนการสอน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงหน่วยการเรียนรู้

2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อหน่วยการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ข้อคำถามประกอบด้วย โครงสร้าง เนื้อหาและการจัดเรียงเนื้อหาของหน่วยการเรียนรู้ รูปแบบขนาดตัวอักษรภาพประกอบ และสื่อประกอบการสอน การนำไปประยุกต์ใช้จัดการเรียนการสอน ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างครูที่ผ่านการอบรมหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

3) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับครู ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อประกอบด้วย สาเหตุ วงจรชีวิตของพาหะนำโรค ช่องทางการติดเชื้อ การวินิจฉัยโรค อาการ การป้องกันและการรักษาโรค ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างครูที่ผ่านการอบรมหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

4) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับนักเรียน ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุ วงจรชีวิตของพาหะนำโรค ช่องทางการติดเชื้อ การวินิจฉัยโรค อาการ การป้องกันและการรักษาโรค ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยแบบประเมินความรู้ทั้งในครูและนักเรียนนำมาจากข้อคำถามในหน่วยการเรียนรู้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณที่เก็บรวบรวม จะถูกตรวจสอบความสมบูรณ์ และวิเคราะห์ค่าสถิติเชิงพรรณน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ จะมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแต่ละข้อคำถาม และตรวจสอบเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับ และนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จัดทำข้อสรุปตามประเด็นกรอบแนวคิด CIPP

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง: การเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามกรอบจริยธรรมการวิจัย การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยไม่มีการระบุชื่อ สกุล หรือข้อมูลส่วนบุคคลที่จะสามารถระบุไปยังตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแจ้งผู้ให้ข้อมูลทุกคนทราบว่าข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ จะถูกวิเคราะห์ในภาพรวมไม่สามารถระบุถึงผู้ให้ข้อมูลได้ และหากผู้ให้ข้อมูลหากไม่สะดวกใจในการตอบคำถามใดมีอิสระที่จะไม่ตอบข้อคำถามดังกล่าวได้

3. ผลการศึกษา

แบบประเมินความพึงพอใจต่อหน่วยการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และแบบประเมินความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มตัวอย่างครู จำนวน 105 โรงเรียน ได้รับตอบกลับมาจำนวน 77 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 73.33 ผล การศึกษา ดังนี้

1. ผลการประเมินบริบทโครงการ

1.1 ด้านนโยบายและมาตรการดำเนินงาน พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีการกำหนดมาตรการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการถ่ายทอดนโยบายและชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

และมะเร็งท่อน้ำดี และขับเคลื่อนผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีมาตรการประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพ 2) การควบคุมป้องกันและการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ 3) การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี 4) การผ่าตัด ประคับประคอง และ Palliative และ 5) การสื่อสารสาธารณะ ในส่วนของกรมควบคุมโรคทุกจังหวัดดำเนินการชี้แจงถ่ายทอดตามแนวทาง/ข้อสั่งการทางหนังสือจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2560 ระดับประเทศ มีการให้ความสำคัญโดยกำหนดการติดตามการดำเนินงานผ่านเวทีตรวจราชการซึ่งกำหนดเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข คณะที่ 4 การตรวจบูรณาการ “โครงการพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง” ปี 2561-2562 สำหรับปี 2563 โรคพยาธิใบไม้ตับถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด ปัญหาของพื้นที่ (Area based) ที่ต้องนิเทศติดตามการดำเนินงานในทุกมาตรการ

1.2 การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในพื้นที่ การกำหนดเป้าหมายด้านการจัดการเรียนการสอนยึดโยงกับตำบลต้นแบบที่มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย 1) มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูง 2) มีแหล่งน้ำหรืออยู่ใกล้กับแหล่งน้ำ และ 3) มีความพร้อมในการดำเนินการ ลักษณะของตำบลต้นแบบจะดำเนินการทุกมาตรการที่กำหนด ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนซึ่งเป็นมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การตรวจอัลตราซาวด์และให้การรักษาผู้ป่วย และการสื่อสารเพื่อสร้างกระแส โดยในช่วงต้นของการดำเนินงานในมาตรการจัดการเรียนการสอนยังไม่มีกำหนดเป้าหมายจำนวนโรงเรียน จะเลือกพื้นที่ดำเนินการโดยพิจารณาจากอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำนวน 5 ตำบลต่อจังหวัด ดังนั้นโรงเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการจัดการเรียน

การสอนจะมีเฉพาะโรงเรียนที่อยู่ในพื้นที่ตำบลต้นแบบ ทำให้พื้นที่กำหนดเป้าหมายขั้นต่ำของโรงเรียนที่ดำเนินการจัดการเรียนการสอนเพียงตำบลละ 1 โรงเรียน

2. ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

ในช่วงเริ่มต้นโครงการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้เชิญศึกษานิเทศก์ของสำนักงานพื้นที่การศึกษาเพื่อเข้าร่วมจัดทำแผนการเรียนการสอน และนำเสนอหาที่ได้ไปใช้จัดอบรมครูในโรงเรียนเป้าหมาย พบว่า

2.1 การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้าร่วมอบรมในระยะแรก พบว่าบางจังหวัดไม่ผ่านสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ทำให้ผู้บริหารสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาไม่ได้รับรู้โครงการ ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมและสนับสนุนกิจกรรม

2.2 การถ่ายทอดแผนงานโครงการพบว่าในบางจังหวัด การรับรู้ของผู้เกี่ยวข้องยังรับรู้แนวทางการดำเนินงานไม่ครอบคลุมทุกระดับ และไม่ชัดเจนในกิจกรรมที่ต้องดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานศึกษาธิการ ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน

2.3 การจัดสรรงบประมาณโครงการเพื่อใช้ในกิจกรรมการจัดอบรมครูผู้สอน หน่วยการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 10-25 ของงบประมาณโครงการ

2.4 “หลักสูตร” มีความแตกต่างจาก “หน่วยการเรียนรู้” กล่าวคือ หากกำหนดให้เป็น “หลักสูตร” สำหรับการเรียนการสอน สถานศึกษาจะต้องกำหนดจำนวนชั่วโมงในการจัดการเรียนการสอนตามเนื้อหารายวิชาตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ต้องการให้นักเรียนมีความรู้ แต่เมื่อโรคพยาธิใบไม้ตับ

