



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal

ปีที่ 20 เล่มที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565

Vol. 20 NO. 1 January - June 2022

ISSN 2730-194x (Print)

ISSN 2774-0056 (Online)

วารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

จังหวัดอุบลราชธานี



บรรณาธิการ
แกลง

วัตถุประสงค์

1.

เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางวิชาการและรายงานผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานและบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

2.

เพื่อรายงานความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.

เพื่อเป็นสื่อกระชับความสัมพันธ์ทางแนวคิดและปฏิบัติงาน ระหว่างสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 สำนักงานสาธารณสุข ศูนย์วิชาการเขต และกรมกองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ทุกท่าน วารสารฉบับนี้เป็นวารสารปีที่ 20 เล่มที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – มิถุนายน 2565 ในฉบับนี้ มีบทความที่น่าสนใจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหลากหลายด้าน กล่าวคือด้านโรคติดต่อ ได้แก่ การประเมินผลมาตรการ 1-3-7 เร่งรัดกำจัดไข้มาลาเรีย เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี และบทความที่เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้แก่ การประเมินประสิทธิภาพของชุดตรวจ Antigen Test Kits 3 บริษัท ผู้ผลิตที่นำเข้ามาในประเทศไทยในการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19, ความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา กรณีศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี, ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะหมดไฟในช่วงวิกฤติโควิด 19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี และภาวะความเครียดในช่วงวิกฤติโควิด 19 ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปรางมุนี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ นอกจากนี้ยังมีบทความเรื่อง การพัฒนารูปแบบการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนที่พักอาศัยในชุมชนคอนโดมิเนียมในเมืองใหญ่ โดยหวังว่าท่านผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน และการพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ท้ายนี้กองบรรณาธิการขอเรียนว่า เรายินดีต้อนรับ บทความทางวิชาการและงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากทุกท่าน เพื่อเป็นเวทีสื่อสารและเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ๆ จากนักวิจัยทุกท่านด้วยความยินดียิ่งครับ ฉบับหน้าพบกันใหม่

(นายดนัย เจียรกุล)
บรรณาธิการ

คณะกรรมการ วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายแพทย์โอภาส	การย์กวิณพงศ์	อธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์จักรศักดิ์	แก้วจรัส	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์กฤษฎา	มโหทาน	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

นายแพทย์दनัย	เจียรกุล	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวศิริวรรณ	ชุมนุม	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

บรรณาธิการวิชาการ

ดร.อรทัย	ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
----------	------------	--

กองบรรณาธิการวิชาการ

รศ.ดร.สงครามชัย	ลีทองดี	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ณัฐทิศา	โรจนประศาสน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตตรัง
รศ.ดร.นพรัตน์	สงเสริม	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผศ.ดร.อภิชาติ	วิทย์ตะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ทวีวรรณ	ศรีสุคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.สุภาภรณ์	สงค์ประชา	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อารี	บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.นพ.จิรวัดน์	มูลศาสตร์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ดร.อนุวัฒน์	วัฒนพิชญากุล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ธงชัย	อามาตย์บัณฑิต	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.อัญชลี	ฐานวิสัย	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.มณฑิลา	รักศิลป์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ดร.จุฑามาศ	เบ้าคำทอง	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ดร.วันเพ็ญ	แวววีรคุปต์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
ดร.ปณยานุช	พิมพ์ใจใส	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ดร.นันทวรรณ	ทิพย์เนตร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.ณรงค์ฤทธิ์	ศรีธนะ	ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
ดร.บัญชา	พร้อมดิษฐ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
ดร.รุ่งรังษี	วิบูลชัย	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ดร.นุสรา	ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
ดร.พิทยา	ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.อรพินธ์	อันติมานนท์	กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
ดร.เกศรา	แสนศิริทวิสุข	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.จตุพร	ผลเกิด	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.วิภาวี	แสนวงษา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.เพชรบูรณ์	พลผล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ฝ่ายจัดการ

นางชลลัสสรณ์	มิตภา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
นางมุกดา	งามวงศ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวอภิญญา	จำปา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
นายทศพงษ์	บุระมาน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวพลอยไพลิน	เทพาทีปกรณ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

จริยธรรมในการตีพิมพ์

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางวิชาการ และรายงานผลการศึกษาที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจ

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องส่งบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอพิจารณาเผยแพร่ในวารสารฉบับอื่น และต้องไม่นำผลงานไปตีพิมพ์กับวารสารอื่น หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีแล้ว
2. ผู้นิพนธ์ต้องไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมาอ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง
3. ข้อมูลที่นำเสนอในบทความต้องเป็นข้อเท็จจริงที่เกิดจากการศึกษาวิจัย ผู้นิพนธ์ต้องไม่บิดเบือนปลอมแปลง หรือนำเสนอข้อมูลที่เป็นเท็จ
4. คณะชื่อผู้นิพนธ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง
5. หากเป็นบทความที่เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียใดๆ กับผู้นิพนธ์หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่าตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการประเมิน และไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาของผลงานวิชาการที่รับประเมินอย่างแท้จริง
4. เมื่อผู้ประเมินบทความ พบว่า บทความที่รับประเมินมีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นๆ ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่กำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความ

บทบาทหน้าที่บรรณาธิการ

1. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความ โดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
2. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้นิพนธ์ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้นิพนธ์
3. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์หรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
4. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประเมินของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นข้อมูลที่ชี้แจงแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้นิพนธ์
5. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ
6. บรรณาธิการต้องตรวจสอบคุณภาพของบทความก่อนการตีพิมพ์
7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่างๆ ของวารสารอย่างเคร่งครัด
8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสาร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันควบคุมโรค โดยเรื่องที่ต้องส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีคำแนะนำดังนี้

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ความยาวไม่เกิน 12 หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย “บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”
บทความพื้นฟูวิชาการ	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรค ประกอบด้วย “บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ /ข้อมูลที่น่าสนใจ วิจารณ์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย”
ย่อเอกสาร	ย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

2.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิปรายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด และชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

2.4 บทคัดย่อ การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษา ค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์, ให้เขียนคำอธิบายไว้บนตารางแสดงผล

2.8 วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.9 สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.10 เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 2003
- 2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถยกเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกต้องจะทำให้เรื่องที่เกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์นี้ได้รับรวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ทั้งหมด 5 ประเภท และตัวอย่าง ดังนี้

3.1 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

3.1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้นิพนธ์ (Author). ชื่อเรื่อง (Title). ชื่อย่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่ตีพิมพ์ (Year); ปีที่วารสาร (Volume) เล่มที่ (Issue number): หน้า (Pages).

ตัวอย่าง Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002; 347(4):284-7.

นางวรางค์ศิลป์. ลักษณะทางระบาดวิทยาและแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ป่วยด้วยวัณโรคในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2547; 30: 363-71.

3.1.2 กรณีที่ผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานหรือคณะบุคคล

ตัวอย่าง Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002; 40(5):679-86.

3.1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

ตัวอย่าง World Health Organization. Global Tuberculosis control: Surveillance, planning financing: WHO Report 2006. Geneva: WHO; 2006

ข้อสังเกต

- การอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ก่อนนามสกุล
- ชื่อเฉพาะอักษรตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่
- ชื่อวารสารที่เป็นชื่อย่อ ต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สามารถค้นจาก <http://www.nlm.nih.gov>
- วารสารภาษาไทยนิยมใช้ชื่อเต็มของวารสาร
- เลขหน้าการอ้างอิงใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรกและตัวย่อสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 548-52

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ

3.2.1 การอ้างอิงจากหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อสกุลผู้นิพนธ์ อักษรย่อชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง Murray PR. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Finney JD. Probit Analysis. 3rd ed. Cambridge. The University Press. 1971.

เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension).

กรุงเทพ: พัฒนาศึกษา; 2532.

ข้อสังเกต

- กรณีที่มีผู้นิพนธ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al. หรือ และคณะ
- การอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ก่อนนามสกุล

3.2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการผู้รวบรวม หรือประธาน

ตัวอย่าง Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. NewYork: McGraw-Hill; 2002.

ชิษณุ พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ.โรคเอดส์ในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2545. หน้า 349-66.

3.2.3 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่าง Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทยปี พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา; 2545.

3.2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่าง Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

อนุพงศ์ ชิตวรากร. Sexually Transmitted Diseases.ใน: ปรียา กุลละวณิชย์ และประวิตร พิศาลบุตร, บรรณาธิการ. Dermatology 2000. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโฮลิสติกพับลิชชิงจำกัด; 2543. หน้า 361 - 4.

3.2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (Conference process)

ตัวอย่าง ทองกร ยืนรังสี, ราตรี ศิริศิริวัชรภักษ์, ลีซ่า กันธมาลา, พรทิพย์ ยุกตานนท์, ศิริวรรณ สร้อยทรัพย์, ศิริกุล ลพสุนทร, สุพัตรา อารมณัสวະ, บรรณาธิการ. นโยบายและการดำเนินการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9: 7-9 กรกฎาคม 2546; ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี จ.นนทบุรี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา; 2546.

Sophie treleaven. Importance and epidemiology of Haemophilus influenzae type b. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการสรุปผลโครงการศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ Hib. ณ โรงแรม เวลคัม พัทยา จังหวัดชลบุรี. 22 มีนาคม 2545.

Watanaveeradej V, Tovanabutra S, Carr JK, Benenson MW, et al. Full genome sequences of five different HIV-1 recombinants between subtype B and CRFO1_AE from Southeast Asia. The 1st IAS Conference on HIV Pathogenesis and treatment. Buenos Aires, Argentina. July 8-11, 2001. (Abstract No 146).

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [วิทยานิพนธ์]. ชื่อเมือง. ชื่อมหาวิทยาลัย; ปี.

ตัวอย่าง Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

จิตต์ลัดดา สุภานันท์. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน
การเกิดแผลผ้าเท้าของผู้ป่วยโรคเรื้อนสถานสงเคราะห์โรคเรื้อนพระประแดง จ.สมุทรปราการ.
[วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] สาธารณสุขศาสตร์ สาขาสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.

3.4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

3.4.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: [จำนวน screens หรือ จำนวนย่อหน้า]
[ประเภทของวัสดุ]. ที่มา: แหล่งสารสนเทศ [วันเดือนปีที่ค้นเอกสาร].

ตัวอย่าง CDC. Update: Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome - Worldwide, 2003 [online]. MMWR
2003; 52: 241-8. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5212a1.htm>
World Health Organization. Yellow Fever Fact Sheet, WHO Fact Sheets, No.100. August 1999
[online]. Available from: <http://www.health.fgov.be/WHI3/krant/krantarch2001/kranttekstdec1/011217m02who.htm> [2003 Sep 10]

3.4.2 วารสารจากซีดีรอม (CD-ROM)

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร[serial on CD-ROM]. ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

ตัวอย่าง สำนักโรคไข้หวัดใหญ่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ชุด CD คู่มือการฝึกซ้อมแผนชนิดบนโต๊ะ
(Tabletop Exercise) เพื่อเตรียมความพร้อมรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ระดับจังหวัด.
[serial on CD-ROM]. 2549.

3.5. เอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่น

3.5.1 บทความจากหนังสือพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อหนังสือพิมพ์ ปีที่พิมพ์ วัน เดือน ปี; section (ถ้ามี): (คอลัมน์).

ตัวอย่าง Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The
Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col.5).

3.5.2 เอกสารอ้างอิงจากสื่อทัศน

รูปแบบพื้นฐาน: ผู้จัดทำ, หน้าที่รับผิดชอบ. ชื่อเรื่อง [ชนิดสื่อ]. ชื่อเมือง: แหล่งผลิตหรือผู้เผยแพร่; ปีที่ผลิต.

ตัวอย่าง พจน์ สารสิน, ผู้พูด. ความอยู่รอดของเศรษฐกิจไทย [บทวิทยุ]. กรุงเทพมหานคร: สถานีวิทยุกระจาย
เสียงแห่งประเทศไทย; 13 เมษายน 2520.

4. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 2 ชุด โดยใช้กระดาษขนาด A4 และแผ่น CD พร้อมระบุชื่อ File ถึงกลุ่มพัฒนา
นวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จ.อุบลราชธานี หรือที่ E-mail address: research.odpc10@ubon@gmail.com และแจ้งการส่งต้นฉบับทางโทรศัพท์หมายเลข 0 4525 0558

5. กำหนดการพิมพ์บทความ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี จะดำเนินการตีพิมพ์บทความตามลำดับที่ได้รับ โดยมีการใช้เวลา
ทบทวนจาก reviewers ทั้ง 2 ท่าน ทั้งนี้ หากบทความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข กำหนดการตีพิมพ์อาจจะเร็วขึ้นหรือช้า
ขึ้นกับระยะเวลาที่เจ้าของบทความใช้ในการปรับปรุงแก้ไขบทความ

บทความจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์รับพิจารณา เฉพาะงานวิจัยที่ผ่านการ
รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เท่านั้น โดยขอให้ผู้พิมพ์แนบหลักฐานหรือระบุการรับรอง จาก
คณะกรรมการในบทความ



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal

สารบัญ

- การประเมินผลมาตรการ 1-3-7 เร่งรัดกำจัดไข้มาลาเรีย เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี 9
ปีงบประมาณ 2563
สุชนา สีหะวงษ์, วิริยา ลิ้มปิทีปการ,
วิลาวัลย์ สุขยา, วิภารัตน์ คำภา, สุรจิต เต็มวงษ์
- การพัฒนารูปแบบการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนที่พักอาศัย 22
ในชุมชนคอนโดมิเนียมในเมืองใหญ่
นิติรัตน์ พูลสวัสดิ์, รุจิรา ตระกูลพัฑ,
ศุภรัตน์ บุญนาค, แก้วใจ มาทอง, ธัญญา รอดสุข
- การประเมินประสิทธิภาพของชุดตรวจ Antigen Test Kits 3 บริษัท 36
ผู้ผลิตที่นำเข้ามาในประเทศไทยในการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19
ไมลา อีสระสงคราม
- ความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) 49
ของนักศึกษา : กรณีศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี
เสถียร เชื้อลี, รับขวัญ เชื้อลี,
คณัฐฤดี หลวงเทพ
- ภาวะความเครียดในช่วงวิกฤติโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปราณบุรี 63
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
ทรงวุฒิ ชนะอุดมสุข,
ธีระวุธ ธรรมกุล
- ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะหมดไฟ 77
ในการทำงานช่วงวิกฤติโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขใน
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี
คณานต์ วรรณรงค์,
ธีระวุธ ธรรมกุล

การประเมินผลมาตรการ 1-3-7 เฝ้าระวังกำจัดไข้มาลาเรีย
เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563
Evaluation of 1-3-7 Surveillance and Response Strategy for Malaria
Elimination of 10th Public Health Region Ubonratchathani in 2020

สุชนา สีหะวงศ์*, วิริยา ลิมปิทีปการ, วิลาวลย์ สุขยา, วิภารัตน์ คำภา, สุรจิต เต็มวงศ์
Suchaya Srihawong*, Wiriya Limpiteeprakan, Wilawan Sookya, Wipharat Kampha, Surajit Termwong

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
The Office of Disease Prevention and Control Region 10 Ubonratchathani

*Correspondence to: n.suchaya@hotmail.com

Received: Sep 2, 2021 | Revised: May 25, 2022 | Accepted: Jun 10, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผล (Summative Evaluation) นี้ เป็นแบบผสมวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการ 1-3-7 เฝ้าระวังกำจัดไข้มาลาเรีย เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563 ใน 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ ทำการศึกษาในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูงและพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ ใน 5 ตำบล (3 จังหวัด) ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และมุกดาหาร กลุ่มเป้าหมายเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานมาลาเรีย หน่วยงานภาครัฐ (ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรอิสระ จำนวน 75 คน และกลุ่มเป้าหมายเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานมาลาเรียระดับเขต อำเภอ ตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 38 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ และแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล เก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์กลุ่ม และการทบทวนเอกสาร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม เก็บข้อมูลโดยวิธีการสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ทุกจังหวัดมีโครงสร้างองค์กรที่เอื้อในการดำเนินงาน มีงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอ และมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง ด้านกระบวนการ การแจ้งเตือนผู้ป่วยมีการประสานและรายงานข้อมูลผ่านทางกลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัดเป็นช่องทางหลัก การสอบสวนโรคดำเนินการโดยทีม SRRT ตำบล และหรือหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่พบผู้ติดเชื้อ ยกเว้นพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ จะสอบสวนโรคร่วมกันระหว่าง SRRT ตำบลและหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง การตอบโต้โรคดำเนินการโดยหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง โดยมีการประสานผู้นำหมู่บ้าน อสม. NGOs และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการ ด้านผลผลิต จังหวัดมุกดาหารไม่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในปี 2563 และทั้ง 4 ตำบลที่พบการติดเชื้อมาลาเรียในปี 2563 ดำเนินการตามมาตรการ 1-3-7 ได้ตามเป้าหมายของ

กรมควบคุมโรค **ด้านผลลัพธ์** ไม่พบการติดเชื้อซ้ำในแหล่งแพร่เชื้อเดิม **ข้อเสนอแนะ** ควรมีการพัฒนา ระบบการบันทึกข้อมูลมาลาเรียออนไลน์ให้สอดคล้องกับระยะเวลาปฏิบัติงาน พัฒนาทักษะการสอบสวน โรค การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกให้ผู้ปฏิบัติงาน การส่งต่อผลการสอบสวนโรคของผู้ป่วยให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ การจัดทำแนวทางการรายงานแจ้งเตือนผู้ป่วยไข้มาลาเรีย และการสร้างเครือข่ายกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อย่าง สม่ำเสมอ เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นจริงในการสอบสวนโรคมากที่สุด

คำสำคัญ : การประเมินผล, มาตรการ 1-3-7, กำจัดไข้มาลาเรีย

Abstract

This Summative Evaluation was mixed-method aimed to evaluate the results of 1-3-7 Surveillance and response measure for malaria elimination of 10th public health region in budget year 2020. Four dimensions namely input, process, output and outcome were explored. The study was conducted in high transmission areas and low transmission areas of malaria in 3 provinces including Ubonratchathani, Srisaket and Mukdahan. The qualitative participants were the government officials responsible for malaria (region, province, district, sub-district level and local administrative organization) village leader, village health volunteer and NGOs, totaling 75 people. The quatitative participants were the government officials responsible for malaria (region, district, sub-district level) and village health volunteer, totaling 38 people. The qualitative research tool were interview forms and note-taking forms. Data were gathered through in-dept interview, group interview, and document review. The quantitative research tool were questionnaires collected data by inquiry. Descriptive statistics were used to analyze quantitative data where as content analysis were used to analyze qualitative data.

The input showed that all provinces had an organizational structure, sufficient budget and materials that facilitated operations. Province with high malaria transmission areas had an annual training of the health personnel capacity. Moreover, the process illustrated that provincial malaria line group was main channel to coordinate. Disease investigations were carried out by the sub-district SRRT team and/or the insect-led disease control unit that found infected patients except for low malaria transmission areas, a joint investigation would be conducted between the district SRRT team and the insect-led disease control unit. Disease countermeasures were carried out by the insect-led disease control unit by coorditnating with village leaders, health volunteers NGOs and local government organizations participated in the operation. While, the output showed that no malaria cases occured in Mukdahan province in 2020 and the 4 sub - districts found to be infected with malaria successfully proceeded with 1-3-7 surveillance and

response measure according to the goals of the Department of Disease Control. In addition, no occurrence among the second generation in the original source of infection was found in the outcome evaluation. Suggestion: An online malaria logging system should be developed in line with the operational period. Provide courses to develop practitioner skill such as case investigation and active case detection. Forwarding the results of the patient's investigation to those involved. Establishing reporting malaria patient guidelines and also a network of risk groups in the area on a regular basis for the benefit of accessing the most truthful information in the investigation.

Keywords : Evaluation, 1-3-7 Measure, Malaria Elimination

บทนำ

โรคไข้มาลาเรีย เป็นโรคติดต่อโดยมี ยุงก้นปล่องเป็นพาหะ อาการที่สำคัญ ได้แก่ มีอาการไข้หนาวสั่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดท้อง ท้องร่วง ในกรณีที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ให้ถูกต้องซ้ำเกินไป อาจมีอาการรุนแรงและ เสียชีวิตได้ แนวโน้มของโรคไข้มาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา จำนวน ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยลดลงจาก 150,000 คน ในปีพ.ศ. 2543 ลดลงเหลือ 24,850 ราย ในปีพ.ศ. 2558 (ลดลงประมาณ 85%)⁽¹⁾ กระทรวง สาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้พัฒนาแผน ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569 มีวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทย กำจัดโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ.2567 โดยมี 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 1) เร่งรัดการจัดการแพร่ เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย 2) พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมใน การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 3) สร้างความร่วมมือ ระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศ และระดับ นานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และ 4) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแล ตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย⁽¹⁾ ซึ่งในยุทธศาสตร์ ที่ 1 การเร่งรัดการจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียใน

ประเทศไทยนั้น มีเรื่องที่มีมุ่งเน้นการดำเนินงาน 5 แนวทาง ซึ่งการวิจัยเรื่องนี้ สนใจศึกษาระบบ เฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบโต้สถานการณ์ได้อย่าง รวดเร็วมีประสิทธิภาพ มีการรายงานและแจ้ง เตือนเมื่อพบผู้ป่วยมาลาเรียเพื่อให้ทีมตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพสามารถ สอบประวัติและตัดสินแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรีย ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแผนปฏิบัติการ กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยพ.ศ. 2560-2564 กำหนดเป้าหมายของระบบเฝ้าระวังโรค (Malaria Online) ตามมาตรการ 1-3-7 ประจำปีพ.ศ. 2563 ได้แก่ 1) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียได้ รายงานเข้าระบบมาลาเรียออนไลน์ภายใน 24 ชม. 2) ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยฯ ได้รับการสอบประวัติ ภายใน 3 วัน และ 3) ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยได้รับการ สอบประวัติ และเจาะเลือดขณะไปสอบประวัติ รวมถึงมีการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อและตอบโต้ อย่างเหมาะสมภายใน 7 วัน⁽¹⁾

สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เขต สุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง⁽²⁾ พบว่ามีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยอัตราป่วย ปีงบประมาณ 2558 – 2562 เท่ากับ 1.17, 0.48, 0.25, 0.30, 0.14 ต่อพันประชากร อัตราตาย

ด้วยโรคไข้มาลาเรียปีงบประมาณ 2558 – 2562 เท่ากับ 0.09, 0.04, 0.06, 0.00 และ 0.02 ต่อแสนประชากร ผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคตามมาตรการ 1-3-7 ของ 5 จังหวัดที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ⁽²⁾ พบว่า มาตรการ 1 การแจ้งเตือนผู้ป่วยมาลาเรีย ต้องดำเนินการภายใน 1 วัน ทำได้ร้อยละ 64 มาตรการ 3 การสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเฉพาะราย ต้องดำเนินการภายใน 3 ทำได้ร้อยละ 87 และมาตรการ 7 การตอบโต้เพื่อต้องกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ต้องดำเนินการภายใน 7 วัน ทำได้ร้อยละ 50 ซึ่งพบว่าผลการดำเนินงานยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยพ.ศ. 2560-2564⁽¹⁾ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่า กระบวนการในการนำมาตรการ 1-3-7 ไปใช้มีปัญหาอุปสรรคใดที่ทำให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมายเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปรับปรุงแก้ไขมาตรการหรือวิธีการดำเนินงานเพื่อกำจัดไข้มาลาเรียต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการการแจ้งเตือน เฝ้าระวัง สอบสวนและตอบโต้โรคไข้มาลาเรีย (1-3-7) ในพื้นที่ 3 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 10 ในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง และพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และมุกดาหาร ปีงบประมาณ 2563 ประกอบด้วย ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลผลิต และผลลัพธ์

2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรการ 1-3-7 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 เป็นพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูงและพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และมุกดาหาร ปีงบประมาณ 2563

นิยามศัพท์

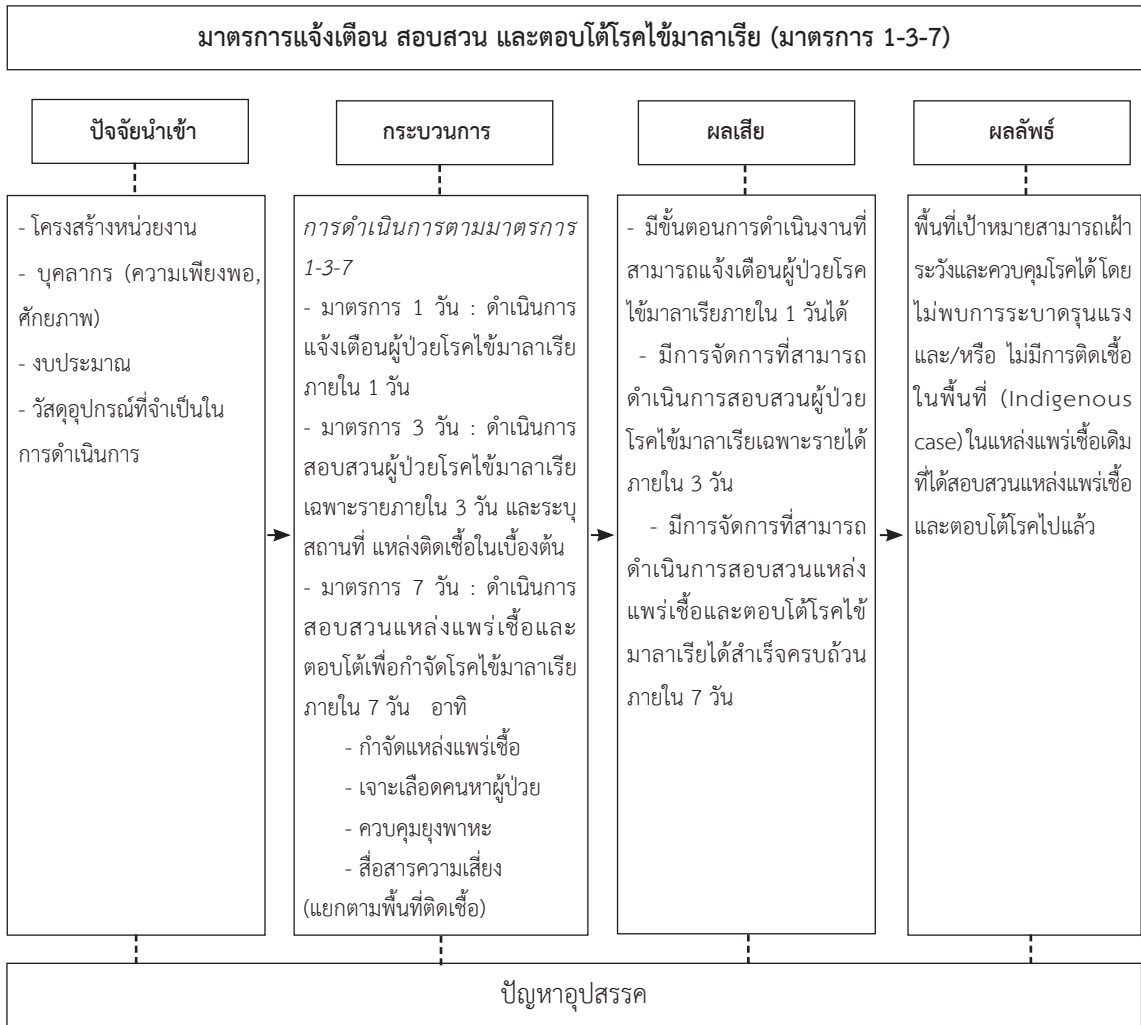
พื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง⁽³⁾ (High transmission areas) คือพื้นที่ที่มีผู้ป่วยมาลาเรียกระจายอยู่ทั่วไปเป็นบริเวณกว้าง เป้าหมายแรกในพื้นที่นี้คือ ต้องลดจำนวนผู้ป่วยจำนวนตายและความรุนแรงของการแพร่เชื้อในพื้นที่นั้นๆ ให้ต่ำลง

พื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ⁽³⁾ (Low transmission areas) คือพื้นที่ที่มีการควบคุมมาลาเรียได้ผลดี ทำให้การแพร่เชื้อเหลือเพียงเป็นหย่อมๆ เช่น กลุ่มบ้าน มีความเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่เชื้ออยู่ในระดับต่ำและ สามารถระบุจุดที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อได้แน่นอน เป้าหมายในพื้นที่นี้คือดำเนินการหยุดยั้งการแพร่เชื้อ

กำจัดโรคไข้มาลาเรีย (Malaria Elimination)⁽¹⁾ หมายถึง การดำเนินงานกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียไม่ให้เกิดขึ้นในท้องที่ใดๆ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าไม่ให้มีผู้ป่วยมาลาเรีย หรือต้องกำจัดยุงพาหะนำเชื้อมาลาเรียให้หมดไปจากท้องที่นั้น แต่ถ้ามีผู้ป่วยมาลาเรียเข้ามา (Imported case) จะต้องมีมาตรการค้นหา สกัดกันและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่เชื้ออย่างต่อเนื่อง

มาตรการแจ้งเตือน สอบสวน และตอบโต้โรคไข้มาลาเรีย (มาตรการ 1-3-7)⁽³⁾ เป็นระบบเฝ้าระวังโรค ซึ่งเป็นมาตรการหลักที่ใช้สำหรับกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยกองโรคติดต่อฯ โดยแมลงได้กำหนดให้สถานพยาบาลทุกแห่งที่พบผู้ป่วยมาลาเรียต้องรายงานผู้ป่วยทุกรายภายใน 1 วัน การสอบสวนเพื่อตัดสินการติดเชื้อมาลาเรียภายใน 3 วัน และการตอบโต้เพื่อหยุดการแพร่เชื้อภายใน 7 วัน

กรอบแนวคิดการวิจัยประเมินผล



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประเมินผล

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยประเมินผลแบบ Summative Evaluation ของ M. Scriven⁽⁴⁾ ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานระหว่างวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย พื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง⁽¹⁾ 2 อำเภอ และพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำที่ยังมีผู้ป่วยติดเชื้อภายในจังหวัด⁽¹⁾ 2 อำเภอ คัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ ตำบลเสาธงชัย

อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (เขตพื้นที่ทหาร), ตำบลละลาย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ, ตำบลห้วยข่า อำเภอบุนทรวิชัย จังหวัดอุบลราชธานี, ตำบลหนามแท่ง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี และตำบลดงเย็น อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

ประชากรและกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ และกลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูลเชิง

คุณภาพ ดังนี้

กลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกแบบเจาะจงเป็นผู้รับผิดชอบงานมาลาเรียหน่วยงานภาครัฐ ระดับเขต จังหวัด อำเภอบ้าน (ศตม./นคม./สสจ./สสอ./รพช./รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยงานละ 1 คน ผู้นำชุมชนตำบลละ 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลละ 5 คน และองค์กรอิสระ (มูลนิธิรักษ์ไทยใน 2 จังหวัด คือ ศรีสะเกษและอุบลราชธานี) รวมจำนวน 75 คน กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ เลือกแบบเจาะจงเป็นผู้รับผิดชอบงานมาลาเรียหน่วยงานภาครัฐ ระดับเขต อำเภอบ้าน (นคม. สสอ. รพช. และรพ.สต.) แห่งละ 1 คน และประธานอสม.หมู่บ้านที่เป็นพื้นที่เสี่ยง 5 คนต่อตำบล รวมจำนวน 38 คน

เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัยปรับปรุงมาจากแบบทดสอบหลังการอบรมหลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อยับยั้งไข้มาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล⁽⁵⁾ และคำถาม 12 ข้อไข้มาลาเรียจากความรู้เรื่องไข้มาลาเรียสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามวัดระดับความรู้และความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย และความสามารถในการดำเนินงาน 2) แบบสอบถามวัดระดับความรู้และการทำกิจกรรมของอสม. แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย และ การทำกิจกรรมของอสม. เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค 3) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ใช้รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตามมาตรการรายพื้นที่จากระบบรายงานมาลาเรียออนไลน์ 4) แบบสัมภาษณ์เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างใช้รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เกี่ยวกับโครงสร้างองค์กร ทรัพยากรที่ใช้ วิธีการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากพื้นที่เพื่อให้การกำจัด

ไข้มาลาเรียสำเร็จ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสัมภาษณ์กลุ่ม (ผู้นำชุมชนและอสม. กลุ่มละ 5 คนต่อตำบล) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยวิธีการสอบถาม

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรองที่ SSJ.UB 2563-060 วันที่ 31 มีนาคม 2563

ผลการศึกษา

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีโครงสร้างการดำเนินงานโดยมีคำสั่งมอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 100 ด้านบุคลากร พบว่า มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานมาลาเรียทุกอำเภอ (ร้อยละ 100 ความรู้เจ้าหน้าที่เรื่องโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย = 5.94 (SD=1.52, Max 10, Min 4) มีความรู้ในเรื่องนิยามการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อ (Foci Investigation) ตอบถูกร้อยละ 11.8 และชนิดของเชื้อมาลาเรีย ตอบถูกร้อยละ 23.5 ส่วนองค์ประกอบโรคไข้มาลาเรียนั้น พบว่า บุคลากรหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงตอบถูกทั้งหมด ในขณะที่บุคลากรระดับอำเภอ/ตำบล ตอบผิดทั้งหมด สำหรับความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ระยะเวลาการรักษา และการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติในพื้นที่ พบว่า บุคลากรทุกสังกัดมีความรู้ในระดับดี - ดีมาก โดยตอบถูกร้อยละ 80 ขึ้นไป ในขณะที่ความรู้เรื่องระยะอาการของโรค

บุคลากรทุกสังกัดมีความรู้ ในระดับปานกลาง (ตอบถูกร้อยละ 53) ผลจากการประเมินความสามารถตนเอง(คะแนนเต็ม 3) พบว่า 1) ด้านความสามารถในการเฝ้าระวังและเตือนภัย มีศักยภาพสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.58) 2) ด้านความสามารถในการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย มีศักยภาพสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.62) 3) ด้านความสามารถในการค้นหาผู้ป่วย มีศักยภาพสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.38) 4) ด้านความสามารถในการควบคุมยุงพาหะ มีศักยภาพปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.08) และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีศักยภาพสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.68) สำหรับผลการประเมินความรู้และการทำกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 25 คน พบว่า อสม.มีความรู้มาก (คะแนนเฉลี่ย = 9.8 /เต็ม 12 คะแนน) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 10 และค่าคะแนนสูงสุด - ต่ำสุด เท่ากับ 11 และ 7 คะแนน ตามลำดับ ผลการประเมินความรู้โรคไข้มาลาเรียของอสม. พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้โรคไข้มาลาเรียในระดับดีถึงดีมาก มีเพียงประเด็นการติดต่อของโรคแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและประเด็นสิ่งที่ควรทำเมื่อเกิดความผิดปกติหลังรับประทานยา ที่ตอบถูกในระดับปานกลาง โดยพบว่าร้อยละ 44 ไม่ทราบว่าหากรับประทานยารักษาไข้มาลาเรียแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ ควรเปลี่ยนมารับประทานยาหลังอาหารทันที และร้อยละ 36 ไม่ทราบว่า หากรับประทานยาแล้วปัสสาวะมีสีเข้มหรือดำมากขึ้นให้หยุดทานยาแล้วรีบไปพบแพทย์ ด้านงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ทั้งสามจังหวัดมีงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอในการควบคุมโรคมาลาเรีย โดยมีแหล่งงบประมาณหลักจากงบประมาณกองทุนโลกด้านมาลาเรีย และงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและ

เทศบาล ในการจัดหา ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ในการตรวจเลือด สำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรนั้น พบว่าในจังหวัดที่เป็นพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง (อุบลราชธานีและศรีสะเกษ) มีการฝึกอบรมทบทวนฟื้นฟูความรู้ด้านไข้มาลาเรียเป็นประจำทุกปี รวมถึงการพัฒนาทักษะการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ซึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการเน้นในพื้นที่อำเภอเสี่ยงสูง ส่วนจังหวัดอุบลราชธานีดำเนินการทุกอำเภอในจังหวัด สำหรับพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ (มุกดาหาร) มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านมาลาเรียครั้งล่าสุดให้ทีมควบคุมโรคระดับตำบล (SRRT) เมื่อช่วงปีพ.ศ. 2559-2560 ในส่วนของบุคลากรที่ดำเนินการในพื้นที่ พบว่า ทั้งสามจังหวัดมี Malaria Post (MP) ปฏิบัติงานทั้งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและปฏิบัติงานที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ให้บริการเจาะเลือดประชาชนที่สงสัยป่วย ยกเว้นจังหวัดมุกดาหาร มีนโยบายเชิงรุกร่วมกับการตั้งรับ โดยให้ MP ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกด้วยชุดตรวจ Rapid Diagnostic Test (RDT) และให้สุขศึกษากลุ่มเสี่ยงทุกเดือน

ปัญหาอุปสรรค พื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อต่ำกับพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อสูง ไม่มีความแตกต่างในเรื่องของโครงสร้างองค์กร งบประมาณและทรัพยากร แต่พบความแตกต่างด้านศักยภาพของเจ้าหน้าที่เนื่องจากพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำมีคนไข้ในพื้นที่น้อย ทำให้เจ้าหน้าที่ขาดความชำนาญในการสอบสวนโรค

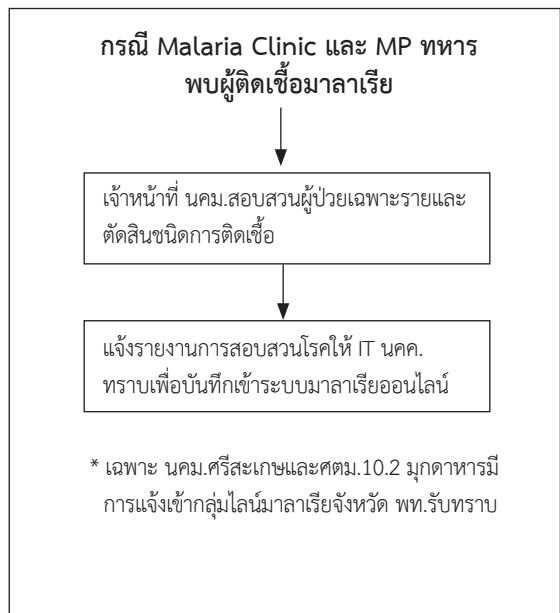
ด้านกระบวนการ ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กระบวนการในการนำมาตรการ 1-3-7 ลงไปปฏิบัติ มีดังนี้

การแจ้งเตือนผู้ป่วยภายใน 1 วัน มีรูปแบบการดำเนินงานโดยใช้การประสานงานหลักผ่านทางไลน์กลุ่มมาลาเรียจังหวัด ทั้งในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูงและพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ พบความ

แตกต่างในหน่วยควบคุมโรคนำโดยแมลง (นคม.) จังหวัดอุบลราชธานีทั้งสองแห่ง ที่ Malaria Clinic (MC) ไม่ได้แจ้งข้อมูลผู้ป่วยเข้ากลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัด ทำให้เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ/ตำบลไม่ทราบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ ในส่วนของพื้นที่แพร่เชื้อต่ำ (มุกดาหาร) มีการประสานงานเพิ่มเติมระหว่างหน่วยงานระดับจังหวัดและศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ทาง E-mail และโทรศัพท์

ปัญหาอุปสรรค กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล หรือในช่วงวันหยุดติดต่อกันหลายวัน หรือการเจาะเลือดผู้ต้องขังต่างด้าวแล้วนำผลตรวจมาปรึกษาแพทย์และรับเพียงยากกลับไป จะมีปัญหาในการส่งต่อข้อมูลของเจ้าหน้าที่ผู้รับคนไข้ กับกลุ่มงานของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในการแจ้งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ นคม. ทราบ เพื่อดำเนินการรายงานผู้ป่วยเข้าระบบมาลาเรียออนไลน์ให้ทันภายใน 1 วัน

การรายงานสอบสวนโรคผู้ป่วยเฉพาะรายและตัดสินใจของการติดเชื้อ ภายใน 3 วัน หน่วยงานที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อจะเป็นผู้สอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย ยกเว้นที่ Malaria Postของทหารที่บ้านภูมิขอรอล ต.เสาชังชัย ที่ จะแจ้งรายงานผู้ป่วยให้นคม.ศรีสะเกษเป็นผู้ดำเนินการสอบสวนโรค สำหรับการสอบสวนโรคในพื้นที่ ทีม SRRT ตำบลจะเป็นผู้สอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย และตัดสินใจแพร่เชื้อ โดยจะมี SRRT อำเภอร่วมสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายและตัดสินใจแพร่เชื้อ เฉพาะกรณีที่มีผู้ป่วยหลายๆรายพร้อมกัน จากนั้นจะส่งข้อมูลเข้ากลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัด เพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่สารสนเทศ (IT) นคม. ดำเนินการบันทึกเข้าระบบมาลาเรียออนไลน์ พบข้อแตกต่างในจังหวัดมุกดาหารที่เป็นพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่นคม.ร่วมดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายและตัดสินใจแพร่เชื้อด้วยทุกครั้ง รายละเอียดดังแผนภาพที่ 2

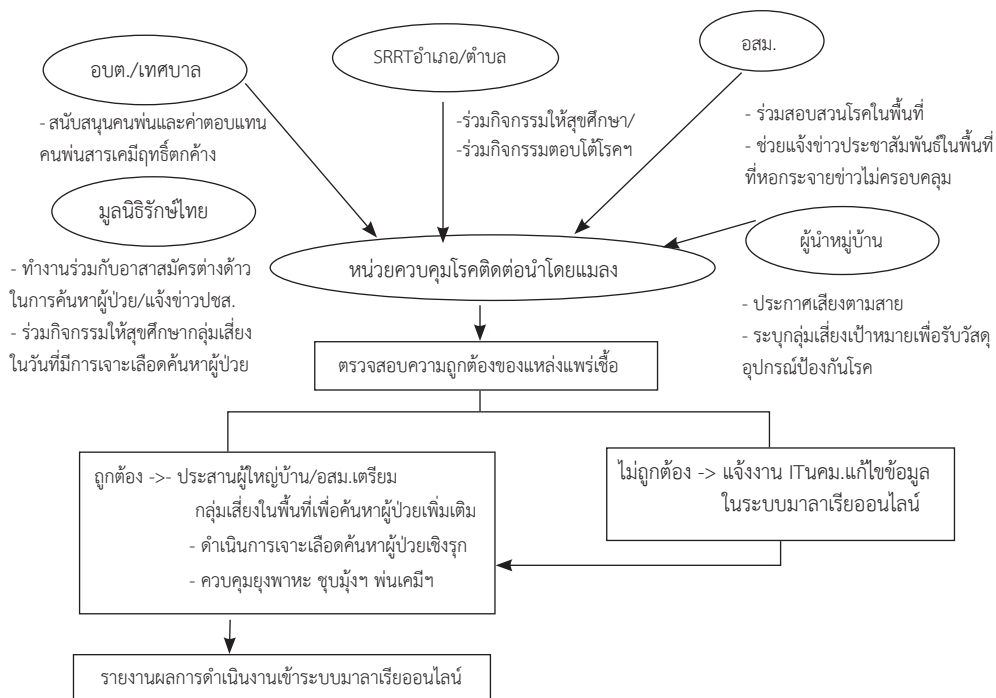


แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอน การสอบสวนโรคมมาลาเรียภายใน 3 วัน (มาตรการ 3) กรณีหน่วยงานระดับตำบล/อำเภอพบผู้ติดเชื้อ และกรณีเจ้าหน้าที่ Malaria Clinic ของนคม.เป็นผู้พบผู้ติดเชื้อ

ปัญหาอุปสรรค ผู้ให้ข้อมูลระดับเขตสุขภาพ ให้ข้อมูลว่า ข้อมูลจากการสอบสวนตามแบบ รว.3 ในบางครั้งไม่ถูกต้อง เช่น ข้อมูลแหล่งแพร่เชื้อ รายงานข้อมูลเป็นที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ป่วย แต่ไม่ใช่ที่อยู่จริงของผู้ป่วยขณะติดเชื้อ หรือผู้ป่วย ไม่ให้ข้อมูลความจริงทั้งหมดเนื่องจากเกรงว่าจะได้ รับผลกระทบจากการกระทำความผิดมาก่อน ทำให้ การตอบโต้โรคล่าช้า เป็นต้น

การสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อและตอบโต้โรค เพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ภายใน 7 วัน หน่วย ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (นคม.) จะรับทราบ ข้อมูลผู้ป่วยและตรวจสอบความถูกต้องของ แหล่งแพร่เชื้อ แล้วประสานพื้นที่ได้แก่ ผู้นำ

หมู่บ้าน อสม. และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต., เทศบาล) ในการเจาะเลือดเพื่อค้นหาผู้ป่วย เชิงรุก การควบคุมยุงพาหะด้วยการแจ่มขูบสารเคมี การฉีดพ่นสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง การให้ สุขศึกษากลุ่มเสี่ยง โดยในพื้นที่แนวชายแดนจะมี การร่วมดำเนินงานกับมูลนิธิริรักษ์ไทย ซึ่งจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ช่วยปฏิบัติงานกระจาย ขาวสารและรวบรวมจำนวนกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าร่วม กิจกรรมตอบโต้โรค เมื่อดำเนินการแล้วเสร็จ งาน IT นคม.จะบันทึกผลการดำเนินงานลงใน ระบบมาลาเรียออนไลน์ให้ทันเวลาภายใน 7 วัน รายละเอียดแสดงดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อและตอบโต้โรคมาลาเรีย โดยนคม.ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ (มาตรการ 7)

ปัญหาอุปสรรค พบว่า การเจาะเลือดเพื่อ ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ยังไม่ได้รับความร่วมมือจาก ประชาชนในบางพื้นที่ เพราะมองว่าตนอยู่ที่บ้าน

ไม่ได้เข้าป่าหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย จึงไม่ สมัครใจรับการเจาะเลือด เป็นต้น ส่วนการตอบโต้ โรคโดยควบคุมยุงพาหะไม่สามารถดำเนินการได้

ทันภายใน 7 วัน ในพื้นที่ที่มีความอ่อนไหวพิเศษ (เขตพื้นที่ทหาร)

ด้านผลผลิต ผลการดำเนินงานปีพ.ศ. 2563 จากระบบมาลาเรียออนไลน์ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ พบว่า 1) ความสามารถในการแจ้งเตือนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียภายใน 1 วัน ทั้ง 4 ตำบล ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ มากกว่าร้อยละ 80 โดยตำบลห้วยข้า ตำบลหนามแท่ง และตำบลละลาย ทำได้ร้อยละ 100 ตำบลเสาชงชัยทำได้ ร้อยละ 92 ส่วนพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียดำ (ตำบลดงเย็น จ.มุกดาหาร) ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียในปี พ.ศ. 2563 2) ด้านการสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเฉพาะรายได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ภายใน 3 วัน พบว่า ทั้ง 4 ตำบลที่พบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2563 สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 100 3) ด้านการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อและตอบโต้โรคไข้มาลาเรียได้สำเร็จ ครบถ้วนภายใน 7 วัน พบว่า ทั้ง 3 ตำบลที่มีการติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ สามารถดำเนินการตามมาตรการได้ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ มากกว่าร้อยละ 70 (ตำบลห้วยข้า ร้อยละ 83, ตำบลเสาชงชัย ร้อยละ 75, และตำบลละลาย ร้อยละ 100)

ด้านผลลัพธ์ ในพื้นที่ตำบลเสาชงชัย และตำบลห้วยข้า ยังพบการติดเชื้อมาลาเรียในเดือนต่อมา แต่เป็นการติดเชื้อจากต่างพื้นที่ ไม่พบว่ามี การติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ (Generation 2) ในแหล่งแพร่เชื้อเดิม

วิจารณ์

การประเมินการดำเนินงานแจ้งเตือนสอบสวนและตอบโต้โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ศึกษา 5 ตำบล ใน 3 จังหวัด **ด้านปัจจัยนำเข้า** จังหวัดมีงบประมาณจากกองทุนโรคดำนมาลาเรียเป็นงบหลักเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการมีกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่

โดยพบความแตกต่างในพื้นที่แพร่เชื้อกับพื้นที่หยุดการแพร่เชื้อ ซึ่งในพื้นที่แพร่เชื้อ มีการอบรม ทบสวนพื้นที่พหุความรู้ให้เจ้าหน้าที่ทุกปี แต่พื้นที่หยุดการแพร่เชื้อ มีการอบรมพื้นที่พหุความรู้ครั้งล่าสุดเมื่อปีพ.ศ. 2560 ประเด็นที่พบว่าบุคลากรระดับเขตสุขภาพ (นคม.) ตอบถูกร้อยละ 100 แต่บุคลากรระดับอำเภอ/ตำบล ตอบผิดร้อยละ 100 คือ ความรู้เรื่ององค์ประกอบการเกิดโรคไข้มาลาเรีย (ได้แก่ คน เชื้อมาลาเรีย และยุงพาหะ) พบว่า บุคลากรระดับอำเภอ/ตำบลเข้าใจว่าเป็น ป่า คน และยุงพาหะ ซึ่งอาจเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนขององค์ประกอบหลักที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรค เมื่อพิจารณาถึงผลการประเมินความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขแล้วพบว่าไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยะพร หวังรุ่งทรัพย์และคณะ⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษาและประเมินความรู้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานบริการชุมชน 48 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของโรคไข้มาลาเรียในระดับเกณฑ์ดี สำหรับการประเมินความสามารถนั้น บุคลากรสาธารณสุขประเมินตนเองว่ามีความสามารถในการเฝ้าระวังและเตือนภัย การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย การค้นหาผู้ป่วย และการเผยแพร่ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับดี - ดีมาก มีเพียงประเด็นการจัดทำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์ 3 ปีย้อนหลังและจัดทำข้อมูลเตือนภัยรายเดือนที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานระดับอำเภอและโรงพยาบาล ร้อยละ 17.6 ไม่สามารถทำได้ และพบว่า ร้อยละ 11.7 ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและรพ.สต. ไม่สามารถเจาะเลือดและตรวจวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์ได้ โดยพบความแตกต่างที่บุคลากรระดับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่หยุดการแพร่เชื้อ (A2)⁽¹⁾ มี

ข้อจำกัดในการใช้สถิติรวมถึงการนำเสนอข้อมูล และการแปลผลที่ถูกต้อง รวมถึงการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่ สำหรับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลนั้น พบว่ามีความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียในระดับดีถึงดีมาก แต่มีข้อจำกัดในองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคไข้มาลาเรียและสิ่งที่ควรกระทำเมื่อพบความผิดปกติหลังรับประทานยา ด้านกระบวนการพบว่า การดำเนินงานตามมาตรการ 1-3-7 ระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีจุดแข็งของระบบเฝ้าระวังโรค คือ ช่องทางการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมหน่วยงานทุกระดับ ผ่านทางกลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Guanyu Lu⁽⁹⁾ ที่ถอดบทเรียนความสำเร็จเรื่องมาลาเรียในการดำเนินงานรายงานแจ้งเตือนภายใน 1 วันในประเทศจีน โดยพบว่า สามารถรายงานแจ้งเตือนได้ทันภายใน 1 วัน เนื่องจากการมีโครงสร้างทางระบบเฝ้าระวังที่ดี โดยการส่งต่อข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ อย่างไรก็ดี พบข้อจำกัดในบางอำเภอที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน ไม่ได้เป็นสมาชิกในกลุ่มไลน์ของจังหวัด จึงอาจไม่ได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่นอกเหนือเขตอำเภอที่รับผิดชอบหรือไม่ปรากฏในระบบรายงานของโรงพยาบาล รวมถึงกรณีที่หน่วยมาลาเรียคลินิกบางแห่งไม่ได้แจ้งข้อมูลการพบผู้ติดเชื้อเข้าในกลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัดเพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับทราบร่วมกัน โดยรูปแบบการแจ้งเตือนข้อมูลผู้ป่วยที่พบในพื้นที่ศึกษา มีหลากหลายรูปแบบ อย่างไรก็ดี ผลการดำเนินงานในปีพ.ศ. 2563 ของหน่วยงานระดับโรงพยาบาลของทั้งสามอำเภอที่ทำการศึกษายังพบการรายงานแจ้งเตือนผู้ป่วยไม่ทันภายใน 1 วันของทั้งสามอำเภอๆ ละ 1 ราย โดยผลงานวิจัยนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยของประเทศจีน 2 ฉบับ คือ การศึกษาของ Jun Feng และคณะ⁽¹⁰⁾