และมะเร็งท่อน้ำดี ถูกกำหนดเป็น “หน่วยการเรียนรู้” ซึ่งไม่ได้ถูกกำหนดชั่วโมงในการจัดการเรียนการสอน ดังนั้นการนำเนื้อหาในหน่วยงานเรียนการสอนไปใช้สอนนักเรียน จึงขึ้นอยู่กับครูที่จะแทรกเนื้อหาเข้ากับการเรียนรู้ในรายวิชาที่ตนเองสอน

2.5 การดำเนินงานพัฒนาครูผู้สอน ปีแรกโรงเรียนที่ถูกเลือกเป็นต้นแบบจะได้รับการอบรมก่อนข้างจะครอบคลุมทั้งโรงเรียน ในขณะที่ปีต่อมา ครูที่เข้ารับการอบรมประมาณ 1-3 คน ต่อโรงเรียน โดยเกณฑ์การเลือกครูเพื่อมารับการอบรมในแต่ละพื้นที่มีความหลากหลาย เช่น เป็น ครูอนามัย ครูฝ่ายวิชาการ ครูผู้รับผิดชอบการสอนแต่ละช่วงชั้น ครูประจำวิชา สุขศึกษาและพลศึกษา

3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของ สสจ. สสอ. รพ.สต. และบุคลากรจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ครูผู้ผ่านการอบรมพบว่า

3.1 การรับรู้ร่วมกันถึงเป้าหมายการดำเนินงานตามมาตรการการจัดการเรียนการสอนยังไม่ทั่วถึง ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด (สสจ.) และระดับอำเภอส่วนใหญ่มีการรับรู้ร่วมกันถึงเป้าหมายการดำเนินงานตามมาตรการการจัดการเรียนการสอน แต่ในระดับพื้นที่ พบว่าบางจังหวัด รพ.สต. ไม่ทราบว่าในพื้นที่ตนเองมีโรงเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการจัดการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งส่งผลต่อการเชื่อมประสานระหว่างสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและ รพ.สต.ในพื้นที่ มากกว่าร้อยละ 95 ของโรงเรียนมีการนำหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน โดยส่วนใหญ่แทรกในสาระการเรียนรู้วิชาสุขศึกษา เนื่องจากเนื้อหาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

และมะเร็งท่อน้ำดี เป็นหน่วยการเรียนรู้ ซึ่งไม่ได้ถูกกำหนดเป็นหลักสูตรที่ต้องกำหนดชั่วโมงในการจัดการเรียนการสอนแก่นักเรียน ดังนั้นการนำเนื้อหาสาระในหน่วยการเรียนรู้ไปใช้สอดแทรกในวิชาเรียนจึงขึ้นกับครูที่ผ่านการอบรมว่าจะแทรกเนื้อหาตามหน่วยการเรียนรู้ไปใช้ในรายวิชา

3.2 การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน การติดตามประเมินผลกิจกรรมตามมาตรการการสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่พึงประสงค์ในเด็กนักเรียนและเยาวชน ซึ่งกำหนดให้ “สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ออกประเมินผลการจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านผู้บริหาร ด้านผู้สอน ด้านผู้เรียน ด้านการมีส่วนร่วมและชุมชน” เมื่อพิจารณาถึงกระบวนการงานในทางปฏิบัติจริงของแต่ละพื้นที่ พบว่าการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ในการติดตามประเมินผลการจัดการเรียนการสอนทั้งในส่วน ผู้บริหาร ผู้สอน ผู้เรียนและการมีส่วนร่วมและชุมชน ทั้งในส่วนของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังไม่มีมีการกำหนดรูปแบบการติดตามร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม การนิเทศก์งานที่ดำเนินการโดยศึกษานิเทศก์พบว่าเป็นการนิเทศก์ในภาพรวมทั่วไปของกระบวนการจัดการเรียนการสอน

4. ผลการประเมินผลลัพธ์ของโครงการ

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จัดการเก็บตัวอย่าง คือ ครูผู้ผ่านการอบรมหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 77 คน พบว่า ร้อยละ 97.4 มีการนำไปจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน โดยนำไปประยุกต์จัดการเรียนการสอนในกลุ่มสาระวิชา สุขศึกษา คิดเป็นร้อยละ 96.1 รองลงมาคือกลุ่มสาระวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 57.9

ตารางที่ 1 การดำเนินการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจำแนกตามกลุ่มสาระ (n = 74)

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
โรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	74	97.4
กลุ่มสาระวิชาที่จัดการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		
สุขศึกษา	73	96.1
วิทยาศาสตร์	44	57.9
ศิลปะ	24	31.6
การงานพื้นฐานอาชีพ	21	27.6
สังคมศึกษา	18	23.7
ภาษาไทย	16	21.1
คณิตศาสตร์	8	10.5
ภาษาอังกฤษ	6	7.9
อื่น ๆ	3	3.9

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของหน่วยการเรียนรู้การอบรมเพื่อจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 89.5 โดย

พึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไปในทุกด้าน ยกเว้น ความยากง่ายหน่วยการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับระดับการเรียนรู้ของนักเรียนที่มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 75.0

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและร้อยละความพึงพอใจในการอบรมหน่วยการเรียนรู้พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ประเด็นความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	จำนวน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ร้อยละความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด
โครงสร้างเนื้อหาหน่วยการเรียนรู้ชัดเจน	4.2	0.6	90.8
เนื้อหาหน่วยการเรียนรู้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์	4.3	0.6	90.8
เนื้อหา มีความสมบูรณ์เพียงพอต่อการนำไปใช้งาน	4.2	0.7	84.2
เนื้อหาหน่วยการเรียนรู้มีความยากง่ายสอดคล้องกับระดับการเรียนรู้ของนักเรียน	4.1	0.8	75.0
เนื้อหาหน่วยการเรียนรู้เข้าใจง่ายต่อการนำไปใช้ในการสอน	4.2	0.7	85.5
เนื้อหาสอดคล้องกับแต่ละจุดประสงค์การเรียนรู้	4.2	0.7	81.6