และ Duoquan Wang⁽¹¹⁾ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 100 สามารถแจ้งรายงานข้อมูลผู้ป่วยได้ทันภายใน 1 วัน โดยการศึกษาของ Jun Feng เป็นการศึกษาในพื้นที่ 18 เขตปกครองที่ติดชายแดนจีน-พม่า ในช่วงปี พ.ศ. 2556 – 2557 พบผู้ป่วยจำนวน 858 ราย ที่รายงานทันตามกำหนด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Duoquan Wang ที่ศึกษาในพื้นที่มณฑลยูนนาน ในช่วงปี พ.ศ. 2555-2557 ที่มีจำนวนผู้ป่วย 260 ราย ทั้งนี้เนื่องจากในประเทศจีนมีการกำหนดให้มีการรายงานแจ้งเตือนผู้ป่วยภายใน 1 วันเป็นกฎหมายบังคับ สำหรับการรายงานการสอบสวนโรคภายใน 3 วัน นั้น พบว่าปีงบประมาณพ.ศ. 2563 พื้นที่ศึกษาทั้ง 4 ตำบล มีการดำเนินการได้ร้อยละ 100 ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของประเทศจีนทั้งสองฉบับข้างต้น ที่สามารถสอบสวนโรคภายใน 3 วันได้ร้อยละ 81.5 และ 96.3 ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ติดเชื้อของประเทศจีนอยู่ตามแนวชายแดนและเข้าถึงลำบากจึงไม่สามารถดำเนินการได้ทันตามเวลาที่กำหนด อย่างไรก็ตามพบปัญหาความไม่ครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลจากการสอบสวนโรคเบื้องต้น เช่น การระบุแหล่งติดเชื้อไม่ถูกต้องหรือขาดความชัดเจน ทำให้เกิดความล่าช้าในการสอบสวนโรคในพื้นที่ซ้ำ ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ได้รับความร่วมมือด้วยดีจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และมูลนิธิริรักษ์ไทย **ด้านผลผลิต** แม้ทั้ง 4 ตำบลจะสามารถดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายกรมควบคุมโรค แต่ยังพบว่าบางตำบลไม่สามารถแจ้งเตือนผู้ป่วยได้ทันภายใน 1 วัน จากกรณีที่พบผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อ และตอบโต้โรคในพื้นที่ทหารให้ทันภายใน 7 วัน เนื่องจากมีข้อตกลงให้ทหารเป็นผู้ดำเนินการเอง มีเพียงมาตรการสอบสวนโรคที่สามารถดำเนิน

การได้ทันภายใน 3 วัน ซึ่งการร่วมมือของเครือข่ายในการดำเนินงาน/ระบบบริหารจัดการภายในของเครือข่าย เป็นสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ **ด้านผลลัพธ์** ระบบเฝ้าระวังโรคของ 3 จังหวัดมีช่องทางหลักในการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยคือ ผ่านทาง Application Line โดยมีกลุ่มไลน์มาลาเรียระดับจังหวัด และกลุ่มไลน์ของจังหวัดกับ MP เป็นจุดแข็งในการเชื่อมต่อข้อมูลและประสานงาน ในส่วนผลลัพธ์การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ไม่พบการระบาดรุนแรงหรือไม่มีการติดเชื้อในพื้นที่เป็นวงรอบที่ 2 ในแหล่งแพร่เชื้อเดิม

ข้อเสนอแนะนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรฟื้นฟูความรู้โรคไข้มาลาเรีย และพัฒนาทักษะในการสอบสวนโรค การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกให้กับเจ้าหน้าที่ทั้งระดับอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง
2. ควรฟื้นฟูความรู้เรื่องอาการของโรค และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อพบความผิดปกติหลังการรับประทานยาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ใหญ่บ้านและอสม. ในการชุมชนด้วยสารเคมีฤทธิ์ตกค้างในพื้นที่แพร่เชื้ออย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการรับ-ส่งข้อมูลสองทางในกลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัด โดยแจ้งรายงานข้อมูลผู้ป่วยทุกรายในพื้นที่ไม่ว่าหน่วยงานใดจะเป็นผู้ตรวจพบผู้ติดเชื้อไข้มาลาเรีย เพื่อประโยชน์ในการประสานงาน และควบคุมกำกับกับการดำเนินงานระดับพื้นที่ รวมถึงการจัดทำ QR Code ไลน์กลุ่มมาลาเรียจังหวัดให้มีความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใหม่ เพื่อ Scan เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม

4. ควรจัดทำแนวทางการรายงานแจ้งเตือนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียของจังหวัด สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานหรือการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่
5. ควรมีสร้างเครือข่ายกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นจริงจากการสอบสวนโรค

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานกำจัดไข้มาลาเรียประจำปี 2562. เอกสารอัดสำเนา.
3. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง. แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคมาลาเรียสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
4. เชาว์ อินโย. การประเมินโครงการ Program Evaluation. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พรินท์ (1991); 2553.
5. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรอบรมวิทยาการเพื่อยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.

6. รุ่งระวี ทิพย์มนตรี, นารธดา ชันธิกุล. ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
7. กระทรวงสาธารณสุข. โครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย ระบบมาลาเรียออนไลน์. [อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก: malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/index_v2.php
8. ปิยะพร หวังรุ่งทรัพย์, สุพจน์ รัตนเพียร, สุธน คุ่มเพชร, สถิต บุญเป็ง, ปรีชา เปรมปรี. การประเมินศักยภาพความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขด้านมาลาเรียเพื่อรองรับงานกำจัดโรคมาลาเรียในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(4): 663-72
9. Guangyu Lu, Yaobao Liu, Claudia Beirsmann, Yu Feng, Jun Cao, Olaf Muller. Challenges in and lessons learned during the implementation of the 1-3-7 malaria surveillance and response strategy in China: a qualitative study. Infectious Diseases of Poverty 2016;5:94.
10. Jun Feng, Juan Liu, Xinyu Feng, Li Zhang, Huihui Xiao. Towards Malaria Elimination: Monitoring and Evaluation of the “1-3-7” approach at the China-Myanmar Border. Am J Trop Med Hyg 2016;95(4): 806-10.
11. Duoquan Wang, Chris Cotter, Xiaodong Sun, Adam Bennett, Roly D. Gosling and Ning Xiao. Adapting the local response for malaria elimination through evaluation of the 1-3-7 system performance in the China-Myanmar border region. Malaria Journal 2017;16:54.

การพัฒนารูปแบบการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนที่พักอาศัย ในชุมชนคอนโดมิเนียมในเมืองใหญ่

A Development Model for Improving Quality of Life in Health Aspect of Condominium Community Residents in Big Cities

นิติรัตน์ พูลสวัสดิ์*, รุจิรา ตรีกุลพัฑ, ศุภรัตน์ บุญนาค, แก้วใจ มาทอง, ธัญญา รอดสุข
Nitirat Poonsawat*, Rujira Tragoolpua, Suparat Boonnak, Kaewjai Mathong, Tanya Rodsook

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
Institute for Urban Disease Control and Prevention

*Correspondence to: npoonsawat@yahoo.com

Received: Nov 30, 2021 | Revised: Mar 23, 2022 | Accepted: Apr 20, 2022

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนในเมืองปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยพักอาศัยในคอนโดมิเนียม ซึ่งส่วนใหญ่ยังขาดระบบการดูแลสุขภาพของผู้พักอาศัย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียม และพัฒนารูปแบบการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคให้กับผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียม ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการในพื้นที่ อาคารชุดลุมพินี คอนโดทาวน์ กรุงเทพมหานคร และอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนธิเบศร์ (ท่าอิฐ) จังหวัดนนทบุรี ในระหว่างเดือนเมษายน 2558 – มีนาคม 2560 ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพ 2) การจัดทำข้อมูลด้านสุขภาพ 3) การสร้างและพัฒนาจิตอาสาคอนโดมิเนียม 4) การสร้างการมีส่วนร่วม 5) การติดตามประเมินผล 6) การขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ พบว่า 1) ผลการประเมินสถานะสุขภาพ หลังดำเนินการผู้พักอาศัยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นทั้งด้านการวัดความดันโลหิต การวัดระดับไขมันในเลือด การตรวจน้ำตาลในเลือด BMI การสำรวจลูกน้ำยุงลาย ค่า HI , CI ลดลง 2) เกิดข้อมูลด้านสุขภาพรายบุคคล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน (น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว BMI) ข้อมูลปัญหาสุขภาพ (โรคเรื้อรัง โรคติดต่อ) ข้อมูลสิทธิการรักษา 3) เกิดจิตอาสาคอนโดมิเนียม จำนวน 100 คน ได้แก่ ประธาน คณะกรรมการ ผู้จัดการ เจ้าหน้าที่นิติบุคคล แม่บ้าน รปภ. และผู้พักอาศัย 4) เกิดการมีส่วนร่วมทั้งจิตอาสาคอนโดมิเนียมและหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชนผู้พักอาศัย มีการให้ความรู้ด้านโรคและภัยสุขภาพ ผักตรวจสุขภาพเบื้องต้น และมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค มีการติดตามข้อมูลสถานะสุขภาพด้วยตนเองของจิตอาสาและผู้พักอาศัยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และยังมีฐานข้อมูลสุขภาพบุคคลและภาพรวม ดังนั้นภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนในการพัฒนาระบบ กลไกและงบประมาณ เพื่อรองรับการขับเคลื่อนและขยายผลการพัฒนาสุขภาพในรูปแบบ Healthy Condo Model สำหรับอาคารแนวสูงไปยังพื้นที่เขตเมืองอื่นๆ ทั่วประเทศ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ชุมชนคอนโดมิเนียม, เมืองใหญ่, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Abstract

Nowadays, rapid changes in social, economy and culture in cities have been observed. So people adjust their lifestyle to live in condominium where basic services for living are provided but not healthcare system for residents. This research aimed to assess health status and health needs of condo residents and to develop their capacities on health promotion, disease surveillance, prevention and control. The action research was conducted at Lumpini Condotown at Ramintra-Ladplakao Roads, Bangkok and Baan Eua Arthorn, Rattanakosin (Tha It), Bangkok Noi, Muang District, Nonthaburi Province between April 2015 and March 2017, and consisted with 1) health status and health needs assessment 2) health information preparation 3) condominium volunteer developing 4) participation 5) monitoring and evaluation 6) performance expanding to other areas. The results found that 1) The health assessment results was better than after the operation in terms of blood pressure, cholesterol, blood sugar, BMI, decreasing of mosquito larvae survey; HI, CI. 2) Individual health information including basic information (weight, height, waist circumference, BMI), health problems information (chronic disease, communicable disease), rights of treatment information. 3) 100 condominium volunteers, namely the chairman of the board, manager, juristic officer, housewife, security guard, and residents. 4) There was participation from condominium volunteers and private government agencies and related network partners to benefit the health of residents by providing knowledge on diseases and health hazards, basic health checks practicing and disease surveillance, prevention and control. There was self-monitoring of health status of volunteers and residents with public health officials to support ongoing action and there was also a database of personal health and overview. Therefore, relevant sectors should support the development of the system, mechanism and budget to support driving and health development results expanding in the form of Healthy Condo Model for vertical buildings to other urban areas over nationwide.

Keywords: model development, condominium community, big cities, quality of life in health

บทนำ

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศไทยที่ไม่ได้เป็นแค่ศูนย์กลางเศรษฐกิจของประเทศเท่านั้น แต่ยังเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจที่สำคัญของอาเซียนด้วย มีประชากรตามทะเบียนราษฎรจำนวน 5,697,117 คน⁽¹⁾ เมื่อรวม

ประชากรแฝง กรุงเทพมหานครจะมีประชากรราว 8,839,022 คน หรือประมาณร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ และหากนับรวมประชากรที่เดินทางจากจังหวัดปริมณฑลโดยรอบที่เข้ามาทำงานในกรุงเทพฯ และชาวต่างชาติ จะพบว่า

ประชากรอยู่ในกรุงเทพมหานครมากกว่า 10 ล้านคน⁽¹⁾ การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมและเศรษฐกิจทำให้ประชาชนในเมืองปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยพักอาศัยในคอนโดมิเนียมมากขึ้นในปัจจุบัน ดังจะเห็นได้ว่าในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนคอนโดมิเนียมมากกว่า 1,900 โครงการ มีจำนวนผู้พักอาศัยไม่ต่ำกว่า 1 ล้านคน⁽¹⁾ ข้อมูลกรมที่ดิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา ยอดโอนกรรมสิทธิ์ที่พักที่เป็นคอนโดมิเนียมแซงหน้าที่อยู่อาศัยประเภทอื่นๆ โดยปี พ.ศ. 2556 มากกว่า 50,000 หน่วย⁽¹⁾ จะเห็นได้ว่าตลาดที่อยู่อาศัยที่เป็นคอนโดมิเนียมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะคอนโดมิเนียมระดับราคาปานกลางคือ 1-3 ล้านบาท เนื่องจากมีฐานตลาดค่อนข้างกว้าง กลุ่มลูกค้ากระจายอยู่หลายทำเลทั่วกรุงเทพมหานครและพื้นที่ซึ่งเป็นเขตรอยต่อของจังหวัดปริมณฑล เช่น นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของรูปแบบการอยู่อาศัยในคอนโดมิเนียมของคนรุ่นใหม่ในหัวเมืองต่างจังหวัด เช่น เชียงใหม่และชลบุรี ก็กำลังเพิ่มขึ้นเช่นกัน⁽¹⁾

คอนโดมิเนียมส่วนใหญ่จัดให้มีการบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการอยู่อาศัย แต่ไม่พบว่ามี การจัดระบบการดูแลสุขภาพของผู้อยู่อาศัยในชุมชนคอนโดมิเนียมที่ชัดเจน ซึ่งนับวันจะมีประชากรในที่พักประเภทนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเป็นที่รับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในกลุ่มวัยทำงานเป็นโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตสมัยใหม่ เช่น โรคอ้วน โรคไม่ติดต่อต่างๆ โรคภูมิแพ้ และยังมีปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และมีความยากลำบากในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อต่างๆ ปัจจุบันมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคอนโดมิเนียมหลายฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติอาคารชุด ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2551 และกฎกระทรวงที่ออกภายใต้พระ

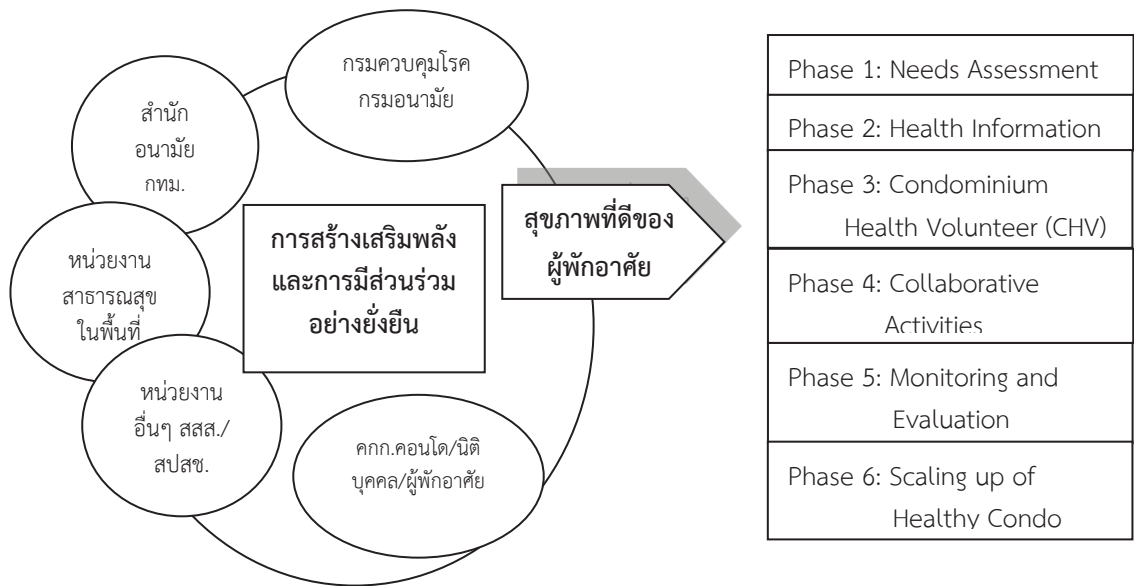
ราชบัญญัติอาคารชุด พระราชบัญญัติการผังเมือง พ.ศ. 2518 พระราชบัญญัติการผังเมือง พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติการจัดการดูแลผลประโยชน์ของคู่สัญญา พ.ศ. 2551 เป็นต้น⁽²⁾ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้ผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียมมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ยังไม่ครอบคลุมเรื่องการดูแลสุขภาพโดยตรง และผู้พักอาศัยมีสิทธิการรักษาพยาบาลที่หลากหลายแตกต่างกันไป ตั้งแต่สิทธิตามหลักประกันสุขภาพ ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ ประกันสุขภาพของเอกชน และจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง รวมทั้งไม่มีระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะเข้าถึงประชาชนในชุมชนคอนโดมิเนียมที่จะสื่อสารข่าวสารสุขภาพและช่วยเหลือในการแก้ปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งในต่างประเทศได้พัฒนาการออกแบบอาคารเขียวที่มีผลต่อปัจจัยด้านสุขภาวะในที่อยู่อาศัยมากขึ้น สำหรับในประเทศไทยเริ่มให้การตระหนักถึงการจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะโดยการเคหะแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ บริษัท แอล.พี.เอ็น.ดีเวลลอปเม้นท์ จำกัด (มหาชน) ทำโมเดลการบริหารจัดการชุมชนอาคารชุด และแนวทางสร้างสุขภาวะของผู้อยู่อาศัยและใช้ชีวิตในอาคารชุด เป็นต้น แต่ประเด็นส่งเสริมสุขภาวะในคอนโดมิเนียมยังไม่ค่อยมีการกล่าวถึง⁽³⁾

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (ชื่อเดิม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ) และหน่วยงานพันธมิตรเล็งเห็นถึงความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคของผู้พักอาศัยในชุมชนคอนโดมิเนียม จึงจัด

ทำโครงการพัฒนารูปแบบการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในเมืองใหญ่ที่เป็นชุมชนคอนโดมิเนียม ในชื่อ “Healthy Condo Model” ภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว หรือ One Health” โดยดำเนินการร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม

จากองค์ความรู้และประสบการณ์แบบสหสาขาในการจัดการระบบการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนผู้อยู่อาศัยในคอนโดมิเนียม เพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับบริบทต่อไป

กรอบโครงสร้างการทำงาน Healthy Condo Model



รูปที่ 1 กรอบโครงสร้างการทำงาน Healthy Condo Model

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียม
- 2) พัฒนารูปแบบการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคให้กับผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียม ด้วยรูปแบบ Healthy Condo Model

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในเมืองใหญ่ที่เป็นชุมชนคอนโดมิเนียม ด้วยรูปแบบ Healthy Condo Model เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดของ Kurt Lewin มีองค์ประกอบคือ วางแผน ปฏิบัติ ประเมินผล และสะท้อนผล⁽⁴⁾

กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มที่ร่วมกันพัฒนารูปแบบ ได้แก่ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักวิชาการส่วนกลาง กรมควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน สำนักงานเขตบางเขน ศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯ กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี หน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ของคอนโดมิเนียม นิติบุคคลคอนโดมิเนียมและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จำนวน 30 คน

2. กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ จิตอาสา (ประธาน คณะกรรมการ ผู้จัดการ เจ้าหน้าที่นิติบุคคล แม่บ้าน รปภ. และผู้พักอาศัย) จำนวน 100 คน และผู้พักอาศัย จำนวน 867 คน โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ กรุงเทพฯ 1 แห่ง คือ อาคารชุดลุมพินีคอนโดทาวน์ กรุงเทพมหานคร และในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี 1 แห่ง คือ อาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนวิเศษ (ท่าอิฐ) จังหวัดนนทบุรี ระยะเวลาดำเนินงาน 2 ปี (เมษายน 2558 – มีนาคม 2560)

ขั้นตอนการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้ววางแผน

มีการประชุมปรึกษาหารือผู้เชี่ยวชาญเพื่อวางแผน กำหนดรูปแบบการศึกษา และการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ สำนักวิชาการส่วนกลาง กรมควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน สำนักงานเขตบางเขน ศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯ กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี หน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่

ของคอนโดมิเนียม คณะกรรมการนิติบุคคล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

2. ขั้วปฏิบัติ มีรูปแบบที่พัฒนา “Healthy Condo Model” ดังนี้

2.1 การประเมินสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพ

2.1.1 การประเมินสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้พักอาศัยในชุมชนคอนโดมิเนียม ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ สิทธิการรักษา และความสนใจเรื่องสุขภาพ โดยสำรวจแบบ Cross-sectional Survey ในอาคารชุดลุมพินี คอนโดทาวน์ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1 วันที่ 11 -18 กรกฎาคม 2558 ครั้งที่ 2 วันที่ 18-26 มีนาคม 2560 และอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนวิเศษ (ท่าอิฐ) จังหวัดนนทบุรี ครั้งที่ 1 วันที่ 6-13 กันยายน 2558 ครั้งที่ 2 วันที่ 8-15 พฤษภาคม 2559

2.1.2 วิเคราะห์และจัดประเภทข้อมูลพื้นฐานและความต้องการด้านการพัฒนาสุขภาพของผู้พักอาศัยในชุมชนคอนโดมิเนียม และคืนข้อมูลให้ชุมชน

2.2 การจัดทำข้อมูลด้านสุขภาพ

โดยให้จิตอาสาและผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียม จัดทำข้อมูลด้านสุขภาพรายบุคคล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน (น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว BMI) การติดตามข้อมูลสถานะสุขภาพด้วยตนเอง ข้อมูลปัญหาสุขภาพ (โรคเรื้อรัง โรคติดต่อ) จัดทำระบบข้อมูลสุขภาพ และระบบการให้บริการตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาล

2.3 การสร้างและพัฒนาจิตอาสาคอนโดมิเนียม

2.3.1 สร้างและพัฒนาจิตอาสาคนโตมเนียมจำนวน 1 คน ต่อ ห้องพัก 30 ห้อง โดยหน่วยงานที่ร่วมกันพัฒนารูปแบบ และกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันคิดและดำเนินการ

2.3.2 จัดตั้งคลินิกสุขภาพในคอนโดมิเนียมที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยจิตอาสาเป็นผู้ตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้พักอาศัย เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณ BMI วัดความดันโลหิตสูง และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

2.4 การสร้างการมีส่วนร่วม

เป็นการสนับสนุนให้ประชาชนที่พักอาศัยในคอนโดมิเนียม นิติบุคคล และคณะกรรมการได้มีบทบาทสร้างการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา วางแผนการดำเนินงาน ลงทุนทรัพยากร และปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามและประเมินผลงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมประชุมวางแผนดำเนินการดูแลสุขภาพ ประชุมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ประชุมจัดทำแผนการจัดการสุขภาพ โดยมีผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วม ได้แก่ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเขตบางเขน ศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯ กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี หน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ของคอนโดมิเนียม ประธาน คณะกรรมการ นิติบุคคล จิตอาสา และตัวแทนผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียม

3. ชั้นประเมินผล

มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเขตบางเขน ศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯ กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี หน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ของคอนโดมิเนียม ประธาน คณะกรรมการ นิติบุคคล จิตอาสา และตัวแทนผู้พัก

อาศัยในคอนโดมิเนียมร่วมดำเนินงาน

4. ชั้นสะท้อนผล โดยจิตอาสา ผู้พักอาศัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีกิจกรรมดังนี้

4.1 ส่งคืนข้อมูลให้ชุมชน รวมถึงมีเวทีสะท้อนผลงานให้กับชุมชน

4.2 ประชุมสัมมนานำเสนอผลงานของรูปแบบการพัฒนาสุขภาพของชุมชนคอนโดมิเนียม การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามในการประเมินสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียมแบบสำรวจลูกน้ำยุ่งลาย และแอปพลิเคชันทันระบบ ประชากรที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือห้องพักอาศัยทุกห้องพักของชุมชนคอนโด โดยสุ่มตัวอย่างห้องพักอาศัย คอนโดมิเนียมทั้ง 2 แห่ง มีจำนวนห้องพักเป็นหลักพัน จึงใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10% โดยการสุ่มทุกอาคารทุกชั้นด้วยวิธีสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในเมืองใหญ่ที่เป็นชุมชนคอนโดมิเนียม โดยดำเนินการในพื้นที่ 2 แห่ง คือ อาคารชุดลุมพินีคอนโดทาวน์ กรุงเทพมหานคร และอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนานิเบศร์ (ท่าอิฐ) จังหวัดนนทบุรี ได้ผลการศึกษาในประเด็นที่สำคัญๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การสำรวจสถานะสุขภาพและการประเมินความต้องการของชุมชน (Need Assessment)

1.1 อาคารชุดลุมพินีคอนโดทาวน์รามอินทรา-ลาดปลาเค้า

ผลการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของผู้พักอาศัยในอาคารชุดลุมพินีคอนโดทาวน์รามอินทรา-

ลาดปลาเค้าทั้ง 2 ครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างของผู้พักอาศัยเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.5) มีอายุอยู่ระหว่าง 15-40 ปี (ร้อยละ 80.6) ซึ่งเป็นวัยแรงงาน สถานภาพส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 70.1) ระดับการศึกษาจบปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 86.8) อาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ 43.0) ซึ่งสอดคล้องกับสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งมีบัตรประกันสังคมมากที่สุด (ร้อยละ 45.0) สถานบริการสาธารณสุขที่ใช้บริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 64.0) ผู้พักอาศัยมีการประเมินสุขภาพตนเองดีถึงดีเยี่ยม (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 42.0 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 74.9) ส่วนใหญ่ผู้พักอาศัยไม่มีโรคประจำตัว (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 79.5 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 75.4) มีบางส่วนที่มีโรคประจำตัว คือ โรคภูมิแพ้ (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 30.1 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 25.8) และโรคความดันโลหิตสูง (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 21.7 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 13.4) การได้รับการตรวจระดับไขมันในร่างกาย (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 75.5 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 65.4) การตรวจระดับความดันโลหิต (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 86.7 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 80.3) และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 73.3 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 69.0) ทั้ง 3 รายการส่วนใหญ่ได้รับการตรวจภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนเคยได้รับการตรวจระดับไขมันในร่างกาย ตรวจระดับความดันโลหิต และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 1 ปี

สำหรับผลการสำรวจข่าวสารสุขภาพที่ผู้พักอาศัยให้ความสนใจมากที่สุด คือ ข้อมูลข่าวสารด้านอาหาร (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 32.7 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 38.6) รองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกาย (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 37.1 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 29.1) และด้านโรคระบาด (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 17.3 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 12.7) สำหรับความต้องการให้หน่วยงาน

สาธารณสุขเข้ามาดูแลด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้พักอาศัยมีความต้องการให้หน่วยงานสาธารณสุขเข้ามาตรวจสุขภาพให้ (ร้อยละ 27.9) และอบรมให้ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญๆ โดยเฉพาะช่วงที่มีโรคระบาด (ร้อยละ 11.6) และต้องการให้คอนโดมิเนียมมีการดูแลสุขภาพในด้านอบรมให้ความรู้ (ร้อยละ 32.8) มีสื่อประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 23.4) และมีกิจกรรมรักสุขภาพ (ร้อยละ 17.4)

1.2 อาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนานิเบศร์ (ท่าอิฐ)

ผลการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของผู้พักอาศัยในอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนานิเบศร์ (ท่าอิฐ) ทั้ง 2 ครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างของผู้พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.5) มีอายุอยู่ระหว่าง 15-40 ปี (ร้อยละ 49.1) มากที่สุด รองลงมา ระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 45.9) สถานภาพส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 55.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. (ร้อยละ 36.2) อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง (ร้อยละ 24.3) รองลงมา คือ พนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ 22.0) มีสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งมีบัตรประกันสังคมมากที่สุด (ร้อยละ 42.5) รองลงมา คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทองรักษาทุกโรค) (ร้อยละ 36.9) สถานบริการสาธารณสุขที่ใช้บริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 68.8) ผู้พักอาศัยมีการประเมินสุขภาพตนเองดีถึงดีเยี่ยม (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 47.6 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 48.9) ผู้พักอาศัยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 65.8 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 63.7) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 29.5 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 40.8) รองลงมา คือ โรคภูมิแพ้ (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 14.7 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 13.4) และโรคเบาหวาน (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 12.6 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 13.4)

การได้รับการตรวจระดับไขมันในร่างกาย (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 63.1 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 76.7) การตรวจระดับความดันโลหิต (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 75.0 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 79.5) และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 66.1 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 76.9) ทั้ง 3 รายการส่วนใหญ่ได้รับการตรวจภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนเคยได้รับการตรวจระดับไขมันในร่างกาย ตรวจระดับความดันโลหิต และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 1 ปี

สำหรับผลการสำรวจข่าวสารสุขภาพที่ผู้พักอาศัยให้ความสนใจมากที่สุด คือ ข่าวสารด้านโรคระบาด (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 27.6 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 24.5) รองลงมา คือ ด้านอาหาร (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 23.6 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 21.3) ด้านการรักษาโรค (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 22.3 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 22.1) และด้านการออกกำลังกาย (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 20.2 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 16.2) ตามลำดับ สำหรับความต้องการให้หน่วยงานสาธารณสุขเข้ามาดูแลด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้พักอาศัยมีความต้องการให้หน่วยงานสาธารณสุขเข้ามาตรวจสุขภาพให้ (ครั้งที่ 1 ร้อยละ 51.5 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 44.6) และต้องการให้คอนโดมิเนียมมีการดูแลสุขภาพในด้านอบรมให้ความรู้ (ร้อยละ 55.5) มีสื่อประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 40.1) และมีกิจกรรมรณรงค์ (ร้อยละ 13.8)

ส่วนที่ 2 การจัดทำข้อมูลด้านสุขภาพ

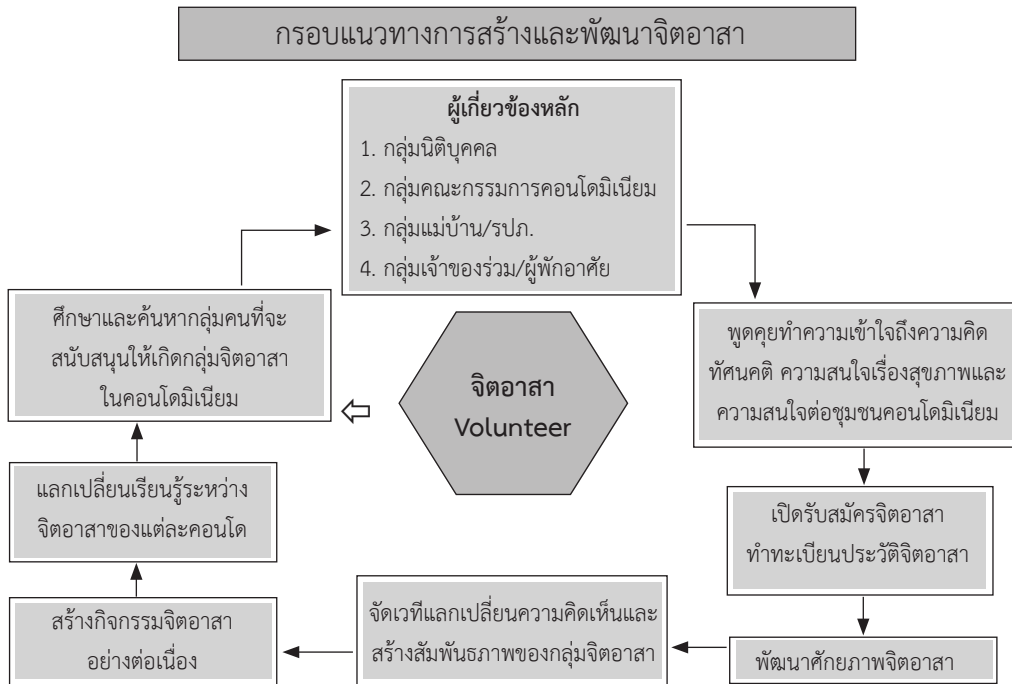
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ได้พัฒนาโปรแกรมวิเคราะห์และติดตามข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นสำหรับชุมชนแนวสูง ในรูปแบบของเว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งหลังจากที่ผู้พักอาศัยได้ตรวจสุขภาพเบื้องต้นทุกครั้งจะมีการบันทึกข้อมูลสุขภาพ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว BMI และค่าความดันโลหิต รวมถึงข้อมูลปัญหาสุขภาพ (โรคเรื้อรัง โรคติดต่อ) และข้อมูลสิทธิรักษา

พยาบาล โดยโปรแกรมนี้มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพและโปรแกรมติดตามสุขภาพเบื้องต้นของผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียม/ชุมชนแนวสูง 2) จัดเก็บรวบรวมและแสดงผลข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นของผู้พักอาศัยคอนโดมิเนียม/ชุมชนแนวสูงผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ 3) วิเคราะห์ประเมินผลและแสดงผลสุขภาพของผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียม/ชุมชนแนวสูงแบบหลายมุมมอง เพื่อสนับสนุนการให้บริการของภาครัฐ โดยขอบเขตการดำเนินงานได้แก่ พัฒนาโปรแกรมวิเคราะห์และติดตามสุขภาพเบื้องต้นของผู้พักอาศัยในชุมชนแนวสูงหรือคอนโดมิเนียม ครอบคลุมถึงการรายงานสถานะการวิเคราะห์สุขภาพรายครั้ง/รายบุคคล และเป็นสถิติผลการวิเคราะห์สุขภาพรายบุคคล กลุ่มประชากรสำหรับใช้งานโปรแกรมฯ คือ ผู้พักอาศัยในอาคารชุด จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ ผู้พักอาศัยอาคารชุดลุมพินีคอนโดทาวน์ กรุงเทพมหานคร และอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนนิสเปร์ (ท่าอิฐ) จังหวัดนนทบุรี ซึ่งผู้ทดลองใช้ คือ กลุ่มจิตอาสาของคอนโดมิเนียมทั้ง 2 แห่ง รวม 100 ราย

ส่วนที่ 3 การสร้างและพัฒนาจิตอาสาคอนโดมิเนียม

การสร้างจิตอาสาจากผู้เกี่ยวข้องกับชาวคอนโดจะเป็นกลไกหนึ่งในการดูแลสุขภาพชาวคอนโดซึ่งเปรียบเสมือนกับการมี อสม. ในเขตชุมชน ซึ่งการสร้างจิตอาสาในเขตเมืองไม่ใช่เรื่องง่าย ดังนั้นในระยะเริ่มต้นจึงเริ่มด้วยกลุ่มนิติบุคคล ประธาน คณะกรรมการ ผู้จัดการ เจ้าหน้าที่ กลุ่มแม่บ้าน รปภ. และผู้พักอาศัย

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ได้พัฒนาและเสนอแนวทางการสร้างและพัฒนาจิตอาสาในคอนโดมิเนียม ตามกรอบแนวทางรายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวทางการสร้างและพัฒนาจิตอาสาในคอนโดเนียม

จิตอาสา 1 คน ดูแลผู้พักอาศัยในห้องพัก 30 ห้อง โดยจิตอาสาได้รับการพัฒนาศักยภาพให้ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ฝึกปฏิบัติการตรวจ คัดกรองโรคเบื้องต้น และฝึกการช่วยชีวิต การกู้ชีพ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝึกอบรมให้เป็นเวลา 1 วัน และหน่วยงานสาธารณสุขสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว เป็นต้น โดยนิติบุคคลมีการจัดมุมสุขภาพในคอนโด และ จิตอาสาสลับกันให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น จากนั้นมีการสร้างกิจกรรมสุขภาพด้วยกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจิตอาสาเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่คือ 1) ให้คำแนะนำ ถ่ายทอด ความรู้แก่เพื่อนบ้าน 2) ให้บริการตรวจสุขภาพ เบื้องต้นได้ เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณ BMI วัดความดันโลหิต และให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ 3) เผื่อระวังป้องกันควบคุมโรคใน

คอนโดเนียม 4) ประสาน รายงานสถานการณ์โรค เบื้องต้นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 5) ดูแล มุมสุขภาพในคอนโดเนียม สำหรับสิทธิประโยชน์ ของจิตอาสา คือ 1) ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่าง ต่อเนื่อง 2) ได้รับเวชภัณฑ์ในการดูแลสุขภาพ เบื้องต้น 3) ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ หรือวัคซีนสำคัญอื่นๆ ซึ่ง จากการดำเนินงาน ได้จิตอาสาในคอนโดเนียมทั้ง 2 แห่ง จำนวน 100 คน (กลุ่มพินีคอนโดทาวน์ 40 คน และอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนานิเบศร 60 คน)

ส่วนที่ 4 การสร้างการมีส่วนร่วม

การสร้างการมีส่วนร่วม เน้นหลักการมี ส่วนร่วมของจิตอาสา นิติบุคคล และผู้พักอาศัย โดยให้แนวคิดการจัดการดูแลสุขภาพที่นิติบุคคล สามารถดำเนินการได้เอง โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นทีม ที่เลี้ยงคอยเสริมพลัง (Empowerment) เป็นการ สนับสนุนให้ประชาชนที่พักอาศัยในคอนโดเนียม

นิติบุคคล และคณะกรรมการ ได้มีบทบาทสร้าง การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของ ปัญหา วางแผนการดำเนินงาน ลงทุนทรัพยากร และปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามและประเมินผลงาน อย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำแผนกิจกรรมสุขภาพ โดยจิตอาสา ผู้พักอาศัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนาในประเด็นสำคัญคือ การสร้าง ระบบข้อมูลสุขภาพ การสร้างระบบเฝ้าระวัง การสร้างระบบการสื่อสารด้านสุขภาพกับสมาชิก ในคอนโด การดูแลสุขภาพของชุมชนคอนโดมิเนียม สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม การให้บริการ เชิงรุก จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแล สุขภาพ และเยี่ยมเสริมพลัง การผลิตสื่อต้นแบบ ในการดูแลสุขภาพของชุมชนคอนโดมิเนียม การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และการจัดให้มี สถานที่ปลอดบุหรี่ เป็นต้น

ส่วนที่ 5 การติดตามประเมินผล

มีการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงาน ทั้งระดับนโยบาย ระดับองค์กร และระดับ ตัวบุคคล ดังนี้

ผลสำเร็จระดับนโยบาย

1. ผู้บริหารของสำนักงานใหญ่ลุมพินี คอนโดมิเนียมเห็นความสำคัญและประโยชน์ของ โครงการ จึงได้ผลักดันเป็นนโยบายระดับสูงด้าน สุขภาพคือ 1) บรรลุความรู้ด้านการควบคุมโรคใน หลักสูตรอบรมว่าที่ผู้จัดการรุ่นใหม่ 2) มีนโยบาย รับพนักงานที่จบปริญญาตรีทางด้านสาธารณสุข อย่างน้อย 1 ตำแหน่งในแต่ละโครงการ

2. อาคารชุดบ้านเอื้ออาทรจังหวัดนนทบุรี ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ในการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดูแลสุขภาพ 8 หน่วยงานคือ 1) นิติบุคคลคอนโดบ้านเอื้ออาทร รัตนธิเบศร์ (ท่าอิฐ) 2) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี 4) องค์การ บริหารส่วนตำบลบางรักน้อย 5) สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพเขต 4 6) การเคหะแห่งชาติ 7) ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ 8) สถาบันป้องกัน ควบคุมโรคเขตเมือง

ผลสำเร็จระดับองค์กร

มีการสร้างและพัฒนาจิตอาสาในการดูแล สุขภาพของผู้พักอาศัยในคอนโด มีแผนงานหรือ โครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชาวคอนโด มีข้อมูลด้านสุขภาพของผู้พักอาศัย มีช่องทางการ ประสานหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและ เอกชนเข้ามาดูแลสุขภาพของผู้พักอาศัยหรือมี เครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีการ ดำเนินงานกิจกรรมด้านสุขภาพโดยอาสาสมัคร คอนโดอย่างต่อเนื่อง

ผลสำเร็จระดับตัวบุคคล

จิตอาสาคอนโดและผู้พักอาศัยมีความรู้ ด้านสุขภาพ มีทักษะการตรวจคัดกรองสุขภาพ เบื้องต้น เช่น การวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย มีการออกกำลังกายและเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ทั้งด้าน การวัดความดันโลหิต การวัดระดับไขมันในเลือด การตรวจน้ำตาลในเลือด มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น BMI ลดลง มีการปรับปรุง สภาพแวดล้อม ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทำให้เมื่อมีการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ค่า HI , CI ลดลง

สรุปผลและวิจารณ์

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ครั้งนี้ ดำเนินการในพื้นที่ อาคารชุดลุมพินี คอนโดทาวน์ กรุงเทพมหานคร และอาคารชุด บ้านเอื้ออาทรรัตนธิเบศร์ (ท่าอิฐ) จังหวัดนนทบุรี ในระหว่างเดือนเมษายน 2558 – มีนาคม 2560

ซึ่งการพัฒนาแบบ Healthy Condo Model ได้มีการประเมินสถานะสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพ และสำรวจลูกน้ำยุงลาย มีการวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลให้กับชุมชน ทำให้ได้เห็นถึงสภาพปัญหา มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน เกิดการรับรู้ เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญ จึงได้วางแผนจัดการปัญหาร่วมกัน ผลผลิตที่ได้คือ มีแผนกิจกรรมสุขภาพ (Health plan) ร่วมกัน มีการนำแผนการจัดการสุขภาพชุมชนคอนโดมิเนียมสู่การปฏิบัติโดยจิตอาสา ร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และปรับปรุงสภาพแวดล้อม บูรณาการกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกับกิจกรรมในช่วงเทศกาลวันสำคัญ จัดทำข้อมูลด้านสุขภาพ ติดตามข้อมูลสถานะสุขภาพด้วยตนเองของจิตอาสาและผู้พักอาศัย สร้างและพัฒนาจิตอาสาให้มีความรู้และทักษะในการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ระดมทรัพยากรและการร่วมทุน ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุข (ด้านวิชาการ เครื่องมือ งบประมาณ) ชาวคอนโด (ด้านกำลังคน เวลา ความร่วมมือการจัดการ) นิติบุคคล (ด้านเงิน ค่าส่วนกลางสิ่งอำนวยความสะดวก) และบริษัทเอกชน/การเคหะฯ (ด้านงบประมาณสิ่งอำนวยความสะดวก) พร้อมทั้งติดตามประเมินผลและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ

ซึ่งจะเห็นได้ว่า รูปแบบ Healthy Condo Model นี้มีส่วนสอดคล้องกับผลการศึกษาของท่านอื่นๆ เช่น อัญชลินทร์ ปานศิริ และคณะ⁽⁵⁾ ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากร เริ่มตั้งแต่การทำความเข้าใจสถานการณ์และสภาพ

ความเป็นจริง ข้อมูลปัญหา สภาวะสุขภาพของบุคลากร การสะท้อนกลับเพื่อให้บุคลากรได้รับรู้ข้อมูล ร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา การตั้งเป้าหมาย และวางแผนการออกแบกิจกรรม เภยณทิพย์ พรณศิลป์ และคณะ⁽⁶⁾ ได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เพื่อลดภาวะอ้วนของคนในชุมชน ตำบลหนองแสง อำเภอลำปำ จังหวัดมหาสารคาม โดยศึกษาบริบท วิเคราะห์สภาพปัญหา ข้อมูลด้านสุขภาพ วางแผนสร้างการมีส่วนร่วม ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล มุขดา ธนันทา และคณะ⁽⁷⁾ ได้พัฒนาวิถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคอ้วน ซึ่งมีรูปแบบ ประกอบด้วย การคืนข้อมูลภาวะสุขภาพให้ครูแต่ละคน การให้ความรู้เรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการประเมินภาวะสุขภาพ ยุวดี รอดจากภัย และคณะ⁽⁸⁾ ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ และประเมินผล

ยกเว้นการสร้างและพัฒนาจิตอาสา คอนโดมิเนียม ซึ่งยังไม่พบจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาบริบทของคอนโดมิเนียม ทำให้ทราบว่าในชุมชนคอนโดมิเนียมไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุข เหมือนหมู่บ้านในเขตชนบท ดังนั้น “จิตอาสาคอนโดมิเนียม” จึงเป็นหนึ่งในแนวทางการดูแลสุขภาพของชาวคอนโดมิเนียม โดยเฉพาะการเป็นสื่อกลางการเชื่อมประสานระหว่างชาวคอนโดมิเนียมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ที่มีจิตอาสาอยากทำประโยชน์ให้กับชุมชนที่ตนเองอยู่อาศัย⁽⁹⁻¹⁰⁾ ดังนั้นการพัฒนาจิตอาสาให้มีความรู้และทักษะในการตรวจสุขภาพเบื้องต้น

ก่อให้เกิดการติดตามข้อมูลสถานะสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งจิตอาสาและผู้พักอาศัย ทำให้รู้ถึงสถานะสุขภาพของตนเอง ว่าปกติหรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือไม่ อย่างไร หากมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย เพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรคดังกล่าว การติดตามสถานะสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ และควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนคอนโดมิเนียม สอดคล้องกับ อภาววรรณ โสภณธรรมรักษ์⁽¹¹⁾ ที่กล่าวถึง โมเดลสร้างสุข ‘มนุษย์คอนโด’ หนึ่งในกระบวนการของการพัฒนาโมเดล สร้างสุขมนุษย์คอนโดฯ ภายใต้ความร่วมมือกัน เริ่มจากการนำร่องพัฒนาแกนนำในพื้นที่เข้ามาขับเคลื่อนโครงการที่เรียกกันว่า “แกนนำสร้างสุข” หรือ Sook Fa ซึ่งอาจเป็นผู้นำกิจกรรมชุมชนอยู่แล้ว เช่น ผู้จัดการโครงการหรือนิติบุคคล เพื่อเป็น คีย์สำคัญในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน ผ่านการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะให้กับคนทุกวัยที่อาศัยอยู่ได้ขยายคาคอนโดฯ เดียวกัน ดังนั้นการสร้างและพัฒนาจิตอาสาให้มีความรู้และทักษะในการตรวจสุขภาพเบื้องต้น มีการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในคอนโดมิเนียมที่จิตอาสาพักอาศัย และเป็นสื่อกลางในการแจ้งข่าวเกี่ยวกับโรคภัยต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้แก่สมาชิกคอนโดมิเนียมโดยจิตอาสา ได้แก่ ประธาน คณะกรรมการ ผู้จัดการ เจ้าหน้าที่นิติบุคคล แม่บ้าน รปภ. และผู้พักอาศัย มีการติดตามข้อมูลสถานะสุขภาพด้วยตนเองของจิตอาสาและผู้พักอาศัย ซึ่งคนในชุมชนจะสนใจต่อเมื่อรู้สถานะสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพ และสร้างกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบูรณาการ

ไปกับการจัดกิจกรรมต่างๆ ของชาวคอนโด ผลผลิตที่ได้คือ มีจิตอาสา จำนวน 100 คน จิตอาสาได้รับความรู้โรคและภัยที่สำคัญๆ จิตอาสาทุกคนสามารถตรวจสุขภาพเบื้องต้นได้ เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ได้บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ จัดให้มีมุมสุขภาพในคอนโด โดยสนับสนุนเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต สายวัดรอบเอว พร้อมสื่อต่างๆ ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยอยู่ในความดูแลของนิติบุคคลและจิตอาสา มีฐานข้อมูลสุขภาพทั้งรายบุคคลและภาพรวม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน และออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับการแก้ปัญหา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไกและงบประมาณ เพื่อรองรับการขับเคลื่อนและขยายผลการพัฒนาสุขภาพรูปแบบ Healthy Condo Model สำหรับอาคารแนวสูง ไปยังพื้นที่เขตเมืองอื่นๆ ทั่วประเทศ โดยครอบคลุมถึงที่อยู่อาศัยแบบอื่นๆ ที่เอกชนเป็นเจ้าของ อาทิเช่น แฟลต อพาร์ทเมนต์ หอพัก แมนชั่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่อาศัยที่เข้าถึงได้ยาก

2) บริษัทคอนโดมิเนียมและการเคหะแห่งชาติ พิจารณาบรรจุความรู้และทักษะการจัดการสุขภาพในหลักสูตรการอบรมว่าที่ผู้จัดการนิติบุคคลรุ่นใหม่

3) บริษัทคอนโดมิเนียมและการเคหะแห่งชาติ มีนโยบายการรับพนักงานที่จบปริญญาตรีทางด้านสาธารณสุขประจำโครงการแห่งละอย่างน้อย 1 ตำแหน่ง

4) ภาครัฐควรออกกฎหมายกำหนดให้คอนโดมิเนียมที่มีจำนวนห้องตั้งแต่ 500 ห้องขึ้นไป มีศูนย์สุขภาพชุมชนหรือห้องปฐมพยาบาล

เพื่อให้บริการสุขภาพพื้นฐานกับผู้พักอาศัยใน
คอนโดมิเนียม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นิติบุคคลอาคารชุดลุมพินี
คอนโดทาวน์ กรุงเทพมหานคร และอาคารชุด
บ้านเอื้ออาทรรัตนานิเบศร์ (ท่าอิฐ) จังหวัด
นนทบุรี ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
นนทบุรี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบางรักน้อย
รวมถึงนายแพทย์ประพันธ์ ปลื้มภาณุภัทร
นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร นายแพทย์เจตสรร
นามวาท นางศรีนทร สนธิศิริกฤตย์ สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
และกรมควบคุมโรค ที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ
ให้คำปรึกษา แนะนำ และสนับสนุนงบประมาณ
ในการดำเนินงานในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง.
ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร สถิติ
ประชากร รายจังหวัด เดือนมกราคม
พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึง
เมื่อ 2 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: [https://
www.dopa.go.th/public_service/
service1](https://www.dopa.go.th/public_service/service1)
2. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.พระราชบัญญัติ
อาคารชุด พ.ศ. 2522 ปรับปรุง 14
กุมภาพันธ์ 2560. 2560. [อินเทอร์เน็ต].
2560. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2564]. เข้า
ถึงได้จาก: [https://www.dol.go.th/
estate/DocLib/coe_law_1_25221.pdf](https://www.dol.go.th/estate/DocLib/coe_law_1_25221.pdf)

3. นิชารัตน์ อัครมณี.ทัศนคติของผู้อยู่อาศัยต่อ
ลักษณะคอนโดมิเนียมที่ส่งเสริมสุขภาพใน
การอยู่อาศัย.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2562.
4. สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์.
แนววิธีการพยากรณ์พฤติกรรมของมนุษย์
“พลวัตกลุ่ม” (Group Dynamics) ของ
Kurt Lewin แห่ง M.I.T.วารสารวิชาการ
มหาวิทยาลัยธนบุรี [อินเทอร์เน็ต].2559.
[เข้าถึงเมื่อ 3 มิ.ย. 2564]; 10(23): 112-118.
เข้าถึงได้จาก: [http://www.thonburiu.
ac.th/journal/Document/10-23/
Journal10_23_10.pdf](http://www.thonburiu.ac.th/journal/Document/10-23/Journal10_23_10.pdf)
5. อัญชลินทร์ ปานศิริ และคณะ. การพัฒนา
รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ
ควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุข
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึง
เมื่อ 5 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก:
[https://hp.anamai.moph.go.th/
webupload/4xceb3b571ddb70741
ad132d75876bc41d/202106/m_news
/35025/204923/file_download34a4a
65f1f9f0e616513c5aa32562484.pdf](https://hp.anamai.moph.go.th/webupload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/202106/m_news/35025/204923/file_download34a4a65f1f9f0e616513c5aa32562484.pdf)
6. เบญญทิพย์ พรรณศิลป์ และคณะ. การพัฒนา
รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนของ
คนในชุมชน ตำบลหนองแสง อำเภอบ้านโป่ง
จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 3 มิ.ย.
2564]; 19(2):108-123. เข้าถึงได้จาก:
[https://www.ubu.ac.th/web/files_up
/08f2017111114423953.pdf](https://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2017111114423953.pdf)

7. มุขดา ธนันทา และคณะ. การพัฒนาวิถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วน. รายงานการวิจัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc.go.th/rcenter/index.php?mode=viewrecord&mid=20130322091100_221&kw=
8. ยุวดี รอดจากภัย และคณะ. รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files//2559_007.pdf
9. สมิตี บุษุติมา, เกริดา โคตรชาติ. การสื่อสารความเสี่ยง. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี; 2559
10. สัจจา จันทรวีเชียร. ปรัชญาการพัฒนาชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; 2558
11. อาภาวรรณ โสภณธรรมรักษ์. โมเดลสร้างสุข ‘มนุษย์คอนโด’ [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/37458%20โมเดลสร้างสุข%20'มนุษย์คอนโด'.html>

การประเมินประสิทธิภาพของชุดตรวจ Antigen Test Kits 3 บริษัท
ผู้ผลิตที่นำเข้ามาในประเทศไทยในการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19
Evaluation of the efficacy between three Covid-19 test kits which
manufacturers imported in Thailand.