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและร้อยละความพึงพอใจในการอบรมหน่วยการเรียนรู้พยาธิใบไม้ตับและ
มะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	จำนวน ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ร้อยละ ร้อยละความพึง พอใจระดับมากถึง มากที่สุด
เนื้อหาหน่วยการเรียนรู้จัดเรียงตามลำดับเนื้อหาที่สัมพันธ์กัน	4.1	0.7	81.6
รูปแบบตัวอักษรขนาดและสีที่ใช้ในบทเรียน อ่านง่ายและชัดเจน	4.1	0.7	81.6
ภาพประกอบมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับเนื้อหา	4.3	0.7	81.6
ความพึงพอใจรวมต่อหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี	4.4	0.7	89.5

ผลประเมินความรู้ครู จำนวน 77 คนโดยใช้
แบบวัดความรู้จำนวน 20 ข้อ พบว่า ครูที่ผ่านการ
อบรมสามารถตอบถูกได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป
คิดเป็นร้อยละ 66.2 ได้คะแนนร้อยละ 60-79 คิด
เป็นร้อยละ 31.2 ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คิด
เป็นร้อยละ 2.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 16.3 คะแนน
(S.D. = 2.1) คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน คะแนนสูงสุด
20 คะแนน ข้อที่มีการตอบผิดจำนวนมากที่สุดคือ
วิธีการตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีผู้ตอบผิด คิดเป็น
ร้อยละ 77.6 รองลงมาคือ สัตว์รังโรคของพยาธิใบไม้
ตับ คิดเป็นร้อยละ 55.3

ผลประเมินความรู้นักเรียน ระดับชั้น ป.4 -

ป.6 จำนวน 405 คน แบ่งเป็นระดับชั้น ป.4 จำนวน
131 คน ป.5 จำนวน 148 คน ป.6 จำนวน 126 คน
โดยใช้แบบวัดความรู้จำนวน 15 ข้อ พบว่า มีนักเรียน
ที่ตอบถูกได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ
8.9 ได้คะแนน ระหว่างร้อยละ 60-79 คิดเป็น ร้อย
ละ 38.3 ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ
52.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.1 คะแนน (S.D. = 2.7)
คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน ข้อที่มี
การตอบผิดมากที่สุดคือ วิธีการตรวจหาพยาธิใบไม้
ตับ มีผู้ตอบผิด ร้อยละ 68.4 และพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
การเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 65.7)

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ของครูที่ผ่านการอบรมการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีหลังการอบรม และความรู้ของนักเรียนของโรงเรียนที่มีการนำหน่วยงานเรียนรู้ไปใช้จัดการเรียนการสอน

ระดับความรู้	ครู (n= 77)		นักเรียน (n= 405)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	51	66.2	36	8.9
คะแนน ร้อยละ 60-79	24	31.2	155	38.3
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	2	2.6	214	52.8
คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	16.3		8.1	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	2.1		2.7	
คะแนนต่ำสุด (MIN)	9		1	
คะแนนสูงสุด (MAX)	20		14	

5. สรุปและวิจารณ์

1. ด้านบริบท : การกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานจัดการเรียนการสอน ที่จะต้องดำเนินการให้ครบทุกโรงเรียน (ร้อยละ 100) มีสัดส่วนที่พกผันกับการได้รับการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งอาจส่งผล 1) การดำเนินการอบรมครูไม่ครอบคลุมทุกช่วงชั้น เนื่องจากจำนวนโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินการมีจำนวนมากแต่มีงบประมาณที่จำกัดและมีแนวโน้มลดลงในทุกปี 2) กิจกรรมการวางแผนร่วมกันและการติดตามประเมินผลร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ไม่สามารถดำเนินการได้ตามกรอบกิจกรรมที่คาดหวังให้เกิดขึ้น

2. ด้านปัจจัยนำเข้า : งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อการดำเนินการไม่สอดคล้องกับเป้าหมายการขับเคลื่อนงานที่มุ่งบรรลุผลในเชิงปริมาณ ซึ่งในทางปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการได้ตามที่มุ่งหวังของประเทศ เนื่องจากงบประมาณดำเนินการจัดอบรมครูในโรงเรียนเป้าหมาย มีแนวโน้มการได้รับการจัดสรรลดลง ในขณะที่ต้องเร่งดำเนินการให้โรงเรียนที่ยังไม่ได้ดำเนินการจัดการเรียนการสอน ซึ่งขณะ

นี้มีโรงเรียนเป้าหมายที่ยังไม่ได้ดำเนินการประมาณร้อยละ 50 ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อปริมาณกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับการอบรมและคุณภาพของกระบวนการพัฒนาศักยภาพครูและนักเรียน ในการจัดการเรียนการสอน รวมถึงผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และเนื่องจากเป็นเพียงหน่วยการเรียนรู้ ดังนั้นการนำหน่วยการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปใช้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับครูที่ผ่านการอบรม ว่าจัดการเรียนการสอนมีความเข้มข้น ต่อเนื่องและมีความครอบคลุมทุกชั้นเรียนเพียงใด สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาที่จัดการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีการจัดการเรียนการสอนในเรื่องนี้อยู่บ้าง แต่ไม่ได้เน้นอย่างต่อเนื่อง เพราะไม่ได้เป็นเนื้อหาที่บรรจุไว้ในหลักสูตรของสถานศึกษา จึงส่งผลให้การเรียนรู้ในเรื่องดังกล่าวของนักเรียนในระดับมัศึกษามีอยู่ค่อนข้างน้อย แค่เพียงความรู้พื้นฐานทั่วไปการระบาดของโรค

พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้ครูยังขาดความรู้เชิงลึกและทันสมัยในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จึงควรมีการพัฒนาครูก่อนโดยใช้แนวคิดโรงเรียนเป็นฐาน ซึ่งครูควรได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการมากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว⁽¹⁵⁾

3. ด้านกระบวนการ : นอกเหนือจากกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ในรูปแบบหน่วยการเรียนรู้ที่ยังจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพให้แก่ครูผู้สอนในโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายแล้ว การประเมินผลการนำหน่วยการเรียนรู้ไปจัดการเรียนการสอนยังเป็นโอกาสพัฒนาที่ผู้รับผิดชอบทั้งในหน่วยงานสาธารณสุขระดับเขต ระดับจังหวัด และผู้รับผิดชอบของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเห็นพ้องต้องกันว่ายังไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งการประเมินผลจะทำให้สามารถวัดผลการเรียนรู้และการสอน กำหนดระดับคุณภาพและหลักฐานที่แสดงว่านักเรียนได้บรรลุจุดหมายที่พึงประสงค์ สามารถวางแผนประสบการณ์การเรียนรู้และการสอน รวมถึงการประเมินการเรียนรู้ ที่ทำให้ครูสามารถวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กำหนดค่าระดับคุณภาพในการเรียนรู้ได้⁽¹⁵⁾