ไมลา อิศสระสงคราม
Mila Issarasongkhram

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
Institute for Urban Disease Control and Prevention

Correspondence to: mila-bie@windowslive.com

Received: Jan 3, 2022 | Revised: May 28, 2022 | Accepted: Jun 13, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของชุดตรวจ ATK 3 บริษัทผู้ผลิตในการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่เข้ารับการตรวจค้นหาโรคโควิด-19 เจริญ Comprehensive Covid-19 Response Team (CCRT) กลุ่มกรุงธนใต้ จำนวน 4,605 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 30 กันยายน 2564

ผลการวิจัยพบว่า ชุดตรวจ ATK บริษัท A มีค่าความไว ความจำเพาะ ความถูกต้อง เท่ากับ 92.20% 84.59% 90.68% บริษัท B มีค่าเท่ากับ 96.36% 85.13% 92.96% และบริษัท C มีค่าเท่ากับ 97.25% 79.94% 93.09% ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสอดคล้องด้วยสถิติ Kappa พบว่าบริษัท B อยู่ในระดับดีมาก ส่วนบริษัท A และ C อยู่ในระดับดี

ค่าทำนายเมื่อผลเป็นบวกทั้ง 3 บริษัทผู้ผลิตเท่ากับ 96.02% 93.73% และ 93.87% ค่าทำนายเมื่อผลเป็นลบ 72.88% 91.01% และ 90.21% ตามลำดับ ที่ความชุก 10% ของโรคโควิด-19 ผลที่ได้แสดงว่าประสิทธิภาพของชุดตรวจ ATK ทั้ง 3 บริษัทผู้ผลิตมีคุณภาพเหมาะสมสำหรับการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 ในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูง

ข้อเสนอแนะชุดตรวจ ATK ที่มีค่าความไวสูงพบผลบวกสูง (False Positive) ควรทดสอบยืนยันเพิ่มเติมด้วย Real time RT-PCR หากให้ผล Not Detected ควรติดตามอาการผู้ป่วยกรณีไม่มีอาการและกักตัวอยู่ที่บ้านจนกว่าจะพ้นระยะกักตัว 14 วัน ส่วนเมื่อพบผลลบสูง (False Negative) ผู้รับบริการมีอาการเข้าข่ายติดเชื้อโควิด-19 หรือมีความน่าจะเป็นของการติดเชื้อสูง ควรทดสอบยืนยันเพิ่มเติมด้วย Real time RT-PCR ภายในวันนั้น

คำสำคัญ : โรคโควิด-19, ชุดตรวจเชื้อโควิด-19 แบบเร่งด่วน, การประเมินประสิทธิภาพของชุดตรวจ

Abstract

This survey research has the purpose to study the evaluated the diagnostic accuracy of 3 manufactories by using the rapid antigen test kits (ATK) for detecting SARS-CoV-2. The study included 4,605 patients who were the high-risk contact of South Krungthong Group and they were screening by the Comprehensive Covid-19 Response Team (CCRT team). The data collected using this survey research method from August 1, 2021 to September 30, 2021.

The resulted of sensitivity of manufacturer A, B and C were: 84.92.2%, 96.36% and 97.25%, respectively and specificity of manufacturer A, B and C were: 84.59%, 85.13% and 92.96%, respectively. The consistency by Kappa score showed that manufacturer B was the excellent level, while manufacturer A and C were a good level.

The positive predictive value of manufacturer A, B and C were: 96.02%, 93.73%, and 93.87%, respectively. Regarding the negative predictive value of manufacturer, A, B and C were: 72.88%, 91.01% and 90.21%, respectively. The ATK efficacy for COVID-19 screening at the high disease burden area results showed that the overall of 3 manufactories were good performance.

The recommendations of this study, in case of positive result by using ATK test kits should be confirmed with RT-PCR. For those who got the negative result by using ATK test kits should be monitored and 14 days-stay at home quarantine should be recommend. For those who is the high-risk contact, got the false negative results by using ATK test kits should be confirmed with RT-PCR immediately.

Keywords: COVID-19, Antigen Test Kits (ATK), Evaluation of the efficacy of Antigen Test Kits

บทนำ

ด้วยสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยที่มีรายงานการพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในชุมชนและสถานประกอบการหลายแห่ง การควบคุมการระบาดของโรคที่สำคัญ คือ การตรวจเชิงรุก (Active case finding) ให้ได้มากที่สุด เพื่อแยกผู้ที่ติดเชื้อและนำเข้ารับการรักษายาบาลอย่างรวดเร็ว อันจะเป็นการตัดวงจรการแพร่ระบาดของโรค ปัจจุบันเทคนิคทางห้องปฏิบัติการที่ใช้เป็นมาตรฐานในการตรวจยืนยันโรคติดเชื้อโควิด-19 คือการตรวจหาสารพันธุกรรมของ

เชื้อไวรัสด้วย Real-time reverse transcription polymerase chain reaction (Real-time RT-PCR) ซึ่งมีข้อจำกัด คือ การของวิธีการข้างต้นตรวจวิเคราะห์ต้องใช้ระยะเวลาในการวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ โดยทั่วไปแต่ละรอบของการตรวจวิเคราะห์จะใช้เวลาประมาณ 3-5 ชั่วโมง และสามารถออกรายงานผลการตรวจได้ภายใน 24 ชั่วโมง หากในกรณีที่มีการส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์เป็นจำนวนมากจะส่งผลให้ระยะเวลาในการออกรายงานผลการตรวจใช้ระยะเวลา

ยาวนานขึ้น จึงมีการเสนอให้ใช้ชุดตรวจคัดกรองแบบรวดเร็วหรือ Rapid test เพื่อช่วยในการคัดกรองโรคร่วมกับการตรวจด้วยวิธี Real time RT-PCR^(1,2) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชนเป็นวงกว้าง ข้อดีของชุดตรวจ ATK คืออ่านผลการตรวจด้วยตาเปล่าและออกผลการตรวจได้ในระยะเวลา 15–30 นาที อย่างไรก็ตามยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องการแปลผล และประสิทธิภาพของชุดทดสอบ ซึ่งต้องทำการประเมินผลให้ชัดเจนก่อนที่จะนำไปใช้ในภาคสนาม (Field study) สำหรับการตรวจวินิจฉัยในผู้สงสัยว่าติดเชื้อจริง เนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหม่แต่แพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วและประเทศไทยได้รับผลกระทบเช่นกัน ข้อมูลการศึกษาวิจัยของ Chutikan⁽³⁾ ได้ศึกษาการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 ด้วย ATK แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่า ความไวและความจำเพาะของชุดตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 มีศักยภาพในการทำงานที่รวดเร็วโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีความชุกสูง Elaim⁽⁴⁾ ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพชุดตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 พบว่าชุดตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิก และระยะเวลาหลังจากเริ่มมีอาการ 4 วัน ดังนั้นชุดตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 ยังคงมีจำกัด จึงมีบริษัทผู้ผลิตจำนวนมากได้พัฒนาชุดตรวจหาเชื้อโควิด-19 เพื่อจำหน่ายไปยังประเทศที่มีการระบาดของไวรัส

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศ ณ วันที่ 10 กรกฎาคม 2564 เรื่อง ชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรคโควิด 19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kit; ATK) พ.ศ. 2564 โดยมีผล

ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม 2564 นั้น⁽⁵⁾ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาโดยกองควบคุมเครื่องมือแพทย์ ได้อนุญาตชุดตรวจและน้ำยาสำหรับ COVID-19 จำนวน 24 บริษัทนำเข้าใช้ในประเทศไทย ยังไม่ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบชุดตรวจ ATK ในประเทศไทย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงต้องการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของชุดตรวจ ATK 3 บริษัทผู้ผลิตในการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 โดยการหาค่าความไว ความจำเพาะ ความถูกต้อง ค่าทำนายเมื่อผลเป็นบวก ค่าทำนายเมื่อผลเป็นลบ และการวัดความสอดคล้องด้วยสถิติแคปปา โดยใช้ผลการตรวจด้วยวิธี Real-time RT-PCR เป็นวิธี Gold Standard เพื่อหาผลลัพธ์ที่ได้มาเป็นข้อเสนอแนะในการนำชุดตรวจคัดกรองแบบเร่งด่วนมาช่วยคัดกรองให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว ช่วยแยกผู้ที่ติดเชื้อเพื่อเข้ารับการรักษาและตัดวงจรการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างทันท่วงที อันเป็นส่วนสำคัญที่จะสามารถช่วยลดจำนวนผู้ติดเชื้อภายในประเทศลงได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของชุดตรวจ ATK 3 บริษัทผู้ผลิตในการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19
2. เพื่อหาข้อเสนอแนะการนำชุดตรวจ ATK คัดกรองร่วมกับ Real-time RT-PCR

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ชุดตรวจ Antigen Test Kits หมายถึง อุปกรณ์ตรวจหาแอนติเจนของเชื้อก่อโรคโควิด-19 ด้วยตนเอง แบบเร่งด่วน โดยการเก็บตัวอย่างจากทางจมูกแล้วใส่ก้านที่เก็บตัวอย่างลงในหลอดน้ำยาสกัดเชื้อ หยดน้ำยาจากหลอดสกัดเชื้อลงในหลุม

ทดสอบและอ่านผลที่ตรวจได้จากหน้าชุดตรวจเมื่อครบ 15 นาที

2. ประสิทธิภาพของชุดตรวจ Antigen Test Kits หมายถึง การวิเคราะห์ข้อมูลจากการเปรียบเทียบผลการตรวจสอบด้วยชุดตรวจสอบกับวิธี Real-time RT-PCR หารสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 และนำผลมาประเมินประสิทธิภาพโดยใช้ตาราง Two by Two เพื่อหาความค่าความไว ความจำเพาะ ความถูกต้อง ค่าทำนายเมื่อผลเป็นบวก ค่าทำนายเมื่อผลเป็นลบ และการวัดความสอดคล้องด้วยสถิติแคปปา เพื่อประเมินระดับของการยอมรับหรือความน่าเชื่อถือ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่เข้ารับการตรวจค้นหาโรคโควิด-19 เชิงรุก Comprehensive Covid-19 Response Team (CCRT)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Taro Yamane⁽⁶⁾ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,605 คน นำมาสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีการจับสลากไม่แทนที่ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ใช้ชุดตรวจ ATK บริษัท A จำนวน 1,535 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ใช้ชุดตรวจ ATK บริษัท B จำนวน 1,535 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ 3 ใช้ชุดตรวจ ATK บริษัท C จำนวน 1,535 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้
1) ผู้สงสัยติดเชื้อโควิด-19 2) สัมผัสใกล้ชิดจาก

สมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อโควิด-19 3) ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19

*** ชุดตรวจ ATK 3 บริษัท ได้รับการจัดสรรจากกลุ่มภารกิจการสำรองวัสดุ เวชภัณฑ์และส่งกำลังบำรุง (Stockpiling and Logistics) สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

สถานที่ดำเนินการศึกษา คือ กลุ่มกรุงธนใต้ เนื่องจากพบผู้ติดเชื้อสูงสุดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 30 กันยายน 2564

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดโดยไม่มีผลต่อการวินิจฉัยโรคหรือการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

อาสาสมัครลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา พยาบาลผู้ดูแลซักประวัติ เก็บข้อมูลทางคลินิกเบื้องต้นลงบันทึกในระบบข้อมูล ICN TRACKING ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จากนั้นดำเนินการเก็บสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจ โดยการใช้ Swab ป้ายหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal swab) ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kits รออ่านผล 30 นาที และป้ายหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal swab) ใส่ในอาหารนำส่งสำหรับเชื้อไวรัส Universal transport media (UTM) ปริมาตร 3 มิลลิลิตร นำส่งในสภาวะที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส เพื่อตรวจด้วยวิธี Real-time RT-PCR

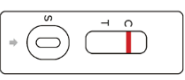
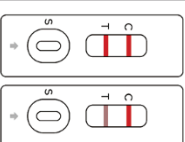
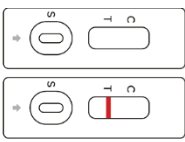
เครื่องมือ

1. ชุดตรวจ ATK 3 บริษัทผู้ผลิต ที่ได้รับการอนุญาตให้นำเข้าจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นชุดตรวจแบบรวดเร็ว เชิงคุณภาพ ใช้หลักการอิมมูโนโวกมาโตกราฟฟีสำหรับการตรวจหาโปรตีนแคปซิด (Nucleocapsid) แอนติเจนของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2) ที่มีอยู่ในช่องจมูกของมนุษย์ (Human nasal sample) ความไวสัมพัทธ์ชุดตรวจบริษัท A B และ C เท่ากับ 86.40% 98.50% และ 93.50% ตามลำดับ ความจำเพาะสัมพัทธ์เท่ากับ 99.60% 100% และ 99.30% ตามลำดับ ตามเอกสารคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต

หลักการทดสอบ ATK ประกอบด้วยเส้นเคลือบจำนวน 2 เส้น คือ เส้นควบคุม “C” เส้นทดสอบ “T” บนพื้นผิวของแผ่นไนโตรเซลลูโลส ก่อนการเติมตัวอย่างไม่สามารถมองเห็นทั้งสาย

ควบคุมและสายทดสอบในหน้าต่างผลลัพธ์ได้ โมโนโคลนแอนติบอดีต่อเชื้อโคโรนา 2019 (Mouse monoclonal anti-SARS-CoV-2 antibody) ที่ถูกเคลือบไว้ที่บริเวณเส้นทดสอบ และโมโนโคลนอลแอนติบอดี IgY (Mouse monoclonal anti-Chicken IgY antibody) เคลือบอยู่ที่บริเวณสายควบคุม โมโนโคลนอลแอนติบอดีต่อเชื้อโคโรนาที่เชื่อมเข้ากับอนุภาคสี ทำให้อนุภาคเชิงซ้อนที่จะเคลื่อนไปบนเมมเบรนผ่านแรงแคปิลลารีจนถึงแนวเส้นทดสอบ ซึ่งถูกจับโดยโมโนโคลนอลแอนติบอดีต่อเชื้อโคโรนาสามารถมองเห็นสีเส้นทดสอบได้ในหน้าต่างผลลัพธ์ หากมีแอนติเจน SARS-CoV-2 ในตัวอย่าง ความเข้มข้นของเส้นทดสอบสีจะแตกต่างกันไปตามปริมาณของแอนติเจนต่อเชื้อโคโรนาที่มีอยู่ในตัวอย่าง หากไม่มีแอนติเจนต่อเชื้อโคโรนาในตัวอย่างจะไม่ปรากฏสีในเส้นทดสอบ⁽⁷⁻⁹⁾ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลการทดสอบ

ผลการทดสอบ	ตัวอย่าง	การแปลผล
ผลลบ		ผลการตรวจเป็นลบ แถบสีจะปรากฏเฉพาะเส้นควบคุม (C) บนหน้าต่างผลลัพธ์
ผลบวก		ผลการตรวจเป็นบวก แถบสีจะปรากฏทั้งเส้นควบคุม (C) และเส้นการทดสอบ (T) บนหน้าต่างผลลัพธ์
ไม่สามารถแปลผลได้ ให้ทำการทดสอบซ้ำ		ไม่สามารถแปลผลได้ ต้องทำการทดสอบซ้ำหากเส้นควบคุม (C) ไม่ปรากฏในหน้าต่างผลลัพธ์ แสดงว่าเป็นผลลัพธ์ที่ไม่ถูกต้อง ควรทดสอบซ้ำโดยใช้ตัวอย่างและอุปกรณ์ชุดใหม่

2. VIASURE SARS-CoV-2 Real Time PCR Detection Kits ใช้เทคนิคการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 ขั้นตอนการทดสอบคือ ใช้ชุดน้ำยาสกัดจีโนมของไวรัสซึ่งเป็น

ชนิด RNA จากตัวอย่างผู้ป่วย จากนั้นสังเคราะห์ RNA เป็น cDNA โดยอาศัยเอนไซม์ Reverse transcriptase เพิ่มจำนวน DNA ส่วนที่ต้องการตรวจสอบด้วยน้ำยาที่มี Polymerase Tag enzyme,

Primers และ Probes ที่จำเพาะกับไวรัส SARS-CoV-2 และติดฉลากด้วยสีฟลูออเรสเซนต์ โดยใช้เครื่องมือออตโนมิติ (Real time PCR) ทำอุณหภูมิที่เหมาะสมในการเพิ่มปริมาณ DNA และตรวจวัด DNA ของไวรัสที่เพิ่มขึ้น ผ่านระบบ Detection unit วัดความเข้มของแสงซึ่งประกอบด้วย Emission filter, Excitation filter และ Analysis software สำหรับคำนวณและวิเคราะห์ความเข้มของแสงฟลูออเรสเซนต์ แสดงออกมาเป็นตัวเลขความเข้มของแสงในแต่ละรอบของปฏิกิริยา⁽¹⁰⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำเสนอค่าแจกแจง

ความถี่และร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่อง และมีการแจกแจงปกติ นำเสนอด้วยจำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกรณีที่ข้อมูลต่อเนื่องและมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) การประมาณค่าสัดส่วนและนำเสนอช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval) ของความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ความถูกต้อง (Accuracy) ค่าทำนายเมื่อผลเป็นบวก Positive Predictive Value (PPV) และค่าทำนายเมื่อผลเป็นลบ Negative Predictive Value (NPV) การวัดความสอดคล้องด้วยสถิติแคปปา Kappa coefficient (K) โดยแปลความหมายดังนี้⁽¹¹⁾

ตารางที่ 2 การแปลความหมายของค่าสถิติ Kappa

ค่าสถิติ Kappa	ขนาดความสอดคล้อง (Strangeness of Agreement)
<0.00	แย่มาก (poor)
0.00 – 0.20	น้อย (Slight)
0.21 – 0.40	พอใช้ (Fair)
0.41 – 0.60	ปานกลาง (Moderate)
0.61 – 0.80	ดี (Substantial)
0.81 – 1.00	ดีมาก / ค่อนข้างสมบูรณ์ (Almost Perfect)

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างยืนยันติดเชื้อโควิด-19

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจค้นหาเชื้อโควิด-19 เจริญรุ่ง Comprehensive Covid-19 Response Team (CCRT) ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 30 กันยายน 2564 ยืนยันติดเชื้อ

โควิด-19 ด้วยวิธี Real-time RT-PCR จำนวน 3,467 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:1.12 อายุโดยเฉลี่ย 42.62 ± 7.54 ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงสัมผัสกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 58.44 รองลงมาพักอาศัยในพื้นที่ควบคุมสูงสุด ร้อยละ 34.32 กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วย ไม่ได้กลิ่น หรือลิ้นไม่

รับรส ร้อยละ 44.91 มีน้ำมูก ร้อยละ 29.39 ไอ/เจ็บคอ ร้อยละ 14.39 หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก ร้อยละ 2.54 และยังพบผู้ไม่แสดงอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 8.77 ระยะเวลาตั้งแต่

เริ่มเกิดอาการเจ็บป่วยจนถึงการทดสอบในห้องปฏิบัติการอยู่ในระยะเวลา 5 วัน (ช่วง 0–14 วัน) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างยืนยันติดเชื้อโควิด-19 (n=3,467)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	1,833 (52.87)
หญิง	1,634 (47.13)
อายุ(ปี)	
Mean $\pm$ S.D	42.62 $\pm$ 7.54
ปัจจัยเสี่ยง	
สัมผัสกับผู้ป่วยโรคโควิด 19	2,026 (58.44)
พักอาศัยในพื้นที่ควบคุมสูงสุด	1,190 (34.32)
เดินทางไปสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาด สถานพยาบาล	164 (4.73)
ไม่สามารถระบุแหล่งสัมผัสเชื้อได้	87 (2.51)
อาการเจ็บป่วย	
ไม่ได้กลิ่น หรือลิ้นไม่รับรส	1,557 (44.91)
มีน้ำมูก	1,019 (29.39)
ไอ/เจ็บคอ	499 (14.39)
ไม่แสดงอาการเจ็บป่วย	304 (8.77)
หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก	88 (2.54)
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการจนถึงการทดสอบในห้องปฏิบัติการ (วัน)	
Median (Min-Max)	5 (0–14)

2. การทดสอบชุดตรวจ ATK 3 บริษัทผู้ผลิตกับการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2) ด้วยวิธี Real-time RT-PCR

2.1 ผลการทดสอบชุดตรวจ ATK บริษัท A โดยใช้ตัวอย่างจำนวน 1,535 ตัวอย่าง ตัวอย่างที่ให้ผลบวก 1,181 ตัวอย่าง และผลลบ 354 ตัวอย่าง

เมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบ Real time RT-PCR ให้ผลบวกหลง (False Positive) 47 ตัวอย่าง (ร้อยละ 3.98) ผลลบหลง (False Negative) 96 ตัวอย่าง (ร้อยละ 27.12) เมื่อพิจารณาค่า Ct ผลการตรวจหา E gene 23.49 ± 4.72 (ค่าต่ำสุด 13.08, ค่าสูงสุด 38.91) RdRP gene 21.05

± 2.08 (ค่าต่ำสุด 14.85, ค่าสูงสุด 25.58) และ N gene 21.38 ± 4.00 (ค่าต่ำสุด 12.71, ค่าสูงสุด 38.20) ส่วนผลการทดสอบ Real time RT-PCR

ยืนยันผลเป็นลบ (Not Detected) ถูกกำหนดค่า Ct มากกว่า 40 ทั้ง 3 gene (E, RdRP, N) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบ ATK บริษัท A เปรียบเทียบผลการทดสอบ Real time RT-PCR (n = 1,535)

	Real time RT-PCR		
	Detected	Not Detected	Total
Antigen Test Kits บริษัท A			
Positive	1,134 (True Positive)	47 (False Positive)	1,181
Negative	96 (False Negative)	258 (True Negative)	354
Total	1,230	305	1,535
ค่า Ct E gene			
Mean ± S.D	23.49 ± 4.72		
(Min, Max)	(ค่าต่ำสุด 13.08, ค่าสูงสุด 38.91)		
ค่า Ct RdRP gene			
Mean ± S.D	21.05 ± 2.08		
(Min, Max)	(ค่าต่ำสุด 14.85, ค่าสูงสุด 25.58)		
ค่า Ct N gene			
Mean ± S.D	21.38 ± 4.00		
(Min, Max)	(ค่าต่ำสุด 12.71, ค่าสูงสุด 38.20)		

2.2 ผลการทดสอบชุดตรวจ ATK บริษัท B ใช้ตัวอย่าง 1,535 ตัวอย่าง ตัวอย่างที่ให้ผลบวก 1,101 ตัวอย่าง และผลลบ 434 ตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบ Real time RT-PCR ให้ผลบวกหลง (False Positive) 69 ตัวอย่าง (ร้อยละ 6.27) ผลลบหลง (False Negative) 39 ตัวอย่าง (ร้อยละ 8.99) เมื่อพิจารณาค่า Ct ผลการตรวจหา E gene 25.10 ± 5.74 (ค่าต่ำสุด

14.24, ค่าสูงสุด 38.38) RdRP gene 28.49 ± 4.28 (ค่าต่ำสุด 16.22, ค่าสูงสุด 38.72) และ N gene 25.23 ± 5.39 (ค่าต่ำสุด 12.06, ค่าสูงสุด 38.20) ส่วนผลการทดสอบ Real time RT-PCR ยืนยันผลเป็นลบ (Not Detected) ถูกกำหนดค่า Ct มากกว่า 40 ทั้ง 3 gene (E, RdRP, N) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบ ATK บริษัท B เปรียบเทียบผลการทดสอบ Real time RT-PCR (n = 1,535)

	Real time RT-PCR		
	Detected	Not Detected	Total
Antigen Test Kits บริษัท B			
Positive	1,032 (True Positive)	69 (False Positive)	1,101
Negative	39 (False Negative)	395 (True Negative)	434
Total	1,071	464	1,535
ค่า Ct E gene			
Mean ± S.D	25.10 ± 5.74		
(Min, Max)	(ค่าต่ำสุด 14.24, ค่าสูงสุด 38.38)		
ค่า Ct RdRP gene			
Mean ± S.D	28.49 ± 4.28		
(Min, Max)	(ค่าต่ำสุด 16.22, ค่าสูงสุด 38.72)		
ค่า Ct N gene			
Mean ± S.D	25.23 ± 5.39		
(Min, Max)	(ค่าต่ำสุด 12.06, ค่าสูงสุด 38.48)		

2.3 ผลการทดสอบชุดตรวจ ATK บริษัท C ใช้ตัวอย่าง 1,535 ตัวอย่าง ตัวอย่างที่ให้ผลบวก 1,208 ตัวอย่าง และผลลบ 327 ตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบ Real time RT-PCR ให้ผลบวกหลง (False Positive) 74 ตัวอย่าง (ร้อยละ 6.13) ผลลบหลง (False Negative) 32 ตัวอย่าง (ร้อยละ 9.79) เมื่อพิจารณาค่า Ct ผลการตรวจหา E gene 23.87 ± 5.35 (ค่าต่ำ

สุด 13.89, ค่าสูงสุด 38.91) RdRP gene 23.13 ± 4.62 (ค่าต่ำสุด 15.15, ค่าสูงสุด 39.04) และ N gene 22.60 ± 5.03 (ค่าต่ำสุด 12.06, ค่าสูงสุด 38.20) ส่วนผลการทดสอบ Real time RT-PCR ยืนยันผลเป็นลบ (Not Detected) ถูกกำหนดค่า Ct มากกว่า 40 ทั้ง 3 gene (E, RdRP, N) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบ ATK บริษัท C เปรียบเทียบผลการทดสอบ Real time RT-PCR (n = 1,535)

	Real time RT-PCR		
	Detected	Not Detected	Total
Antigen Test Kits บริษัท C			
Positive	1,134 (True Positive)	74 (False Positive)	1,208
Negative	32 (False Negative)	295 (True Negative)	327
Total	1,166	369	1,535
ค่า Ct E gene			
Mean ± S.D	23.87 ± 5.35		
(Min, Max)	(ค่าต่ำสุด 13.89, ค่าสูงสุด 38.91)		
ค่า Ct RdRP gene			
Mean ± S.D	23.13 ± 4.62		
(Min, Max)	(ค่าต่ำสุด 15.15, ค่าสูงสุด 39.04)		
ค่า Ct N gene			
Mean ± S.D	22.60 ± 5.03		
(Min, Max)	(ค่าต่ำสุด 12.06, ค่าสูงสุด 38.20)		

3. ผลการหาประสิทธิภาพชุดตรวจ ATK 3 บริษัท ผู้ผลิต พบว่า ชุดตรวจ ATK บริษัท A มีค่า Sensitivity Specificity Accuracy เท่ากับ 92.20% 84.59% 90.68% ตามลำดับ PPV = 96.02% และ NPV = 72.88% ที่ความชุก 10% ของโรคโควิด-19 เมื่อทดสอบความสอดคล้องด้วยสถิติ Kappa อยู่ในระดับดี

ชุดตรวจ ATK บริษัท B มีค่า Sensitivity Specificity Accuracy เท่ากับ 96.36% 85.13% 92.96%ตามลำดับ PPV = 93.73% และ NPV =

91.01% ที่ความชุก 10% ของโรคโควิด-19 เมื่อทดสอบความสอดคล้องด้วยสถิติ Kappa อยู่ในระดับดีมาก

ชุดตรวจ ATK บริษัท C มีค่า Sensitivity Specificity Accuracy เท่ากับ 97.25% 79.94% 93.09% ตามลำดับ PPV = 93.87% และ NPV = 90.21% ที่ความชุก 10% ของโรคโควิด-19 เมื่อทดสอบความสอดคล้องด้วยสถิติ Kappa อยู่ในระดับดี รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ประสิทธิภาพ ATK 3 บริษัทผู้ผลิต เปรียบเทียบผลการทดสอบ Real time RT-PCR

Parameter	ชุดตรวจ ATK บริษัท A (n = 1,535)	ชุดตรวจ ATK บริษัท B (n = 1,535)	ชุดตรวจ ATK บริษัท C (n = 1,535)
Sensitivity (%)	92.20	96.36	97.25
Specificity (%)	84.59	85.13	79.94
Accuracy (%)	90.68	92.96	93.09
Positive predictive value (%)	96.02	93.73	93.87
Negative predictive value (%)	72.88	91.01	90.21
Kappa coefficient	0.72	0.83	0.80

วิจารณ์

ปัจจุบันชุดตรวจ ATK ที่ผ่านการประเมินและขึ้นทะเบียนแล้วกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ทั้งสิ้น 24 ยี่ห้อเป็นการรับรองให้ใช้ในสถานพยาบาล หรือคลินิกเทคนิคการแพทย์ที่ผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แบบ Professional use only ซึ่งต้องดำเนินการตรวจและแปลผลโดยบุคลากรทางการแพทย์ ผลการตรวจอาจมีข้อผิดพลาด คือ ผลที่เป็นลบลงและผลบวกลง ซึ่งส่งผลอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยและควบคุมโรค เพราะเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์เดลต้า มีค่าตัวชี้วัดโอกาสแพร่เชื้อ (Basic reproductive number : R0) สูงมากถึง 8-12 คือผู้ติดเชื้อ 1 คนสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ถึง 8-12 คนในหนึ่งสัปดาห์⁽¹²⁾

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ชุดตรวจ ATK 3 บริษัทผู้ผลิตที่ได้รับการอนุญาตให้นำเข้าจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ความไวสัมพัทธ์ชุดตรวจบริษัท A B และ C เท่ากับ 86.40% 98.50% และ 93.50% ตามลำดับ ความจำเพาะสัมพัทธ์เท่ากับ 99.60% 100% และ 99.30% ตามลำดับ

ตามเอกสารคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต⁽⁷⁻⁹⁾ จากการทดสอบพบว่า ชุดตรวจ ATK ทั้ง 3 บริษัทผู้ผลิตมีค่าความจำเพาะต่ำกว่าบริษัทอ้างอิง ความแตกต่างในประสิทธิภาพการทดสอบของผู้วิจัยกับบริษัทผู้ผลิต อาจเกิดจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผลการประเมินไม่สอดคล้องกับของ บริษัทผู้ผลิต เพราะ 1) ผู้ศึกษาทำการทดสอบในพื้นที่ที่มีการระบาด ความชุกของโรคสูงเกินร้อยละ 10 2) กลุ่มตัวอย่างที่ทดสอบได้ผลลบลง มีสัดส่วนน้อยกว่าผลบวกและ 3) กลุ่มตัวอย่างบางรายที่ติดเชื้อมานานผลการทดสอบ Real time RT-PCR ยืนยันผลเป็นลบ (Not Detected) ค่า Ct มากกว่า 40 ผลการทดสอบ ATK จึงเป็นลบ หรือบางรายได้รับเชื้อแต่ยังไม่แสดงอาการเป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Alexander KR, et al.⁽¹³⁾ เปรียบเทียบการทดสอบ ATK กับ RT-PCR Kit พบว่า ATK มีข้อจำกัดตรวจเชื้อไวรัสของผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับเชื้อหรือผู้ป่วยที่หายป่วยแล้วจึงตรวจไม่พบเชื้อ

จากตัวอย่างที่พบผลบวกสูง (False Positive) ทั้ง 3 บริษัทผู้ผลิตร้อยละ 3.98 6.27 และ 6.13 ตามลำดับ เกิดจากค่าความไวสัมพัทธ์ของชุดตรวจ ทั้ง 3 บริษัทสูง ส่วนผลลบสูง (False Negative) ทั้ง 3 บริษัทผู้ผลิตร้อยละ 27.12 8.99 และ 9.79 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ามารับการตรวจในระยะเวลา 3-5 วันหลังสัมผัสกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 อาจส่งผลให้ยังไม่พบเชื้อ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความแม่นยำของชุดตรวจ ATK ขึ้นอยู่กับ 1) ยี่ห้อของ ATK ที่ผ่านการประเมินและขึ้นทะเบียนแล้วกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) 2) วิธีการเก็บสารคัดหลั่งโดยการใช้ Swab ป้ายหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal swab) 3) การอ่านผลปฏิกิริยาด้วยตาเปล่าอาจเกิดความผิดพลาดจากการอ่านผลได้โดยง่าย ดังนั้นในการอ่านผลจึงจำเป็นต้องใช้ผู้มีคุณสมบัติทางวุฒิการศึกษา เช่น นักเทคนิคการแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งการควบคุมเวลาในการอ่านผลให้อยู่ภายใต้เงื่อนไขของเอกสารกำกับชุดตรวจแต่ละชนิด 4) ความชุกของโรคโควิด-19 ควรทดสอบจากการปฏิบัติในภาคสนาม (Field study) ซึ่งมีประชากรจำนวนมาก และมีความหลากหลายในลักษณะประชากร รวมทั้งใช้ข้อมูลอาการทางคลินิก ระยะเวลาที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ หรือระยะเวลาการดำเนินของโรค ดังนั้นชุดตรวจ ATK มีประโยชน์มากในพื้นที่ที่มีความชุกสูงเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19^(3,4,13)

ผลที่ได้แสดงว่าประสิทธิภาพของชุดตรวจ ATK 3 บริษัทผู้ผลิตมีคุณภาพสำหรับในการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 เหมาะสมกับพื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูง สำหรับผลลัพธ์เป็นลบอาจมีความจำเป็นต้องตรวจยืนยัน หากมีความน่าจะเป็นของการติดเชื้อสูง เช่น บุคคลที่มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 หรือสงสัยว่ามี

ความเสี่ยง ปักอาศัยในชุมชนที่มีการติดเชื้อสูง ควรทดสอบยืนยันเพิ่มเติมด้วย Real time RT-PCR เพื่อสามารถนำผู้ติดเชื้อหรือผู้มีเหตุสงสัยติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการแยกกัก รักษาได้อย่างรวดเร็ว ลดการป่วยหนักและเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1) ชุดตรวจ ATK ที่มีค่าความไวสูงพบผลบวกสูง (False Positive) ควรทดสอบยืนยันเพิ่มเติมด้วย Real time RT-PCR หากให้ผล Not Detected ควรติดตามอาการผู้ป่วยกรณีไม่มีอาการ และกักตัวอยู่ที่บ้านจนกว่าจะพ้นระยะกักตัว 14 วัน

2) หากพบผู้เข้ารับบริการที่ผลการตรวจแบบ ATK เป็นลบ ซึ่งอาจจะเป็นผลลบสูง (False Negative) มีอาการเข้าข่ายติดเชื้อโควิด-19 หรือมีความน่าจะเป็นของการติดเชื้อสูง ควรทดสอบยืนยันเพิ่มเติมด้วย Real time RT-PCR ภายในวันนั้น

3) ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป ควรศึกษาในพื้นที่ที่มีความชุกต่ำ หรือ กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่ำเพื่อเปรียบเทียบผลการใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kits

เอกสารอ้างอิง

1. เมธี ศรีประพันธ์. ข้อควรรู้เบื้องต้นเรื่อง Antigen Test Kit เพื่อคัดกรองโรคโควิด 19. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 ส.ค.2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/570/แอนติเจนเทสต์คิท/>
2. อมรินทร์ นาควิเชียร, วิภาดา เหล่าสุขสถิต, วิทยา จอมอยู่, ระรินทิพย์ บุญประดิษฐ์. การศึกษาความไว ความจำเพาะ และ

- ความถูกต้อง ของการใช้ชุดตรวจคัดกรอง แอนติบอดีของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เปรียบเทียบกับการตรวจโดยวิธีขยายสารพันธุกรรม (Real-time PCR) ในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยที่ทำหัตถการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาฉุกเฉิน และบุคลากรทางการแพทย์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
3. Chutikan C, Bualan K, Nattaya T, Niracha A, Rujipas S, Methee C, et al. Rapid SARS-CoV-2 antigen detection assay in comparison with real-time RT-PCR assay for laboratory diagnosis of COVID-19 in Thailand. *Virology journal* 2020; 17(177):1-7.
 4. Elaine M, Ivana B, Isabela P, Daniela R, Andreia M, Luis F. Field evaluation of COVID-19 antigen tests versus RNA based detection: Potential lower sensitivity compensated by immediate results, technical simplicity, and low cost. *J Med Virol* 2021; 93:4405-10.
 5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ขอสั่งแนวทางปฏิบัติการตรวจคัดกรองด้วย Antigen Test Kit (ATK) และการตรวจหาเชื้อโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/antigen_test_kit_130764.pdf
 6. อีรุณี เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.
 7. บริษัท ไปโอเซนเซอร์.คู่มือการใช้งานอย่างง่าย ชุดตรวจโควิด 19 แอนติเจน. [แผ่นพับ]; 2563.
 8. Shenzhen Lvshiyuan Biotechnology Co.,Ltd. คู่มือการใช้งานอย่างง่าย ชุดตรวจโควิด 19 แอนติเจน. [แผ่นพับ]; 2563.
 9. Nova Tec Immundiagnostica GmbH. คู่มือการใช้งานอย่างง่าย ชุดตรวจโควิด 19 แอนติเจน. [แผ่นพับ]; 2563.
 10. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. กรุงเทพมหานคร: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์; 2562.
 11. พงษ์เดช สารการ. การนำวิธีการทางสถิติมาใช้ในการวินิจฉัยชุมชน. ขอนแก่น:ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
 12. 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.
 13. Alexander K, Christian G, Michael D, Mathias W, Matthias I, Michael K. Comparison of the SARS-CoV-2 Rapid antigen test to the real star Sars-CoV-2 RT PCR kit. *Journal of Virological Methods* 2021;288:1-2.

ความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19)
ของนักศึกษา : กรณีศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี
Knowledge and Protection Behaviors Covid 19 Epidemic Disease: Case
study of a College of Public health in Ubonratchathani Province.

เสถียร เชื้อลี^{1*}, รับขวัญ เชื้อลี², คณัฐวุฒิ หลวงเทพ²
Sathien Chuealee^{1*}, Rabkwan Chuealee², Kanuttawut Luangthep²

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

¹Office of Disease Prevention and Control 10th Ubon Ratchathani.

²Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani.

*Correspondence to: satainlee@gmail.com

Received: Jan 27, 2022 | Revised: May 18, 2022 | Accepted: Jun 10, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ของนักศึกษวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 223 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดสัดส่วน (Quota Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด -19 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 29.87, S.D. 2.63) เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า 1) ประเด็นความรู้ทั่วไปของโรคโควิด 19 มีความรู้ในระดับมาก (Mean 4.94, S.D. 0.91) 2) ความรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีความรู้ในระดับมาก (Mean 6.43, S.D. 0.64) 3) ประเด็นสาเหตุของการเกิดโรคโควิด-19 มีความรู้ในระดับปานกลาง (Mean 3.84, S.D. 0.77) 4) ประเด็นการติดต่อของโรคโควิด 19 มีความรู้ในระดับปานกลาง (Mean 4.77, S.D. 0.72) 5) ประเด็นอาการของโรคโควิด-19 มีความรู้ในระดับปานกลาง (Mean 6.86, S.D. 1.29) และ 6) แนวทางการรักษาของโรคโควิด-19 มีความรู้ในระดับปานกลาง (Mean 3, S.D. 0.92) ส่วนด้านพฤติกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean 12.39, S.D. 1.26) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.92 ที่ปฏิบัติตนน้อยที่สุด คือ การออกกำลังกายเป็นประจำครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้สถาบันการศึกษาสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อลดแพร่กระจายเชื้อหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรและเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาที่ต้องออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพในโรงพยาบาลและชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, พฤติกรรมการป้องกัน, โรคโควิด 19

Abstract

The aims of this survey research were to study knowledge and prevention behaviors regarding COVID-19 of students at Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani. The samples were 223 students of Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani selected by using quota sampling technique. Instrument used in this study was an online questionnaire on COVID-19 knowledge and prevention behaviors with content validity (IOC) of 0.67. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations for descriptive statistics.

The results showed that: the students' average knowledge scores were at high level (Mean 29.87, S.D. 2.63). When considering the case, 1) The general knowledge of COVID-19 is very knowledgeable (Mean 4.94, S.D. 0.91), 2) Knowledge of the COVID-19 pandemic has a high level of knowledge (Mean 6.43, S.D. 0.64) 3) The causes of COVID-19 at moderate level (Mean 3.84, S.D. 0.77) 4) Covid-19 contact issues at moderate level (Mean 4.77, S.D. 0.72) 5) Symptoms of COVID-19 gave moderate knowledge (Mean 6.86, S.D. 1.29) and 6) Treatment guidelines for COVID-19 has moderate knowledge (Mean 3, S.D. 0.92). While behavioral sections revealed that the samples were prophylactic against COVID-19. Behavioral sections that the samples were prophylactic against COVID-19 at good level (Mean 12.39, S.D. 1.26). In case of considering by individuals, the samples were found to have good COVID-19 prevention behaviors in all cases. 78.92 percentage of samples showed of the least practical were regular exercises for ≥ 30 minutes, behaved at moderate level.

The results of this study can be implemented as a guide to propose a policy of knowledge about COVID-19 prevention to organize courses and prepare students for professional experience practice in hospitals and communities.

Keywords: Knowledge, Prevention behaviors, COVID-19

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยและทั่วโลก มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 จากรายงานของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่

16 ตุลาคม 2564 พบการแพร่ระบาดไปใน 223 ประเทศมีจำนวนผู้ติดเชื้อ 240,805,482 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 4,904,130 ราย โดยประเทศ

ที่พบผู้ติดเชื้อสูงสุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา 45,738,585 ราย อินเดีย 34,052,687 ราย บราซิล 21,627,476 ราย สหราชอาณาจักร 8,361,651 ราย และรัสเซีย 7,925,176 ราย ส่วนประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 24 พบผู้ติดเชื้อ 1,772,838 ราย พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 10,648 ราย เสียชีวิตแล้ว 18,205 ราย รักษาหายแล้วจำนวน 1,647,255 ราย⁽¹⁾ พื้นที่จังหวัด อุบลราชธานี พบผู้ป่วยยืนยัน 20,030 ราย เสียชีวิตแล้ว 152 คน อำเภอวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี พบผู้ป่วย 2,693 ราย⁽²⁾

ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคโควิด 19 (COVID-19) มาอย่างต่อเนื่อง และทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ พบการระบาดในทุกจังหวัดในประเทศไทย และเข้าสู่การระบาดระลอกที่สาม ซึ่งโรคดังกล่าวถือเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่เกิดจากเชื้อไวรัส สามารถติดต่อระหว่างคนสู่คนอย่างรวดเร็ว และเมื่อมีอาการแล้วทำให้ระบบหายใจ โดยเฉพาะปอดทำหน้าที่ผิดปกติไปอาจก่อให้เกิดการเสียชีวิตตามมา และนโยบายการป้องกันควบคุมโรคของประเทศโดยให้ประชาชนงดการเดินทาง โรงเรียน ห้างร้านหรือสถานที่เสี่ยงต่อการรวมกลุ่มของคนที่จะรวมตัวกันให้ปิดทำการ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุข สังคม และส่งผลต่อเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศไทยอยู่ในขณะนี้ และจังหวัดอุบลราชธานีก็เป็นพื้นที่หนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) เนื่องจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อสูง เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด 1 ใน 23 จังหวัด ซึ่งอยู่ในกลุ่มเดียวกับกรุงเทพมหานคร ตามคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่ 15/2564 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2564⁽³⁾ ทำให้มีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส

โคโรนาที่เข้มงวดกว่าจังหวัดกลุ่มอื่นๆ อำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วย 2,693 ราย นอกจากนี้จังหวัดอุบลราชธานีได้เน้นย้ำให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการงดกิจกรรมรวมกลุ่มของคนไม่เกิน 50 คน ตามประกาศของ ศบค. การป้องกันตนเองเมื่ออยู่ร่วมกันในชุมชน การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาที่ออกจากบ้าน หมั่นล้างมือบ่อยๆ และต้องรักษาระยะห่างทางสังคม ต้องปฏิบัติตามมาตรการและประกาศของจังหวัดและศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) อย่างเคร่งครัด เนื่องจากจังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดขนาดใหญ่มีความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจและการศึกษา ที่สำคัญในภูมิภาคอีสานตอนล่าง มีนักท่องเที่ยวหรือประชาชนจากต่างพื้นที่เดินทางเข้ามาท่องเที่ยวและศึกษาในพื้นที่จำนวนมาก รวมทั้งคนในพื้นที่เองก็เดินทางไปทำงานที่กรุงเทพมหานครและพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ แล้วเดินทางกลับภูมิลำเนาจำนวนมากเช่นกัน กิจกรรมที่มีการเคลื่อนย้ายของประชากรเหล่านี้ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อโควิด 19 (COVID-19) มากขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ซึ่งเป็นต้นเหตุที่สำคัญของการแพร่ระบาดโรค กล่าวคือ การติดต่อสื่อสารระหว่างคนต่อคนโดยการสัมผัสคนที่มิใช่โควิด 19 ที่ไม่แสดงอาการในการรวมกลุ่มสังสรรค์ดื่มกินในร้านอาหาร วงการพนัน และงานประเพณีที่มีการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก เช่น งานศพ แล้วนำเชื้อไวรัสโควิด 19 มาแพร่ระบาดไปสู่บุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นครอบครัว สถานที่ทำงาน เพื่อนในชั้นเรียน และสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนในประเทศไทย รวมทั้งจังหวัดอุบลราชธานีติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (COVID-19) มาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกวิธี เช่น ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่

เสี่ยงสูงที่มีการระบาดของโรคไม่ยอมกักตัว การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ไม่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ล้างมือเมื่อหยิบจับสิ่งของต่างๆ การใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนยังมีการรวมกลุ่มทางสังคมไม่รักษาระยะห่าง สิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าประชาชนรวมถึงนักศึกษาบางส่วนยังขาดการรับรู้ ความรู้ที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้มีการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่จำนวนมาก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ 451 คน นักศึกษาส่วนใหญ่อาศัยในหอพักวิทยาลัย ซึ่งมีการใช้ชีวิตส่วนตัวและการเรียนร่วมกัน จากข้อมูลที่ผ่านมาพบนักศึกษาบางส่วนติดเชื้อ COVID-19 ทำให้วิทยาลัยต้องปรับเปลี่ยนจากการเรียน on site เป็นระบบ on line จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นจึงศึกษาความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ของนักศึกษา: กรณีศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ในสถานศึกษาดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ชนิดภาคตัดขวาง (Cross-

sectional Study) ทำการศึกษากับนักศึกษาของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2564 จำนวน 4 หลักสูตร 451 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้อนุมูลสำเร็จของ Krejci, Morgan⁽⁴⁾ ระดับความเชื่อมั่น 95% จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 223 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Quota Sampling) ของประชากรในแต่ละหลักสูตร และจับสลากรายชื่อจากแต่ละหลักสูตรจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ ขอความยินยอมให้นักศึกษาที่ถูกสุ่มตอบแบบสอบถามผ่าน Smart phone สแกน QR Code ด้วยตนเองในช่วงวันที่ 18 – 24 ตุลาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต⁽⁵⁾ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามที่ใช้ระบบบันทึกออนไลน์โดยสแกน QR Code แล้วเข้าบันทึกข้อมูล แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นแบบเลือกตอบถูกผิด (True-False Test) ให้เลือกคำตอบที่ตรงตามความรู้ มีจำนวน 37 ข้อ โดยมี 6 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโควิด 19 ประเด็นที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ประเด็นที่ 3 สาเหตุของการเกิดโรคโควิด 19 ประเด็นที่ 4 การติดต่อของโรคโควิด 19 ประเด็นที่ 5 อาการของโควิด 19 และ

ประเด็นที่ 6 แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 การวัดระดับคะแนนใช้อิงเกณฑ์ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom⁽⁶⁾ โดยแบ่งเกณฑ์คะแนนคำตอบถูกออกเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับสูง ตอบถูกตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง ตอบถูกตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79 และระดับน้อย ตอบถูกต่ำกว่าร้อยละ 60 และตอนที่ 3 แบบวัดเกี่ยวกับพฤติกรรมกาปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นแบบเลือกตอบ ปฏิบัติ/ไม่ได้ปฏิบัติ มีจำนวน 13 ข้อ โดยแบ่งเกณฑ์ระดับพฤติกรรมออกเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับดี ปฏิบัติตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง ปฏิบัติตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79 และระดับน้อย ปฏิบัติต่ำกว่าร้อยละ 60 แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในตอนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.79 และ 0.81 ตามลำดับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมมาได้จำนวน 223 ราย ผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.40 อายุเฉลี่ย 20 ปี และเป็นนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาเทคนิคเภสัชกรรม ร้อยละ 34.50 และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 29.1 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม

หลักสูตร	กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม	ร้อยละ
1. สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน	25	11.20
2. สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข	56	25.10
3. ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม	77	34.50
4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	65	29.10
รวม	223	100.00

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุข

สิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ ประเด็นที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโควิด 19 ประเด็นที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของ

เชื่อโควิด 19 ประเด็นที่ 3 สาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 ประเด็นที่ 6 แนวทางการรักษาโควิด 19 ผลการ
 วิต 19 ประเด็นที่ 4 การติดต่อของโรคโควิด 19 ศึกษาเป็นดังนี้
 ประเด็นที่ 5 อาการและอาการแสดงของโควิด 19