4. ด้านผลลัพธ์ : พบว่า ร้อยละ 97.4 ของโรงเรียนมีการจัดการเรียนการสอน ครูที่ผ่านการอบรมร้อยละ 65.5 มีคะแนนความรู้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป แต่ความรู้ในนักเรียน กลับพบว่า กว่าร้อยละ 52.8 ที่มีคะแนนความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 มีเพียงร้อยละ 8.9 ที่ได้คะแนนความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ซึ่งหากพิจารณาช่องว่างในกระบวนการถ่ายทอดความรู้จากครูที่ผ่านการอบรมไปสู่นักเรียน ข้อมูลการสัมภาษณ์ครูผู้สอนพบว่า การป้องกันพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งไม่ได้กำหนดคาบสอนที่ชัดเจนแต่เป็นการสอดแทรกเนื้อหาเข้ากับการสอนในรายวิชาที่ครูผู้เข้ารับการ

อบรมรับผิดชอบ ดังนั้นเนื้อหาความรู้ที่นำมาสอนจึงมีจำนวนความถี่ที่แตกต่างขึ้นกับการนำมาสอดแทรกในรายวิชาที่นำมาสอน นอกจากนี้ความรู้ในนักเรียนที่มีการตอบผิด คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ไม่ทราบว่าการบริโภคปลาที่ดิบหรือสุกๆดิบเป็นสาเหตุให้ป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมีการบริโภคปลาที่ดิบหรือสุกๆดิบมากเป็น 32 เท่าของคนที่ทราบว่าสาเหตุของการป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁶⁾

6. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาในครั้งนี้

1. จังหวัดควรกำหนดเป้าหมายการพัฒนาโดยทำเป็นแผน 3-5 ปีอย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดพื้นที่เสี่ยงให้ชัดเจน เพื่อร่วมกับบุคลากรทางการศึกษา กำหนดโรงเรียนเป้าหมายดำเนินการ และสื่อสารถ่ายทอดเป้าหมายการดำเนินงานเป็นวงกว้างให้บุคลากรทั้งด้านการศึกษาและสาธารณสุขรับรู้เป้าหมายการพัฒนา ร่วมกันเพื่อการมีส่วนร่วม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันที่แท้จริง

2. ควรมีการประสานงานในแนวระนาบระหว่างหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานกระทรวงศึกษาธิการ และการประสานในแนวดิ่งระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดลงไปถึงระดับอำเภอและระดับตำบล ซึ่งเป็นพื้นที่ดำเนินการให้มีความคล่องตัวเกิดการสนับสนุนการดำเนินงานจัดการเรียนการสอนของโรงเรียนเป้าหมายดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม

3. ควรมีการกำกับติดตามหลังจากที่มีการนำหน่วยการเรียนรู้ไปใช้จัดการเรียนการสอนในแต่ละช่วงชั้น การประสานร่วมมือกับหน่วยงานกระทรวงศึกษาธิการในพื้นที่ และควรมีการประเมินผลความสำเร็จ/ผลลัพธ์ก่อนที่จะมีการขยายผลในพื้นที่โรงเรียนอื่น โดยดำเนินการศึกษาวิเคราะห์

ข้อมูลการติดเชื้อและพิจารณาจากการตรวจ
อูจจาระของนักเรียนเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการ
พัฒนาครู ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนักเรียน ผู้ปกครอง
ประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวในครอบคลุมเป็นราย
ตำบลอย่างเข้มข้น

7. เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับ
โรงพยาบาล พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2565
[เข้าถึงเมื่อ 2565 กรกฎาคม 10] เข้าถึง
ได้จาก https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html
2. J. Rojannamatin, W. Ukranun, P. Supaattagorn, I. Chiawiriyabunya, M. Wongsena, A. Chaiwerawattana, P. Laowahutanont, I. Chitapanarux, P. Vatanasapt, S.L. Greater, S. Sangrajrang, R. Cancer in Thailand Vol.X, 2016-2018. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กรกฎาคม 10] เข้าถึงได้จาก https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html.
3. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. อัตราตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤษภาคม 5]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Index.php?links=v234>
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัด
ขอนแก่น. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
ปีงบประมาณ 2565 รอบ 1 เขตสุขภาพที่ 7
ประเด็นที่ Area based : พยาธิใบไม้ตับ
และมะเร็งท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. 2565
[เข้าถึงเมื่อ 2565 เมษายน 29] เข้าถึงได้
จาก https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_report_executive/2022-04-18-08-44-51.pdf.
5. ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต, เกษร แถวโนนจิว,
วันทนา กลางบุรัมย์. ความรู้ การรับรู้ และ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกัน
โรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย
ในปี 2556. วารสารกรมควบคุมโรค.
2558;41(1);77-85
6. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์
ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ
และมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559-2568. นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
7. กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น
และภาคีเครือข่าย. แนวทางการดำเนินงาน
โครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง
ท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาท
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์
ครบ 70 ปีในพุทธศักราช 2559 พร้อม
ทั้งสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ
จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา
ตลอดจนในปีพุทธศักราช 2560 พระบาท
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจะทรงเจริญพระชนม
พรรษา 90 พรรษา [อินเทอร์เน็ต]. 2563
[เข้าถึงเมื่อ 2563 มกราคม 27]. เข้าถึงได้
จาก <https://kku.world/xgwmq>
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัด
ขอนแก่น. แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์
ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) สคร.7
ขอนแก่น กรมควบคุมโรค ภายใต้แผน
พัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัย
สุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี(พ.ศ. 2561-2580)

- [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2561.
9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 คณะที่ 4 : การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรีเขตสุขภาพที่ 7 รอบที่ 9 เดือน [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2562.
 10. เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. การประเมินผลนโยบายสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์การพิมพ์จำกัด; 2555.
 11. จำเนียร สุขหลาย. แบบจำลอง CIPP ใน: รวบรวมบทความทางการประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558. หน้า 221-234
 12. พงษ์เดช สารการ. ชีวสถิติขั้นพื้นฐานและการวิเคราะห์ข้อมูล : STATA10. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
 13. เกษร แถวโนนจิว ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, พงษ์ศักดิ์ ภูคาบขาว. การประเมินผลหลักสูตร โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(1);158-167.
 14. ธีรรัตน์ เลิศวิทยากุล, ธีรชัย เนตรนอมศักดิ์, วัชรินทร์ ลอยลม. การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นเพื่อพัฒนาหลักสูตรสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในพื้นที่ 3 จังหวัดใกล้ลุ่มน้ำภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารควบคุมโรค. 2561;44(1);349-362.
 15. สุเทพ อ่วมเจริญ. การพัฒนารูปแบบการประเมินการเรียนรู้ของนักเรียนและการสอนของครูระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์และวิจัย. 2554.;1(2);26-37.
 16. วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, ศศิธร เจริญประเสริฐ, กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ, พุทธิไกร ประมวล, ศักรินทร์ บุญประสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุกๆ ดิบๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(6);974-985.

พฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Risk behaviors on pesticide use among farmers in

Yod Kang Subdistrict, Namon District, Kalasin Province.

สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ*, อรญา จำปาวงค์, ชุตินา ไชยพันธ์, นฤณี ปัตถา,

วรรณมณี ชินสงคราม, ปรมะ อรุณรัตน์, บุษกร สุวรรณรงค์ และ จุฑามาศ เจียมสาธิต

Surasak Thammarakcharoen*, Oraya Champawong, Chutima Chaiyakhan, Naruene Puttha,

Wanmalee Chinsongkram, Poramat Arunrut, Bussakorn Suwannarong and

Chuthamat Chiamsathit.

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University.

*Corresponding author: au_surasak@hotmail.com

(Received: July 25, 2022 / Revised: Oct 17, 2022 / Accepted: Oct 21, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 315 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 46.35 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.73 และค่อนข้างดีในระดับสูง ร้อยละ 38.41 และพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.84 และระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 43.18 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มี 4 ปัจจัย คือ 1) ชนิดของพืชที่ทำการเกษตร 2) ชนิดของพืชที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด 3) ประสบการณ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ 4) ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานเกษตรอำเภอนามน ควรจัดฝึกอบรมความรู้ให้แก่เกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักวิชาการอย่างต่อเนื่องในด้านต่าง ๆ เช่น การไม่รับประทานอาหารในขณะที่ทำการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

การไม่เก็บเกี่ยวผลผลิตทันทีหลังฉีดพ่น และการไม่ซื้อยามารับประทานเอง เพื่อขจัดสารเคมีที่ตกค้างในร่างกาย เป็นต้น เพื่อให้เกษตรกรได้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การป้องกันตนเองจากอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงจะทำให้ระดับความรู้ของเกษตรกรมีระดับที่สูงขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมเสี่ยง, ปัจจัยที่สัมพันธ์, การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกร

Abstract

A descriptive cross-sectional study was conducted, the aims of the study were to assess risk behaviors and analyze factors related to risk of using pesticide among farmers in Yod Kaeng Sub-district, Namon District, Kalasin Province. About 315 participants were collected the data by using the interviews. Descriptive statistics including frequency distribution, percentage, mean and standard deviation were applied to analyze the data. Chi-Square statistic was used for testing the hypothesis. The results revealed that 46.35% of farmers had low level of knowledge about risk behaviors of pesticide use. Approximately 38.73% of farmers had moderate level of health belief model of using pesticides, followed by 38.41% having high level of health belief model of using pesticides. About 49.84% of farmers had moderate level of risk behaviors of pesticide use, followed by 43.18% having high level of risk behaviors of pesticide use. Four factors were significantly related to risk behaviors of using pesticide including; 1) type of agricultural plants 2) type of plants which frequently used pesticides 3) experience of pesticide use and 4) knowledge about pesticides use. These factors were associated with risk behaviors in the use of pesticides, with statistically significant ($p < 0.05$). The associated organizations such as the subdistrict administrative organization and Namon District Agricultural Extension Office should continually provide proper training regarding the sufficient technical information on the correct application of pesticides. The training program should be associated with the risk behaviors, for example do not eat foods while spraying pesticides, delay harvesting after applying pesticides, and avoiding self-medication to detox toxic substances. This training might be increased the knowledge level of farmers, understanding, and leading skill to prevention of hazardous pesticide use.

Keywords: Risk Behavior, Related Factors, Pesticide usage, Farmers

1. บทนำ

การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทำการเกษตรเริ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเกษตรจากการเกษตรเพื่อบริโภคไปเป็นการเกษตรอุตสาหกรรมเพื่อการค้า การผลิตที่เน้นปริมาณแต่ขาดการคำนึงถึงคุณภาพจึงมีการนำเอาสารเคมีมาใช้ในการเกษตร⁽¹⁾ ข้อมูลปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตร จากการรายงานของกรมวิชาการเกษตร ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่ามีปริมาณการนำเข้าที่มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 149,546 ตัน/ปี 160,824 ตัน/ปี และ 198,317 ตัน/ปี ตามลำดับ ซึ่งวัตถุดิบอันตรายที่นำเข้า ได้แก่ สารกำจัดวัชพืช (Herbicide) สารกำจัดแมลง (Insecticide) สารป้องกันและกำจัดโรคพืช (Fungicide) อื่น ๆ มูลค่าการนำเข้าโดยภาพรวมอยู่ในระหว่าง 19,326-27,922 ล้านบาท/ปี สารเคมีที่ถูกนำเข้าสูงสุดก็คือสารกำจัดวัชพืช (Herbicide)⁽²⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการใช้สารเคมีในการเกษตรที่เพิ่มขึ้นในปี 2560 พบว่าเกษตรกรยังคงมีการใช้สารเคมีในการเกษตรสูงมากขึ้น ซึ่งในปีเดียวกันนี้ พบผู้ป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวน 10,312 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 17.12 ต่อประชากรแสนราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ที่พบผู้ป่วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวน 8,689 ราย (อัตราป่วย 14.47 ต่อประชากรแสนราย) กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 7,079 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.65 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,670 ราย และกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 346 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.89 และ 3.36 ตามลำดับ⁽³⁾ จากการตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดเกษตรกรด้วยกระดาษ Reactive paper จำนวนทั้งสิ้น 251,794 คนจาก 76 จังหวัด ที่มีการรายงานเข้ามาเป็นผู้ที่มีผลการตรวจเลือดเสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยจำนวน 71,575 คนคิดเป็นร้อยละ 28.43⁽³⁾ และ

การตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดของเกษตรกรในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2561 จำนวน 300 คน พบว่าผู้ที่มีผลการตรวจเลือดเป็นปกติมี 22 คนคิดเป็นร้อยละ 7.33 ผู้ที่มีผลการตรวจปลอดภัย 105 คนคิดเป็นร้อยละ 35 ผู้ที่มีผลการตรวจเลือดมีความเสี่ยง 124 คน คิดเป็นร้อยละ 41.33 และผู้ที่มีผลการตรวจไม่ปลอดภัย 49 คน คิดเป็นร้อยละ 16.33

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ได้แก่ 1) เพศ⁽⁴⁾ 2) อายุ⁽⁴⁾ 3) สถานภาพสมรส⁽⁵⁾ 4) ระดับการศึกษา⁽⁵⁾ 5) รายได้⁽⁶⁾ 6) ชนิดของพืชที่ทำการเกษตร⁽⁷⁾ 7) ชนิดของพืชที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด⁽⁸⁾ 8) ประสบการณ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁽⁹⁾ 9) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁽¹⁰⁾ 10) ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁽¹¹⁾ 11) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹⁰⁾

หมู่บ้านในพื้นที่รอบ ๆ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นหมู่บ้านที่ประชาชนในพื้นที่ส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก มีการทำการเกษตรตลอดทั้งปี จึงมีการนำเอาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลายชนิดมาใช้ ดังนั้นการศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทั้งพฤติกรรมก่อนพฤติกรรมขณะใช้ และพฤติกรรมหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ในการส่งเสริม ให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและปลอดภัยเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเกษตรกร

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เกษตรกรที่อาศัยอยู่ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเกษตรกรไว้กับสำนักงานเกษตรอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวน 1,747 ครัวเรือน⁽¹²⁾ ซึ่งมีทั้งหมด 18 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากร เพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบขนาดของประชากร⁽¹³⁾

$$n = \frac{p(1-p)}{\frac{e^2}{z^2} + \frac{p(1-p)}{N}} = 314.69 \approx 315$$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 315 ครัวเรือน หลังจากนั้นนำขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาทำการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) และสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling)

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างของเกษตรกรจำนวน 315 ครัวเรือน โดยวิธีคิดสัดส่วนจำนวนเกษตรกรของแต่ละหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่ทดแทน จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 315 ครัวเรือน

ขั้นตอนที่ 3 นำครัวเรือนที่ถูกเลือกมาเลือกตัวแทนครัวเรือน โดยครัวเรือนที่มีเกษตรกรมากกว่า 1 คน จะนำรายชื่อเกษตรกรในครัวเรือนนั้นมาทำการจับสลากเพื่อเป็นตัวแทนของครัวเรือน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยกำหนดเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือนต่อเดือน ชนิดของพืชที่ปลูก ชนิดของพืชที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด ประสบการณ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยแปลความหมายคือ ถูกต้อง และไม่ถูกต้อง กำหนดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับประยุกต์จากแนวคิดของ บลูม⁽¹⁴⁾ คือ ความรู้ระดับสูง ความรู้ระดับปานกลาง และความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 19 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าโดยประยุกต์จากลิเคิร์ท⁽¹⁵⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แบ่งเป็นพฤติกรรมก่อนใช้ ขณะที่ใช้ และหลังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 22 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าโดยประยุกต์จากลิเคิร์ท⁽¹⁵⁾ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การแปลผลคะแนนของแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 3 และ 4 คำนวณได้จากค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการ ในการศึกษาครั้งนี้

แบ่งจำนวนชั้นเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง⁽¹⁶⁾

4. วิธีดำเนินการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective congruence: IOC)⁽¹⁷⁾ ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์มาแก้ไขปรับปรุง แล้วนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับเกษตรกร บ้านหนองแขง ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.728 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.879 และพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.768 จากนั้นผู้วิจัยจึงปรับแบบสอบถามให้เป็นฉบับจริง เพื่อจะนำไปใช้ในพื้นที่จริงจำนวน 315 ชุด

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร กำหนดให้มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ การเข้าร่วมให้ข้อมูลเป็นไปโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ตลอดจนการรายงานผลโดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคล และมีการจัดเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะทำการเก็บแบบสอบถามและข้อมูลไว้ในตู้เอกสารของทางราชการซึ่งมีกุญแจ ล็อกไว้ จัดเก็บกุญแจโดยผู้วิจัยเท่านั้น และจะทำลายเอกสารภายใน 1 ปี หลังจากมีการเผยแพร่

6. ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของเกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นเพศหญิงและชายพอๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 50.79 และ 49.21ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 48-53 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.89 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 54-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.98 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 71.11 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.06 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 50.79

2. ข้อมูลการเกษตรและประสบการณ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากการศึกษาพบว่าข้าวเป็นพืชที่ทำการเกษตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.78 รองลงมาคืออ้อย ร้อยละ 22.54 และการปลูกข้าวเป็นเกษตรกรรมที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.95 รองลงมาคืออ้อย ร้อยละ 30.79 เกษตรกรส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.79 และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช คิดเป็นร้อยละ 58.10

3. ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ภาพรวมความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.35 (ตารางที่ 1) และข้อคำถามที่เกษตรกรตอบถูกน้อยที่สุดคือ

สามารถรับประทานอาหารในขณะที่ทำการฉีดพ่นสารเคมีได้ คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ หลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วสามารถเก็บเกี่ยวผลผลิตได้ทันที คิดเป็นร้อยละ 38.10

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเกษตรกรจำแนกตามระดับความรู้ของเกษตรกรเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ระดับความรู้ของเกษตรกรเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ร้อยละ 80-100)	59	18.73
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	110	34.92
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	146	46.35
Mean = 8.61, S.D. = 3.77, Max = 15, Min = 0	59	31.6
รวม	315	100.00

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.73 และค่อนข้างทางระดับสูง ร้อยละ 38.41 (ตารางที่ 2) ประเด็นคำถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เกษตรกรเชื่อว่าการใช้สารเคมีกำจัดศัตรู