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) n = 223

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19	ตอบถูก จำนวนคน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวนคน (ร้อยละ)
1	โรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาที่เป็นไวรัสในวงใหญ่ที่เป็นสาเหตุของโรคทั้งในสัตว์และคน	180 (80.72)	43 (19.28)
2	ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เหมือนไวรัสโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางและโรคซาร์ส	212 (95.06)	11 (4.94)
3	โรค COVID-19 ย่อจาก Coronavirus disease 2019 เป็นโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2	199 (89.23)	24 (10.77)
4	“โควิด 19” คือ ชื่อใหม่อย่างเป็นทางการของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศชื่อที่เป็นทางการสำหรับใช้เรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ว่า “โควิด-ไนน์ทีน” (COVID-19) โดยชื่อนี้มาจากคำย่อในภาษาอังกฤษของคำว่า โคโรนาไวรัสและดิสซิส (Disease) ที่แปลว่าโรคภัยไข้เจ็บ	210 (94.17)	13 (5.83)
5	ไวรัสโคโรนา (COVID-19) ตัวเลข 19 มาจากจำนวนสายพันธุ์ของเชื้อโรค	158 (70.85)	65 (29.15)
6	เชื่อโควิด-19 สามารถมองเห็นได้ด้วยกล้องจุลทรรศน์ที่ใช้กันโดยทั่วไปได้	142 (63.67)	81 (36.33)
ค่าเฉลี่ย = 4.94, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.91, ระดับความรู้ = มาก			
7	โรคโควิด-19 สามารถแพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลายได้	223 (100.00)	0 (0.00)
8	โรคโควิด-19 สามารถแพร่กระจายไปในอากาศได้ ส่งผลให้เกิดการระบาดไปในวงกว้าง	211 (94.61)	12 (5.39)
9	โรคโควิด-19 เริ่มต้นระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน	221 (99.10)	2 (0.90)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19	ตอบถูก จำนวนคน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวนคน (ร้อยละ)
10	คนที่ติดเชื้อโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อได้ในช่วงเวลาของการติดเชื้อได้นานกว่าการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 การระบาดจึงก่อเป็นวงกว้างขวางกว่า และควบคุมยากกว่า	215 (96.41)	8 (3.59)
11	โรคโควิด-19 เริ่มต้นระบาดครั้งแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกา และแพร่ระบาดไปยังประเทศอื่นๆ ทั่วโลก	184 (82.51)	39 (17.49)
12	ประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่การระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อและแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ง่าย	219 (98.20)	4 (1.80)
13	สาเหตุของโรค COVID-19 เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะหรืออาหารที่แปลกๆ	161 (72.20)	62 (27.80)
ค่าเฉลี่ย = 6.43, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.64, ระดับความรู้ = มาก			
14	โรค COVID-19 เกิดจากไวรัสโคโรนา (Corona virus) ที่กลายพันธุ์ในธรรมชาติเป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ สืบเนื่องมาจากการที่ธรรมชาติถูกมนุษย์ทำร้าย	108 (48.43)	115 (51.57)
15	โรค COVID-19 เป็นโรคที่เคยเกิดการระบาดครั้งใหญ่ในอดีต และกลับมาระบาดอีกครั้งในปัจจุบัน	150 (67.26)	73 (32.74)
16	โรค COVID-19 มีแหล่งเริ่มต้นมาจากค้างคาว และกลายพันธุ์โดยผ่านสัตว์เป็นตัวกลางกลายเป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ ที่ก่อโรคในคน และคนรับเชื้อไวรัสมาแพร่ระบาดระหว่างคนสู่คนมากที่สุด	216 (96.86)	7 (3.14)
17	สาเหตุของโรคโควิด-19(COVID-19) เกิดจากอุณหภูมิของโลกเพิ่มสูงขึ้น ทำให้น้ำแข็งบริเวณขั้วโลกละลาย ส่งผลให้แบคทีเรียหรือไวรัสที่อยู่ภายใต้้น้ำแข็งเกิดการระเหยกระจายตัวและแพร่ไปยังพื้นที่ต่างๆ ในโลก	174 (78.02)	49 (21.98)
18	การที่มีการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อ โควิด-19 (COVID-19) เป็นผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ที่เดินทางกลับมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรค ไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข	216 (96.86)	7 (3.14)
ค่าเฉลี่ย = 3.84, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.77, ระดับความรู้ = ปานกลาง			
19	โรคโควิด-19 (COVID-19) สามารถติดต่อกันโดยการสัมผัส	42 (18.83)	181 (81.17)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19	ตอบถูก	ตอบผิด
		จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)
20	โรคโควิด-19 (COVID-19) ไม่สามารถแพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูกน้ำลาย ได้	161 (72.19)	62 (27.81)
21	โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคที่อันตรายและแพร่ระบาดไปในวงกว้างได้อย่างรวดเร็ว หากได้รับเชื้อ จะสามารถนำเชื้อไปติดกับยังผู้อื่นได้ทันที	207 (92.82)	16 (7.18)
22	โรคโควิด-19 สามารถติดต่อกันจากการแพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูกน้ำลาย ได้	221 (99.10)	2 (0.90)
23	โรคโควิด-19 สามารถแพร่ทางละอองจากระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไอ หรือมีอาการอื่น เช่น ไข้หรืออ่อนเพลีย ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการเพียงเล็กน้อยโดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก จึงมีความเป็นไปได้ที่จะติดเชื้อ COVID-19 จากผู้ป่วยที่ไอเล็กน้อยและไม่รู้สึกป่วยได้	217 (97.30)	6 (2.70)
24	โรคโควิด-19 รวมถึงไวรัสอื่นที่ทำให้ติดเชื้อที่ทางเดินหายใจ เข้าสู่ร่างกายโดยทาง “ปาก จมูก ตา” โดยที่ไวรัสจะเข้าไปเกาะติดและเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์ของเยื่อทางเดินหายใจ	216 (96.86)	7 (3.14)
ค่าเฉลี่ย = 4.77, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.72, ระดับความรู้ = ปานกลาง			
25	อาการของผู้ป่วยโควิด-19 อาการทั่วไปคล้ายไข้หวัดใหญ่ได้แก่ มีไข้สูง ไอ หายใจลำบาก	221 (99.10)	2 (0.90)
26	ผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่เสียชีวิตเนื่องจากระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากปอดถูกทำลาย	218 (97.75)	5 (2.25)
27	ผู้ที่ได้รับเชื้อโควิด-19 จะแสดงอาการทันทีเมื่อได้รับเชื้อ	176 (78.92)	47 (21.08)
28	ผู้ที่ได้รับเชื้อโควิด-19 จะไม่แสดงอาการจนกว่าจะพ้นระยะฟักตัวของเชื้อ	206 (92.37)	17 (7.63)
29	ระยะฟักตัวของโรคโควิด-19 มีระยะเวลา 1-14 วัน	212 (95.06)	11 (4.94)
30	มีไข้สูงมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ไอ, เจ็บคอ, ครั่นเนื้อครั่นตัว, อ่อนเพลีย, หายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เป็นอาการโดยทั่วไปของไข้หวัดเท่านั้น	104 (46.63)	119 (53.37)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19	ตอบถูก จำนวนคน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวนคน (ร้อยละ)
31	ผู้ที่ได้รับเชื้อโควิด-19 บางรายที่ไม่แสดงอาการใดๆ สามารถรักษาตัวเองจนหายได้เอง	162 (72.64)	61 (27.36)
32	การกักตัวเพื่อสังเกตอาการเริ่มป่วย ซึ่งใช้กับผู้ที่เข้าข่ายการเสี่ยงติดเชื้อมีระยะเวลาในการกักตัว 7 วัน	112 (50.22)	111 (49.78)
33	อาการรุนแรงที่สุดที่พบจากโคโรนาไวรัส คือ อาการไตวายเฉียบพลัน	119 (53.36)	104 (46.64)
ค่าเฉลี่ย = 6.86, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.29, ระดับความรู้ = ปานกลาง			
34	การรักษาโรคโควิด-19 ในระยะแรกไม่มียารักษา ทำได้เพียงการรักษาตามอาการเท่านั้น	211 (94.61)	12 (5.39)
35	ปัจจุบันมีวัคซีนที่ใช้สำหรับป้องกันและรักษาโรคโควิด-19 แล้ว	192 (85.20)	33 (14.80)
36	การมีระบบภูมิคุ้มกันที่มาก สามารถช่วยรักษาโรคโควิด-19 (COVID-19) ได้โดยไม่จำเป็นต้องรับประทานยา	124 (55.60)	99 (44.40)
37	การรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่สามารถทำได้ทันทีอีกวิธีหนึ่ง คือ การนำพลาสมาจากผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่หายแล้ว นำไปใช้รักษาผู้ป่วยอาการรุนแรงได้	144 (64.57)	79 (35.43)
ค่าเฉลี่ย = 3, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.92, ระดับความรู้ = ปานกลาง			
ภาพรวมทั้ง 6 ประเด็น			
ค่าเฉลี่ย = 29.87, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.63, ระดับความรู้ = มาก			

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 โดยมีคะแนนความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=29.87, SD.=2.63) เมื่อวิเคราะห์รายประเด็นและรายข้อพบว่า

ประเด็นที่ 1 ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ใน

ระดับมาก (Mean=4.94, S.D.=0.91) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดได้แก่ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เหมือนไวรัสโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางและโรคซาร์ส (ร้อยละ 95.06) มีความรู้สูงสุดในระดับมาก และข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ เชื้อโควิด-19 สามารถมองเห็นได้ด้วยกล้องจุลทรรศน์ที่ใช้กันโดยทั่วไปได้ ตอบผิด (ร้อยละ 36.33) มีความรู้สูงสุดในระดับปานกลาง

ประเด็นที่ 2 ด้านความรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก (Mean=6.43, S.D.=0.64) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ โรคโควิด 19 สามารถแพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลายได้ (ร้อยละ 100) มีความรู้ในระดับมาก และข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ สาเหตุของโรค COVID-19 เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะหรืออาหารที่แปลกๆ ตอบผิด (ร้อยละ 27.80) มีความรู้ในระดับปานกลาง

ประเด็นที่ 3 ด้านสาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.84, S.D.=0.77) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 96.86) ได้แก่ การที่มีการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อโควิด 19 (COVID-19) เป็นผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ที่เดินทางกลับมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรค ไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ระดับมาก และข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ โรคโควิด 19 (COVID-19) เกิดจากไวรัสโคโรนา (Corona virus) ที่กลายพันธุ์ในธรรมชาติเป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่สืบเนื่องมาจากการที่ธรรมชาติถูกมนุษย์ทำร้าย ตอบผิด (ร้อยละ 51.57) มีความรู้ในระดับน้อย

ประเด็นที่ 4 ด้านการติดต่อของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับการติดต่อของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=4.77, S.D.=0.72) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 99.10) ได้แก่ โรคโควิด 19 สามารถติดต่อกันจากการแพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติด

เชื้อ ผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลายได้ มีความรู้ในระดับมาก และข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด (ร้อยละ 81.17) ได้แก่ โรคโควิด 19 (COVID-19) สามารถติดต่อกันโดยการสัมผัส มีความรู้ในระดับน้อย

ประเด็นที่ 5 ด้านความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับอาการของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=6.86, S.D.=1.29) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 99.10) ได้แก่ อาการของผู้ป่วยโควิด 19 อาการทั่วไปคล้ายไข้หวัดใหญ่ได้แก่ มีไข้สูง ไอ หายใจลำบาก มีความรู้ในระดับมาก และข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด (ร้อยละ 53.37) ได้แก่ มีไข้สูงมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ไอ เจ็บคอ ครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย หอบ หายใจลำบาก เป็นอาการโดยทั่วไปของไข้หวัดเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับน้อย

ประเด็นที่ 6 ด้านความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3, S.D.=0.92) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 94.61) ได้แก่ การรักษาโรคโควิด 19 ในระยะแรกไม่มียารักษาทำได้เพียงการรักษาตามอาการเท่านั้น มีความรู้ในระดับมาก และข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด (ร้อยละ 44.40) ได้แก่ การมีระบบภูมิคุ้มกันที่มากสามารถช่วยรักษาโรคโควิด 19 (COVID-19) ได้โดยไม่จำเป็นต้องรับประทานยา ตอบผิด มีความรู้ในระดับน้อย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=29.87, SD.=2.63)

3. พฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) n=223

ข้อที่	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19)	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1	การป้องกันเชื้อ (COVID-19) ที่ดีและง่ายที่สุดสำหรับบุคคลทั่วไป คือ การใส่หน้ากากอนามัย	222 (99.55)
2	การเว้นระยะห่างจากผู้ป่วยติดเชื้อหรือผู้ที่มีอาการอย่างน้อย 1 เมตร	220 (98.65)
3	การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อไม่สบายหรือออกจากบ้าน	221 (99.10)
4	ล้างมือให้สม่ำเสมอด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลอย่างน้อย 20 วินาที ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ไม่ต่ำกว่า 70%	218 (97.76)
5	เมื่อมีอาการเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ให้สวมใส่หน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยง การไปทำงานหรือเข้าเรียนในสถานศึกษา	223 (100.00)
6	การล้างมืออย่างถูกวิธี (7 ขั้นตอน) ทุกครั้ง	203 (91.03)
7	การหลีกเลี่ยงเข้าไปยังสถานที่ที่มีคนพลุกพล่านหรือแออัด	221 (99.10)
8	การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ด้วยความร้อน	222 (99.55)
9	การออกกำลังกายเป็นประจำครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที	176 (78.92)
10	การใช้ช้อนกลางประจำตัวเมื่อต้องรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	205 (91.93)
11	การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เมื่อต้องมีการพูดคุยกับบุคคลอื่น	218 (97.76)
12	การเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือการอาบน้ำทันที เมื่อกลับมาจากข้างนอก	197 (88.34)
13	การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง	221 (99.10)
ค่าเฉลี่ย = 12.39, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.26, ระดับพฤติกรรม = ดี		

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด 19 (COVID-19) ของนักศึกษาวិทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) ภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean=12.39,S.D=1.26) โดยเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) อยู่ในระดับดี

3 ลำดับแรก ได้แก่ เมื่อมีอาการเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ให้สวมใส่หน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงการไปทำงานหรือเข้าเรียนในสถานศึกษา (ร้อยละ 100.00) การป้องกันเชื้อ (COVID-19) ที่ดีและง่ายที่สุดสำหรับบุคคลทั่วไป คือ การใส่หน้ากากอนามัย (ร้อยละ 99.55) และการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ด้วยความร้อน (ร้อยละ 99.55) ตามลำดับ และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด (ร้อยละ 78.92) คือ การออกกำลังกายเป็นประจำครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อค้นพบที่เป็นประเด็นสำคัญซึ่งจะนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เพิ่งพบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี 2019 นั้น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีอยู่มากมายอาจแตกต่างกันไปไม่ว่าจะเป็นการข้อมูลที่ไดมาจาก กระทรวงสาธารณสุขไทย ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคระบาดของสหรัฐ (CDC) และองค์การอนามัยโลก (WHO)⁽⁷⁾ และปัจจุบัน นักศึกษาสามารถเข้าถึงสื่อได้ง่ายผ่านระบบ Internet โทรศัพท์มือถือ จึงอาจทำให้มีความรู้เกี่ยวกับไวรัสชนิดนี้อย่างชัดเจนในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทิมา ห้าวหาญ และพรรณวดี ขำจริง⁽⁵⁾ ที่ศึกษาความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต พบว่า ประชาชนในจังหวัดภูเก็ตมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.15 ความรู้ความเข้าใจผิดว่าไวรัสโคโรนา (COVID-19) ตัวเลข 19 มาจากจำนวนสายพันธุ์ของเชื้อโรค ร้อยละ 36.33 ที่มีความรู้ความเข้าใจผิดว่าเชื้อโควิด-19 สามารถมองเห็นได้ด้วยกล้องจุลทรรศน์ที่ใช้กันโดยทั่วไปได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.80 ยังขาดความรู้ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการของโรคโควิด 19 ว่าสาเหตุของโรค COVID-19 เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะหรืออาหารที่แปลกๆ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.74 มี

ความรู้ความเข้าใจผิดว่าโรค COVID-19 เป็นโรคที่เคยเกิดการระบาดครั้งใหญ่ในอดีตและกลับมาระบาดอีกครั้งในปัจจุบัน ร้อยละ 21.98 มีความรู้ความเข้าใจผิดว่าสาเหตุของโรคโควิด-19 (COVID-19) เกิดจากอุณหภูมิของโลกเพิ่มสูงขึ้น ทำให้น้ำแข็งบริเวณขั้วโลกละลาย ส่งผลให้แบคทีเรียหรือไวรัสที่อยู่ภายใต้น้ำแข็งเกิดการระเหยกระจายตัวและแพร่ไปยังพื้นที่ต่างๆ ในโลก ร้อยละ 27.81 มีความรู้ความเข้าใจผิดว่าโรคโควิด-19 (COVID-19) ไม่สามารถแพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูกน้ำลาย ได้ ร้อยละ 21.08 มีความรู้ความเข้าใจผิดว่าผู้ที่ได้รับเชื้อโควิด-19 จะแสดงอาการทันทีเมื่อได้รับเชื้อ ร้อยละ 27.36 มีความรู้ความเข้าใจผิดว่าผู้ที่ได้รับเชื้อโควิด-19 บางรายที่ไม่แสดงอาการใดๆ สามารถรักษาตัวเองจนหายได้เอง โดยทั้งหมดที่กล่าวมา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง

ส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) มีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับน้อย ดังนี้ ร้อยละ 51.57 มีความรู้ความเข้าใจผิดว่าโรค COVID-19 เกิดจากไวรัสโคโรนา (Corona virus) ที่กลายพันธุ์ในธรรมชาติเป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ สืบเนื่องมาจากการที่ธรรมชาติถูกมนุษย์ทำร้าย ร้อยละ 81.17 มีความรู้ความเข้าใจผิดว่าโรคโควิด-19 (COVID-19) สามารถติดต่อกันโดยการสัมผัส ร้อยละ 53.37 มีความรู้ความเข้าใจผิดว่า มีไข้สูงมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ไอ, เจ็บคอ, ครั่นเนื้อครั่นตัว, อ่อนเพลีย, หายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เป็นอาการโดยทั่วไปของไข้หวัดเท่านั้น ร้อยละ 49.78 มีความรู้ความเข้าใจผิดว่าการกักตัวเพื่อสังเกตอาการเริ่มป่วย ซึ่งใช้กับผู้เข้าข่ายการเสี่ยงติดเชื้อมีระยะเวลาการกักตัว

7 วัน ร้อยละ 46.64 มีความรู้ความเข้าใจผิดว่า อาการรุนแรงที่สุดที่พบจากโคโรนาไวรัสคือ อาการ ไตวายเฉียบพลัน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.40 มีความรู้ความเข้าใจผิดว่าระบบภูมิคุ้มกันของ ร่างกายไม่มีความจำเป็นในการช่วยรักษาโคโรนา ไวรัส ทั้งนี้ในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ น้อย ส่วนใหญ่พบในประเด็นด้านอาการของโรคโควิด 19 อาจเนื่องมาจากในมิติด้านอาการของโรคจะต้อง มีความเข้าใจที่ถูกต้องและจะถูกสื่อสารจาก กรมควบคุมโรคและกรมการแพทย์ซึ่งการสื่อสาร ด้านนี้อาจจะยังอยู่ในวงการแพทย์ที่เป็นผู้รักษา การสื่อสารกับประชาชนยังน้อย ประกอบกับใน เรื่องอาการของโคโรนาไวรัสจะมีการเปลี่ยนแปลง บ่อยขึ้นอยู่กับสายพันธุ์โรค และความรู้ความเข้าใจ ผิดว่าการกักตัวเพื่อสังเกตอาการใช้เวลา 7 วัน ซึ่งความเป็นจริงตามประกาศของ ศบค.ให้กักตัว 14 วัน และ การเข้าใจผิดว่าโรคโควิด-19 (COVID-19) สามารถติดต่อกันโดยการสัมผัสโดยละเลยไม่คิดถึง การติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ ในประเด็นนี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการปฏิบัติเพราะการ เข้าใจผิดจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการรับและ แพร่กระจายเชื้อได้ง่ายเกิดการระบาดของโรคเมื่อ การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

2. สำหรับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการ โรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean=12.39, S.D=1.26) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดรัญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษาความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรม การป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปฐุใหญ่ อำเภอมะนัง จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างร้อยละ 72.40 มีพฤติกรรมป้องกันการ โควิด 19 อยู่ในระดับดี การศึกษาของบงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี⁽⁹⁾ ความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล

ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี และปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระบบบริหาร จัดการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมี ประสิทธิภาพมาก มีการเผยแพร่ให้ประชาชนทราบ เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการป้องกันการแพร่ระบาดของ โรคโควิด 19 ทั้งในระดับส่วนกลางจนถึงระดับ ชุมชน ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบคลุมอยู่ทั่วประเทศช่วยดูแลและ ขับเคลื่อนให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการ ของรัฐในการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ อย่างเคร่งครัด จะมีโอกาสในการพัฒนาในด้าน พฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำครั้งละ ไม่น้อยกว่า 30 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยังมีระดับ พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

สถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยนี้ เป็นแนวทางในการกำหนดเชิงนโยบายเพื่อให้มี การสอดแทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน โรคโควิด 19 ในการจัดการเรียนการสอนใน หลักสูตร ส่วนในเชิงปฏิบัติการควรจัดอบรม หรือจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ให้กับนักศึกษาในวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานีให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ นักศึกษาสามารถป้องกันการติดเชื้อ โควิด 19 ได้ โดยเฉพาะเมื่อต้องออกฝึก ประสบการณ์วิชาชีพในโรงพยาบาล หน่วยบริการ สุขภาพปฐมภูมิตลอดจนในชุมชน และควรมี การศึกษาประเมินผลสัมฤทธิ์ของการจัดการ เรียนการสอนที่สอดแทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันโรคโควิด 19 และประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. 2563. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/>
2. คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดอุบลราชธานี. ประกาศของจังหวัดและศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) วันที่ 16 ตุลาคม 2564. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <http://ubonratchathani.go.th/home/category/covid-19>
3. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ 15/2564 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2564. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/im_commands.php
4. ประภาพร ศรีตระกูล. การวัดและประเมินผลการศึกษา. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น: โรงพิมพ์แอนนาออฟเซต; 2550.
5. จันทิมา ห้าวหาญ และ พรรณวดี ขำจริง. ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมกาปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต. เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 11 ปีการศึกษา 2563.
6. Bloom, B. S., Krathwohl, D. R. and Masia B. B. Taxonomy of Educational Objectives The Classification of Education Goals Handbook : Affective Domain. Longman Green and Co, London. 1964.
7. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2020 [cited 2020 June 10]. Available from: <https://covid19.who.int/table>
8. ดร.ณชนก พันธุ์สุมา และ พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกาป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2564; 36(5):597-604.
9. บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี. ความรู้และพฤติกรรมกาป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564; 15:179-95

ภาวะความเครียดในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Stress Conditions During COVID-19 Crisis of Health Personnel in Pran Buri District, Prachuab Khiri Khan Province

ทรงวุฒิ ชนะอุดมสุข,ธีระวุฒิ ธรรมกุล*

Songvud Chanaudomsuk, Theerawut Thammakun*

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

*Correspondence to: theerawut.tha@stou.ac.th

Received: Apr 13, 2022 | Revised: May 30, 2022 | Accepted: Jun 13, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้เพื่อศึกษา (1) คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัญหาส่วนบุคคล (2) ภาวะความเครียด และ (3) อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัญหาส่วนบุคคลต่อภาวะความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของประเทศไทย โดยศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอปราณบุรี ทั้งในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 295 คน ใช้เครื่องมือในการศึกษาเป็นแบบประเมินความเครียด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในภาวะวิกฤตโควิด-19 ในการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ

ผลการศึกษาพบว่า (1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สถานภาพเป็นข้าราชการ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อายุการทำงานน้อยกว่า 10 ปี ปัญหาส่วนบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก ปัญหาเศรษฐกิจมากที่สุด รองลงคือ ปัญหาการทำงาน ปัญหาสุขภาพ และปัญหาครอบครัว ตามลำดับ (2) บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเครียดน้อย รองลงมาคือ เครียดปานกลาง และ (3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะความเครียดในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงวิกฤตโควิด-19 ในประเทศไทย คือ อายุ ปัญหาสุขภาพ และปัญหาการทำงาน มีอิทธิพลต่อภาวะความเครียด

คำสำคัญ : ความเครียด, ช่วงวิกฤต, บุคลากรสาธารณสุข, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This cross-sectional research aimed to study: (1) personal characteristics and problems; (2) stress conditions; and (3) influence of personal factors and problems on the stress conditions, all among public health personnel in Pran Buri district, Prachuap

Khiri Khan province during the COVID-19 crisis in Thailand. The study involved all 295 public health personnel in the community hospital, the district public health office and subdistrict health promoting hospitals in Pran Buri district. The study instrument was the stress assessment form which was part of the mental health assessment or survey of health personnel during Thailand's COVID-19 crisis undertaken by the Prachuap Khiri Khan Provincial Public Health Office. Data analysis was performed for quantitative data to determine frequencies, percentages, means, standard deviations, and multiple linear regression.

The results indicated that, among the study participants: (1) concerning personal characteristics, most of them were female government officials working in hospitals, graduated with a bachelor's degree, and had less than 10 years of service; their stress conditions were mostly caused by economic problems, followed by work-related problems, health problems and family problems, respectively; (2) regarding stress levels, most of them were in the less stressful group, followed by moderate stress; and (3) the factors affecting their stress conditions during the COVID-19 crisis were age, health problems and work-related problems.