พืชจะช่วยกำจัดศัตรูพืชและยังช่วยเพิ่มผลผลิตให้สูงขึ้น รองลงมา คือ เกษตรกรส่วนใหญ่ เชื่อว่าการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเกษตรจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้สารอินทรีย์ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เกษตรกรเชื่อว่าการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเนื่องกันหลาย ๆ วัน ไม่มีผลกระทบต่อร่างกาย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเกษตรกรจำแนกตามระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.33 – 3.00)	121	38.41
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.32)	122	38.73
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	72	22.86
Mean = 1.76, S.D. = 0.55, Max = 3.00, Min = 1.00		
รวม	315	100.00

5. พฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.84 และระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 43.18 (ตารางที่ 3) คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกษตรกร

ไม่ได้เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที รองลงมาคือเกษตรกรไม่แยกซักเสื้อผ้าที่ใช้ในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมเสี่ยงของเกษตรกรที่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ดี คือเกษตรกรไม่ทำการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่า 1 ชนิดในการฉีดพ่น

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเกษตรกรจำแนกตามระดับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

ระดับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเสี่ยงสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00)	136	43.18
ระดับความเสี่ยงปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.01 – 2.00)	157	49.84
ระดับความเสี่ยงต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 1.00)	22	6.98
Mean = 1.89, S.D. = 0.63, Max = 3.00, Min = 0.16		
รวม	315	100.00

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าชนิดของพืชที่ทำการเกษตร ชนิดของพืชที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด ประสบการณ์เวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และความรู้เกี่ยวกับการใช้

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

ตัวแปร	χ^2	p-value
เพศ	0.01	0.51
อายุ	13.04	0.07
สถานภาพสมรส	1.70	0.43
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด	6.68	0.08
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	2.62	0.62
ชนิดของพืชที่ทำการเกษตร	10.06	0.02*
ชนิดของพืชที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด	7.92	0.048*

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร (ต่อ)

ตัวแปร	χ^2	p-value
ประสบการณ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	14.57	0.01*
เคยรับการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	1.28	0.26
ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร	15.38	<0.001*
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	1.61	0.45

*p-value < 0.05, χ^2 = สถิติการทดสอบไคสแควร์

7. สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาโดยภาพรวมพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรพบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.60 และสูงร้อยละ 45.40 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเกษตรกรยังไม่เห็นความสำคัญของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย เกษตรกรยังไม่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมี จึงทำให้เกษตรกรมีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ วิชัย, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และณัฐปคัลภ์ สันวิจิตร⁽⁷⁾ ซึ่งพบความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในพื้นที่ต้นน้ำเขื่อนลำปะทาว จังหวัดชัยภูมิ มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

จากการศึกษาพบว่าชนิดของพืชที่ทำการเกษตรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร เนื่องจากการปลูกพืชที่ต่างชนิดกัน การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชย่อมแตกต่างกันไปตามชนิดของพืชที่ปลูก เช่นเดียวกับการศึกษาของ ตั้ม บุญรอด และวิชาดา สิมลา⁽¹⁸⁾

ที่ทำการศึกษานี้ในจังหวัดพัทลุง ซึ่งชนิดของพืชมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรนี้ อาจเป็นเพราะเกษตรกรส่วนใหญ่ปลูกข้าว ซึ่งในวิธีการปลูกจะมีโอกาสสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ ทองพูล แก้วกา⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ ตำบลวังทอง อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ชนิดของพืชที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุดกับความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มากกว่านั้น ยังพบว่าประสบการณ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ซึ่งพบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชน้อย จึงทำให้มีการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ สุพัตรา อุดา, ชรินทร์ทิพย์ ธงยศ และสุปราณี นาขันโท⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าประสบการณ์

ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจากเกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง เช่น เกษตรกรเลือกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลาย ๆ ชนิดในการฉีดพ่นแต่ละครั้งเพื่อประหยัดเวลาที่ต้องใช้ในการฉีดพ่น การผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามใจตนเองมากกว่าการอ่านฉลาก และไม่มีความรู้เกี่ยวกับทิศทางลมที่เหมาะสม อันเป็นผลมาจากการที่เกษตรกรจำนวนมากไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ สุภาวดี แหยมคง และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลซบสมบูรณ์ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจากความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลที่อยู่ในชุมชนเดียวกันมีความเชื่อที่คล้ายคลึงกัน และมีการถ่ายทอดความเชื่อเหล่านั้นให้กับบุคคลในครอบครัวหรือคนในชุมชน ทำให้แต่ละคนมีความเชื่อที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ ณัฐกร สุระ

เสียง, ชิดชนก ศรีโพหนอง และพริดา วาริคิด⁽²⁰⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

8. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานเช่น องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานเกษตรอำเภอนามน จัดฝึกอบรมความรู้ให้แก่เกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักวิชาการอย่างต่อเนื่องในด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารในขณะทำการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การเก็บเกี่ยวผลผลิตทันทีหลังฉีดพ่น และการซื้อยามารับประทานเองเพื่อขจัดสารเคมีที่ตกค้างในร่างกาย เป็นต้น เพื่อให้เกษตรกรมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การป้องกันตนเองจากอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงจะทำให้ระดับความรู้ของเกษตรกรมีระดับที่สูงขึ้น

2. การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเกษตรและสาธารณสุขเพื่อสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนด้านอาชีวอนามัย เพื่อเป็นแกนนำในการเผยแพร่ความรู้ให้แก่เกษตรกรในชุมชนได้มากที่สุด ลดความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

3. ควรมีการสนับสนุนใช้พืชสมุนไพรกำจัดศัตรูพืชแทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น ยาสูบ สาบเสือ พริกไทย ข่าแก่ ตะไคร้หอม เป็นต้น เพราะนอกจากจะไม่เกิดอันตรายต่อตัวเกษตรกรและผู้บริโภค สัตว์เลี้ยงและสภาพแวดล้อม ยังสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อที่จะได้หาแนวทางในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในการสร้างอุปกรณ์ป้องกันอันตราย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในราคาถูก และสวมใส่อย่างสะดวกสบาย ในการปฏิบัติงาน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ยั่งยืนต่อไป

4. ควรศึกษาถึงผลกระทบที่มีต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เทียบกับระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด

9. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการ เกษตร.สถานการณ์ปัญหาการใช้สารเคมีในการเกษตร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 12]. เข้าถึงได้จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/106>.
2. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการ เกษตร. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 12]. เข้าถึงได้จาก <http://oaezone.oae.go.th/view/1/ปัจจัยการผลิต/TH-TH>.
3. สำนักงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพกลุ่มแรงงานนอกระบบ ภาคเกษตรกร

[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2563 พฤศจิกายน 25]. เข้าถึงได้จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th>.

4. วิมลรัตน์ กุดทิง, มานพ คณะโต. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้พฤติกรรมและผลกระทบด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุขสำราญ ตำบลนาदान อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558;3(1):133-146.
5. น้ำเงิน จันทรมณี. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและประสิทธิผลของการให้อาชีวสุศึกษาที่มีผลต่อความรู้ทางด้านความปลอดภัยของเกษตรกร พื้นที่ต้นน้ำจังหวัดพะเยา. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2560;10(37):35-45.
6. สุนารี ทะนะเป็ก, มงคล รัชชะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรปลูกยาสูบ ตำบลทับผึ้ง อำเภอสรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2558.
7. ดวงใจ วิชัย, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, ณัฐปคัลภ์ สันวิจิตร. พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในพื้นที่ต้นน้ำเขื่อนลำปะทาว จังหวัดชัยภูมิ. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561;25(2):22-34.
8. สุพัตรา บุญเปิก, วารุณี สุดตา, อุษณี อิสสระโชติ, อาภาพร กฤษณพันธ์. พฤติกรรมการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว

- ตำบลนราภิรมย์ อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2562;11(3):49-59.
9. วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์, ศิริศักดิ์ มังกรทอง, ประจวบลาภ เทียงแท้. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร: กรณีศึกษาอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารราชพฤกษ์. 2561;16(1):55-64.
 10. สุพัตรา อุดา, ชรินทร์ทิพย์ ธงยศ, สุปราณี นาชนโท. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลยอดแก อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ [การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต]. กาฬสินธุ์: มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์; 2562.
 11. สุภาวดี แหยมคง, พัทนันท์ โกธธรรม, ประภาศิริ ใจผ่อง, ปิยวดี น้อยน้ำใส. ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลชัยสมบูรณ อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. 2560;46(1):834-840.
 12. สำนักงานการเกษตรอำเภอนามน. รายชื่อเกษตรกร ตำบลยอดแก อำเภอนามน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กรกฎาคม 15]. เข้าถึงได้จาก <http://www.yodkaeng.go.th/index.php?op=staticcontent&id=7970>
 13. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
 14. Bloom B S. Taxonomy of Educational Objectives, the classification of educational goals – Handbook I: Cognitive Domain. New York: McKay; 1956.
 15. Likert, R. A. Technique for the Measurement of Attitude. Archives Psychological. 1932;3(1):42-48.
 16. Best, J. W. Research in education. 3rd ed. Engle Clifts, NJ: Prentice-Hall; 1977.
 17. เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. การวัดผลและการสร้างแบบสอบผลสัมฤทธิ์. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
 18. ตัม บุนรอด, วิชชาดา สิมลา. พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลแหลมไตนด อำเภอกวนขน จังหวัดพัทลุง. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2554;14(2):66-75.
 19. ทองพูล แก้วกา. ความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลวังทอง อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน. 2557;2(4):117-128.
 20. ณัฐกร สุระเสียง, ชิดชนก ศรีโพนทอง, พีรดา วาริคิด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ [การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต]. กาฬสินธุ์: มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์; 2562.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยคุกคามสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเน้นเรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทุกผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่จะต้องผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและรูปแบบการวิจัย จำนวน 2 ท่าน ที่จะช่วยพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1.บทความที่ส่งลงพิมพ์

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

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนิน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิง ที่ค่อนข้างทันสมัย

รายงานการสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค บทคัดย่อ บทนำหรือความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค มาตราการควบคุมและป้องกัน วิจารณ์ผลปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน สรุป ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง โดยมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุสถานที่ทำงานให้ชัดเจน

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

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษาค้นคว้า กรณีเป็นการวิจัย ต่อยอดจากผลการวิจัยก่อนหน้านี้ ควรระบุช่องว่างความรู้ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เพื่อค้นหาคำตอบ และแนวทางแก้ไข ระบุวัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐาน ขอบเขตการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือการใช้สถิติที่นำมาประยุกต์

ผลการดำเนินงาน อธิบายข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งแปลความหมายของข้อค้นพบต่าง ๆ

วิจารณ์ผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีประกอบการอธิบาย วิเคราะห์ผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด ความสอดคล้องหรือความแตกต่างจากข้อค้นพบของงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยระบุแหล่งอ้างอิงที่สามารถสืบค้นเพิ่มเติมได้

บทสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บยกไว้หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง 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. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

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

ตัวอย่าง

ธีระ รามสูตร, อารดา โอวาทตระกูล, ทวีฤทธิ์ สิทธิเวคิน. โรคเรื้อรังชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์และโรคสะเก็ดเงิน : 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. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หิรินสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รวมทรงคน; 2553: 115-120.

3.3 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

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

ตัวอย่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.4 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

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

4.การส่งต้นฉบับ

4.1 พิมพ์ตีความเดียวลงบนกระดาษสัน 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 อย่าเขียนลงในรูป

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 กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้พิมพ์ทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบและทำหนังสือรับรองการตีพิมพ์ส่งให้ผู้พิมพ์ทางไปรษณีย์

บทบาทและหน้าที่ของผู้พิมพ์

1. ผู้พิมพ์ต้องรับรองว่าผลงานที่ส่งมานั้นเป็นผลงานใหม่และไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน
2. ผู้พิมพ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ไม่บิดเบือนข้อมูล
3. ผู้พิมพ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้อ้างอิงในผลงานของตน
4. ผู้พิมพ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน”
5. ผู้พิมพ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ตนรับผิดชอบ
2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้พิมพ์ และผู้ประเมินบทความ
3. บรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล
2. ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ
3. ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมินแต่ผู้พิมพ์ไม่ได้อ้างอิง

หมายเหตุ: วารสารมีระบบการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการ โดยโปรแกรมอักขรวิสุทธิ์ หากตรวจพบการคัดลอกมากกว่าร้อยละ 30 ทางวารสารจะแจ้งให้ดำเนินการแก้ไข หรืออาจจะไม่รับพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่



วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
The Office of Disease Prevention and Control 9th, Nakhon Ratchasima Journal

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
เว็บไซต์ <http://odpc9.ddc.moph.go.th/>
<https://ddc.moph.go.th/odpc9/>