Keywords: Stress, Crisis, Public health personnel, Coronavirus Disease 2019

บทนำ

ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย บุคลากรสุขภาพเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องให้บริการใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียด เช่น กลัวการติดเชื้อ กังวลเรื่องการใช้ชีวิต ไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ว่าจะจบลงเมื่อไหร่ อีกทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัว วิตกกังวล เครียด และบางครั้งต้องประสบเหตุการณ์สูญเสีย ผู้ป่วยที่ดูแลหรือคนใกล้ชิด การช่วยเหลือบุคลากรสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและ ความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจะต้องบูรณาการไป

กับกระบวนการทำงานรับมือสถานการณ์ การระบาดของโรคโดยจะต้องมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือ การเฝ้าระวังติดตาม การประเมินสภาวะสุขภาพจิต ภาวะหมดไฟ และสภาวะสุขภาพจิต สุขภาพอย่างต่อเนื่อง องค์กรจำเป็นต้องจัดเตรียมระบบ การดูแลช่วยเหลือที่พร้อมให้บริการเพื่อให้บุคลากรของหน่วยงานสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและรับบริการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจที่มีประสิทธิภาพได้ทันทั่วถึงเมื่อต้องการ⁽¹⁾

การรักษาชีวิตทำได้โดยลดการแพร่ระบาดให้ได้กล่าวคือ ทำให้อยอดของผู้ติดเชื้อมีจำนวนน้อย “Flattening the Curve” เพื่อให้ระบบสาธารณสุขในประเทศสามารถรองรับผู้ป่วยไปและในเวลาเดียวกัน ก็ทำการเพิ่มศักยภาพของระบบสาธารณสุข ทำให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้

มากขึ้น เช่น การเพิ่มจำนวนเตียงในโรงพยาบาล หรือการสร้างโรงพยาบาลสนาม รวมทั้งการเพิ่ม อุปกรณ์ช่วยชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น และในระยะยาว การแพร่ระบาดจะไม่เกิดขึ้นเมื่อ มีวิธีการรักษาและป้องกันโรคด้วยยาและวัคซีนในเวลา เดียวกัน เพื่อให้ประชาชนยังสามารถดำรงชีวิตได้ อย่างเป็นปกติมากที่สุดในขณะที่เศรษฐกิจ ถดถอย (ซึ่งอาจมีอัตราการหดตัวทางเศรษฐกิจมากถึง ร้อยละ 8 ถึงร้อยละ 13) รัฐบาลอาจต้องมีการ เยียวยา และช่วยเหลือประชาชน รวมทั้งธุรกิจที่ ได้รับผลกระทบจากมาตรการปิดเมือง และเตรียม มาตรการในการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ เมื่อการ ระบาดเลยจุดสูงสุดไปแล้ว สุดท้าย คือเตรียม มาตรการฟื้นฟูเศรษฐกิจเมื่อการระบาดสิ้นสุดลง⁽²⁾

วิกฤตดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อคนทั้งโลก ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและการเมือง อย่างไม่เคยมีมาก่อน ในส่วนของบุคลากรสุขภาพ เองก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน และยังมีภาระ งานที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งการเตรียมการป้องกัน และการให้บริการผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้เสี่ยงติดเชื้อ และจำนวนติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น ข้อจำกัดในการดูแล รักษาทั้งเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อที่ บุคลากรสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคย และไม่ชำนาญ ในการดูแลรักษาโรคติดเชื้อนี้ ซึ่งยังไม่มีวิธีการ รักษาที่ชัดเจน อีกทั้งความเสี่ยงที่เพิ่มเป็นเท่าทวี ในฐานะด่านหน้าที่ต้องเผชิญกับโรคโควิด-19 ก่อ ให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าต่อบุคลากรมาก ยิ่งขึ้น⁽³⁾

สถานการณ์ความเครียดในบุคลากรสาธารณสุข ในช่วงภาวะวิกฤตโควิด-19 โดยกรมสุขภาพจิต สุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพทั่วประเทศตามเขต สุขภาพ ครั้งที่หนึ่ง (วันที่ 12-18 มีนาคม 2563) จำนวน 605 คน และครั้งที่สองจำนวน 578 คน (วันที่ 30 มีนาคม ถึง วันที่ 5 เมษายน 2563) พบว่า

ในระยะเวลาสองสัปดาห์ผ่านไประดับความเครียด ของบุคลากรเพิ่มขึ้น ความเครียดระดับปานกลาง จากร้อยละ 24.0 ในการสำรวจครั้งที่ 1 เพิ่มเป็น ร้อยละ 34.8 ในครั้งที่ 2 และความเครียดระดับ มากและมากที่สุดจากร้อยละ 6.4 เป็นร้อยละ 7.9 ตามลำดับ แต่ภาวะหมดไฟจากความเหนื่อยล้า ทางอารมณ์ รู้สึกหมดพลังสูญเสียพลังทางใจ ยัง แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย เนื่องจากเพิ่งเป็นระยะ เริ่มต้นของการระบาดของโรคโควิด-19 ปัญหา เหล่านี้ล้วนเป็นความท้าทายในการจัดการการแพร่ ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ต้องคำนึงถึง การดูแลช่วยเหลือสังคมจิตใจผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยบูรณาการเข้ากับระบบการจัดการการแพร่ ระบาดตั้งแต่แรก โดยให้บุคลากรด้านสุขภาพจิต ทั้งจากองค์กรและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามามี ส่วนร่วมจัดการภาวะวิกฤตนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ การป้องกันและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ บุคลากรสุขภาพและประชาชนที่ได้รับผลกระทบ ให้สามารถคงความเข้มแข็งทางจิตใจ มีพลังและ ความหวังที่จะฝ่าข้ามวิกฤตไปได้อย่างมีสุขภาพ⁽⁴⁾

การศึกษาของ Jianbo Lai และคณะ ที่ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตในบุคลากร สาธารณสุขในช่วงที่มีวิกฤติโควิด-19 ของประเทศ จีน เก็บข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล รวม 1,830 คน พบว่า เพศ ประเภทของโรงพยาบาล ตำแหน่งงาน สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตก กังวล ตำแหน่งงานสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับ เพศ ประเภทของโรงพยาบาล ตำแหน่งงาน พื้นที่ สัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน⁽⁵⁾ ส่วนใน ประเทศไทยในช่วงแรกๆ ของการเกิดการระบาดของ โรคโควิด-19 ยังไม่พบการศึกษา ซึ่งในขณะ นั้นสถานการณ์ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในอำเภอบางสะพานบุรีและ อำเภอบางสะพาน ในโรงพยาบาลบางสะพานบุรีมีผู้ป่วยติด

เชื้อโควิด-19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ.2563 อย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรสาธารณสุขในอำเภอบราณบุรี ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีการะงานที่หนักเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน การศึกษาวิจัยเรื่องภาวะความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขในช่วงวิกฤติโควิด-19 ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกันและแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับที่มีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัญหาส่วนบุคคล ของบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอบราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงวิกฤติโควิด-19 ของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาภาวะความเครียด ของบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอบราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงวิกฤติโควิด-19 ของประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัญหาส่วนบุคคล ต่อภาวะความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอบราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงวิกฤติโควิด-19 ของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) นี้ศึกษาในประชากรที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอบราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 295 คน ได้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาลบราณบุรี บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 7 แห่งของอำเภอ

บราณบุรี ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาจ้าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงสูบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตาเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแสงพันธ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบราณบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำบราณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกัฟง และบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบราณบุรี โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร ซึ่งสำรวจตั้งแต่ 1 เมษายน 2563 ถึง 15 พฤษภาคม 2563

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในภาวะวิกฤติโควิด-19 ผ่าน google form จัดทำโดยศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์โดยมีส่วนประกอบของแบบประเมินความเครียด ST5 อ้างอิงจากแบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5) พัฒนาโดย อรรพรรณ ศิลปะกิจ⁽⁶⁾ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 โดยข้อมูลที่ได้ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ กลุ่มงาน สถานภาพ การจ้างงาน ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา อายุการทำงาน ปัญหาส่วนบุคคล และข้อคำถาม 5 ข้อจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยอรรพรรณ ศิลปะกิจ เป็นแบบที่ใช้วัดความเครียดจำนวน 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการบุคคลหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในระยะช่วง 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยจะแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับคือ แทบไม่มี กำหนดเป็นค่า 0 คะแนน เป็นครั้งคราว กำหนดเป็นค่า 1 คะแนน บ่อย ๆ ครั้ง กำหนดเป็นค่า 2 คะแนน และเป็นประจำ กำหนดเป็นค่า 3 คะแนน และนำข้อทั้งหมดมาคิดคะแนนรวมซึ่งจะมีค่าตั้งแต่ 0 – 15 คะแนน และจำแนกภาวะเครียดเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มีภาวะเครียด

<4 คะแนน สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด 5 – 7 คะแนน และน่าจะป่วยด้วยความเครียด ≥ 8 คะแนน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล ประจวบคีรีขันธ์

ผลการศึกษา

บุคลากรสาธารณสุขอำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประกอบด้วยโรงพยาบาลปราณบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง พบว่า ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 295 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 245 คน (ร้อยละ 83.1) อายุเฉลี่ย 38.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ จำนวน 105 คน (ร้อยละ 35.6) ลูกจ้างชั่วคราว 90 คน (ร้อยละ 30.8) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 89 คน (ร้อยละ 30.2) ทำงานกลุ่มงานพยาบาลในโรงพยาบาลจำนวน 60 คน (ร้อยละ 20.3) ทำงานกลุ่มงานบริหารในโรงพยาบาล

จำนวน 52 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 17.6) ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริการ 91 คน (ร้อยละ 30.5) นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข/ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 67 คน (ร้อยละ 22.7) พยาบาลวิชาชีพ 59 คน (ร้อยละ 20.0) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 158 คน (ร้อยละ 53.6) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย 77 คน (ร้อยละ 26.1) ปวส. 44 คน (ร้อยละ 14.9) ทำงานในโรงพยาบาลปราณบุรี จำนวน 233 คน (ร้อยละ 79) รองลงมาคือ รพ.สต.ปราณบุรี 20 คน (ร้อยละ 6.8) ทำงานในสาธารณสุขอำเภอปราณบุรี 6 คน (ร้อยละ 2) อายุการทำงานเฉลี่ย 10.8 ปี อายุการทำงาน น้อยกว่า 10 ปี 174 คน (ร้อยละ 58.9) 10-20 ปี 66 คน (ร้อยละ 22.4) มากกว่า 20 ปี 55 คน (ร้อยละ 18.6)

ปัญหาส่วนบุคคลที่มีผลทำให้เกิดความเครียดพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหา 197 คน (ร้อยละ 66.8) โดยมีสาเหตุมาจาก ปัญหาเศรษฐกิจมากที่สุด 120 คน (ร้อยละ 40.7) ปัญหาการทำงาน 99 คน (ร้อยละ 33.6) ปัญหาครอบครัว 49 คน (ร้อยละ 16.6) ปัญหาสุขภาพ 56 คน (ร้อยละ 19) ปัญหาชีวิตส่วนตัว 2 คน (ร้อยละ 0.7) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงปัญหาส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (n=295)

ปัญหาส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพ	56	19.0
ปัญหาเศรษฐกิจ	120	40.7
ปัญหาการทำงาน	99	33.6
ปัญหาครอบครัว	49	16.6
ปัญหาชีวิตส่วนตัว	2	0.7

ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียด จำแนกรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรฯ มีปัญหาความเครียดบางครั้ง จำนวน 4 ใน 5 ข้อ ในเรื่องมีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ นอนมาก มีสมาธิ

น้อยลง หงุดหงิด กระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ และรู้สึกเบื่อหน่าย/เซ็ง ยกเว้นเรื่องการไม่ยากพบปะผู้คน ที่ส่วนใหญ่ตอบว่า แทบไม่มีความเครียด (ร้อยละ 44.7) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สภาวะที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข

ข้อคำถาม	แทบไม่มี		บางครั้ง		บ่อยครั้ง		เป็นประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ นอนมาก	77	26.1	140	47.5	60	20.3	18	6.1
2. มีสมาธิน้อยลง	77	26.1	151	51.2	59	20.0	8	2.7
3. หงุดหงิด กระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ	84	28.5	163	55.3	34	11.5	14	4.7
4. รู้สึกเบื่อหน่าย เซ็ง	52	17.6	145	49.2	76	25.8	22	7.5
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	132	44.7	111	37.6	41	13.9	11	3.7

จากการประเมินระดับความเครียด จำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ เครียดน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก เครียดมากที่สุด พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเครียดน้อย 141 คน (ร้อยละ 47.8) เครียด

ปานกลาง 99 คน (ร้อยละ 33.6) เครียดมาก 30 คน (ร้อยละ 10.2) เครียดมากที่สุด 25 คน (ร้อยละ 8.5) คะแนนความเครียดเฉลี่ย 4.99 คะแนน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินระดับความเครียด (n=295)

	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย (0-4 คะแนน)	141	47.8
เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน)	99	33.6
เครียดมาก (8-9 คะแนน)	30	10.2
เครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน)	25	8.5
$\bar{x}$ = 4.99, S.D. = 3.04, Median = 5, Min = 0, Max = 15		

ผลการวิเคราะห์ bivariate โดยใช้สถิติ linear regression พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอบรรณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้แก่ ปัจจัย

ด้านอายุ พบว่าอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไปมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าอายุน้อยกว่า 45 ปีขึ้นไป 1.07 คะแนน (95% CI:-1.81,-0.34, p-value = 0.004) และปัจจัยด้านกลุ่มงาน พบว่ากลุ่ม

งานหลักมีคะแนนความเครียดสูงกว่ากลุ่มงานสนับสนุน 0.91 คะแนน (95% CI: 0.16,1.79, p-value = 0.019) ด้านปัญหาส่วนบุคคลที่มีผลทำให้เกิดความเครียด พบว่า ปัญหาที่มีผลต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข

อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการทำงาน ปัญหาครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัญหาส่วนบุคคลที่มีผลต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปราณบุรี (n = 295)

ปัจจัย	ความเครียด					
	n	Mean	S.D.	Mean Difference	95% CI	p-value
1. เพศ						0.29
- ชาย	50	4.58	3.15	0		
- หญิง	245	5.07	3.02	0.49	-0.44, 1.42	
2. อายุ						0.004
- < 45 ปี	200	5.34	3.03	0		
- 45 ปีขึ้นไป	95	4.26	2.94	-1.07	-1.81,-0.34	
3. กลุ่มงาน						0.019
- กลุ่มงานสนับสนุน	226	4.76	3.00	0		
- กลุ่มงานหลัก	69	5.74	3.06	0.91	0.16,1.79	
4. สถานภาพการจ้างงาน						0.38
- ไม่ใช่ข้าราชการ	190	4.87	2.88	0		
- ข้าราชการ	105	5.20	3.31	0.33	-0.40,1.05	
5. การศึกษา						0.78
- ปริญญาตรี	158	5.14	3.17	0		
- มัธยมศึกษา	77	4.79	2.71	-0.35	-1.14,0.50	
- ปวช./ปวส.	53	4.92	3.16	-0.22	-1.17,0.74	
- ปริญญาโท	7	4.29	2.93	-0.88	-3.17,1.47	

ปัจจัย	ความเครียด					
	n	Mean	S.D.	Mean Difference	95% CI	p-value
6. สถานที่ปฏิบัติงาน						0.92
- โรงพยาบาล	233	5.00	3.00	0		
- รพ.สต.	56	4.98	3.07	-0.02	-0.90,0.88	
- สสอ.	6	4.50	4.51	-0.50	-2.99,1.98	
7. สายวิชาชีพ						0.72
- สายงานสนับสนุน	102	4.90	2.91	0		
- สายวิชาชีพหลัก	193	5.04	3.11	0.13	-0.60,0.87	
8. ระยะเวลาปฏิบัติงาน						0.69
- น้อยกว่า 10 ปี	174	4.91	2.99	0		
- 10 - 20 ปี	66	5.27	2.87	0.36	-0.51,1.23	
- มากกว่า 20 ปี	55	4.89	3.41	-0.02	-0.95,0.91	
9. ปัญหาสุขภาพ						0.001
- ไม่มี	239	4.69	2.92	0		
- มี	56	6.29	3.23	1.55	0.68,2.43	
10. ปัญหาเศรษฐกิจ						0.012
- ไม่มี	175	4.62	3.14	0		
- มี	120	5.52	2.82	0.90	0.19,1.61	
11. ปัญหาการทำงาน						<0.001
- ไม่มี	196	4.37	2.92	0		
- มี	99	6.21	2.91	1.84	1.13,2.54	
12. ปัญหาครอบครัว						0.007
- ไม่มี	246	4.78	3.08	0		
- มี	49	6.06	2.51	1.29	0.36,2.21	
13. ปัญหาชีวิตส่วนตัว						0.996
- ไม่มี	293	4.98	3.04	0		
- มี	2	5.00	1.24	0.01	-4.24, 4.26	

ผลการวิเคราะห์ multivariate โดยใช้วิธี stepwise ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัญหาส่วนบุคคลที่มีผลต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลร่วม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ได้แก่ อายุ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการทำงาน

โดย บุคลากรสาธารณสุขที่มีปัญหาสุขภาพจะมีความเครียดมากกว่าบุคลากรที่ไม่มีปัญหา 0.15 คะแนน บุคลากรสาธารณสุขที่มีปัญหาการทำงานจะมีความเครียดมากกว่าบุคลากรที่ไม่มีปัญหา 0.26 คะแนน บุคลากรที่อายุน้อยกว่า 45 ปีจะมีความเครียดมากกว่าคนที่อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป 0.15 คะแนน (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัญหาส่วนบุคคล ที่มีผลต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปราณบุรี (n = 295) โดยวิธี stepwise

ตัวแปร	n	ความเครียด					VIF	p-value	
		Mean	S.D.	Mean Difference					
				Un adjusted	Adjusted*	95% CI			
ปัญหาสุขภาพ									0.009
- ไม่มี	239	4.69	2.92	0	0				
- มี	56	6.29	3.23	1.13	0.15	0.28, 1.98	1.035		
ปัญหาการทำงาน									<0.001
- ไม่มี	196	4.37	2.92	0	0				
- มี	99	6.21	2.91	1.67	0.26	0.97, 2.37	1.029		
อายุ									0.006
- 45 ปีขึ้นไป	95	4.26	2.94	0	0				
- น้อยกว่า 45 ปี	200	5.34	3.03	0.98	0.15	0.28, 1.68	1.006		

หมายเหตุ: * คือค่า mean difference ที่มีการควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม ซึ่งได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการทำงาน และอายุ

วิจารณ์ผล

จากการศึกษานี้ พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปมีความเครียดต่ำกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี อาจเป็นสาเหตุจากการที่มีประสบการณ์ในการทำงานมานาน มีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ดีกว่า สรุปได้ว่าปัจจัยด้านอายุมีอิทธิพลต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Suyi Yang และคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาความเครียดและภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานด้านสุขภาพจิตในประเทศสิงคโปร์ 220 คน พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด คือ อายุต่ำกว่า 25 ปี ประสบการณ์ในการทำงานที่น้อยกว่า 5 ปี รายได้ต่อปีอยู่ในระดับต่ำ

นอกจากนั้นพบว่ากลุ่มงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยกลุ่มงานหลักมีความเครียดมากกว่ากลุ่มงานสนับสนุน อธิบายได้จากกลุ่มงานหลักจะประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ ซึ่งกลุ่มบุคลากรเหล่านี้ต้องทำงานโดยตรงกับผู้ป่วย ให้การดูแลรักษา ตรวจวินิจฉัย มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยเนื่องจากการสัมผัสเลือด สิ่งคัดหลั่งจากตัวผู้ป่วย และต้องเข้าเวรนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลปราณบุรี ซึ่งรับผู้ป่วยโควิด-19 ไว้รักษาในโรงพยาบาล ต้องใช้บุคลากรกลุ่มการพยาบาลจำนวนมากผลัดเปลี่ยนกันขึ้นเวร และแพทย์ที่ต้องเข้าตรวจเยี่ยมอาการผลัดเปลี่ยนกันรายวัน ในส่วนของงานเทคนิคการแพทย์ จะต้องรับส่งส่งตรวจในผู้ป่วยที่สงสัยทั้งเลือด เสมหะ ทำให้ปริมาณงานเพิ่มมากกว่าช่วงที่ไม่มีการระบาดของ

โรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Xin Shen และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาความเครียดทางจิตใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักของมณฑลอุฮั่น ประเทศจีน พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ด่านหน้า มีภาระงานหนัก อ่อนเพลีย มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ต้องเผชิญกับความกังวล ความไม่เข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ไม่ได้ติดต่อกับผู้คน รู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความเครียดขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนัก⁽⁸⁾ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mariela Mosheva และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาความเครียดของแพทย์ในช่วงที่มีการระบาดทั่วโลกของ COVID 19 พบว่าแพทย์มีความรู้สึกเหนื่อยล้า กังวลว่าจะติดเชื้อ กังวลว่าจะนำไปแพร่ให้คนในครอบครัว มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ แพทย์ผู้ปฏิบัติงานพยายามหลีกเลี่ยงการติดต่อกับครอบครัวเนื่องจากกลัวว่าจะนำไปแพร่ให้ จะยังเป็นการทำให้แพทย์นั้นเกิดความเครียดและวิตกกังวลสูงขึ้น และการที่ต้องเข้าเวรติดต่อกันทำให้มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ

อย่างไรก็ตามปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพ การจ้างงาน การศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน สายวิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Li-Ping Chou และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลกับความเครียดและภาวะหมดไฟจากการทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปของไต้หวัน พบว่าความเครียดจากการทำงานทำให้เกิดภาวะหมดไฟในกลุ่มลูกจ้างในโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงาน ความเครียดของตัวงาน การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่าปัญหาส่วนบุคคลมีผลทำให้เกิดความเครียดของบุคลากร ได้แก่

1) ปัญหาสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านปัญหาที่มีผลทำให้เกิดความเครียด ของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยกลุ่มที่มีปัญหาความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี ปัญหาสุขภาพมีได้หลากหลาย เช่น โรคประจำตัว โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความไม่ปลอดภัยในชีวิต ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เป็นที่ทราบกันว่าบุคคลที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน โรคปอด ถ้าติดเชื้อโควิด-19 จะมีโอกาสที่เกิดการติดเชื้อรุนแรง อาจเสียชีวิตได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Pratibha P. Kane⁽¹¹⁾ ศึกษาความเครียดในกลุ่มพยาบาลที่สัมผัสกับโรคทางกายและจิตใจ อาการทางกาย ได้แก่ ปวดหลัง ปวดคอและไหล่ ความซีดเหลือง ลิ้น ความกังวลเกี่ยวกับงาน มีผลต่อระดับความเครียด

2) ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ของบุคลากรสาธารณสุข โดยกลุ่มที่มีปัญหาความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี อธิบายได้จากสภาพสังคมปัจจุบันในช่วงที่มีการระบาดเกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลก ประเทศไทยเองได้รับผลกระทบดังกล่าวด้วย มีการเลิกจ้าง ประชาชนตกงานจำนวนมาก อาหาร เครื่องใช้บางอย่างมีราคาสูงขึ้น ทำให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบรวมถึงบุคลากรสาธารณสุขเองเกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Crystal L. Park และคณะ⁽¹²⁾ ได้ศึกษาความเครียดของประชาชนชาวอเมริกัน ช่วงการระบาดของ COVID 19 พบว่าปัญหาหลักคือเรื่องเศรษฐกิจและเงิน ความมั่นคงในการทำงาน ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขเองก็ถือว่าเป็นประชาชนชาวไทย ย่อมได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์เศรษฐกิจเช่นกัน

3) ปัญหาการทำงานพบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข โดยกลุ่มที่มีปัญหาความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี อธิบาย

ได้จากบุคลากรสาธารณสุขต้องเผชิญกับปัญหาโรคระบาดโดยตรง ต้องทำงานด้านหน้า คัดกรองผู้ป่วยจำนวนมาก รวมถึงดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อแล้ว ย่อมทำให้เกิดความเครียด ความกลัวว่าจะติดเชื้อและนำโรคไปแพร่ให้กับคนในครอบครัว บางส่วนต้องขึ้นเวรถี่ขึ้นทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น หน้ากาก ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงานขึ้นได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Mariela Mosheva และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาความเครียดของแพทย์ในช่วงที่มีการระบาดทั่วโลกของ COVID 19 พบว่าแพทย์มีความรู้สึกเหนื่อยล้า กังวลว่าจะติดเชื้อ กังวลว่าจะนำไปแพร่ให้คนในครอบครัว

4) ปัญหาครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข โดยกลุ่มที่มีปัญหาความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี อธิบายได้จากภาระงานที่หนักขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาหรือปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว อาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน การต้องอยู่ห่างกันหรือแยกตัว ในช่วงสถานการณ์ภายนอกที่แวดล้อมด้วยความเสี่ยงจากการติดเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Panagiota Goulia และคณะ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาความกังวลและความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขในช่วงที่มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ H1N1 พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความกังวลสัมพันธ์กับการถูกแยกตัวจากครอบครัวและเพื่อน

อย่างไรก็ตามในบางปัจจัยอาจไม่แสดงถึงความสัมพันธ์ทางสถิติที่ชัดเจนเมื่อควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมแล้วซึ่งอาจต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านกลุ่มงานเมื่อวิเคราะห์แบบไม่ควบคุมปัจจัยอื่นพบว่ากลุ่มงานหลัก เช่น กลุ่มงานบริการต่างๆ มีระดับความเครียดมากกว่ากลุ่มงานสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในงานวิจัยนี้มีจุดแข็งคือใช้แบบประเมินตาม

มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและใช้สถิติในการควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลร่วม แต่เนื่องจากการสำรวจข้อมูลในช่วงวิกฤตที่ต้องอาศัยการเก็บข้อมูลที่รวดเร็ว งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ไม่ได้เก็บข้อมูลในบางตัวแปรที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของบุคลากร เช่น ประเด็นภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ภาวะวิตกกังวล จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันของบุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการศึกษาผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1) กลุ่มบุคลากรที่มีความเครียดมาก โดยเฉพาะในผู้มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ผู้มีปัญหาสุขภาพและปัญหาการทำงาน ซึ่งอาจรวมไปถึงผู้ที่ทำงานกลุ่มงานหลัก/การบริการในช่วงวิกฤตโควิด-19 นั้นถือว่ามีความเสี่ยงค่อนข้างสูง ควรมีการเฝ้าระวังและให้กลุ่มที่มีความเครียดมากได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพจิต จิตแพทย์ เพื่อให้สามารถทำงานและเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงการจัดกิจกรรมและส่งเสริมป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะกับกลุ่มดังกล่าวมากยิ่งขึ้น

1.2) ควรมีการจัดเครือข่ายด้านสุขภาพจิต ทำงานเชิงรุกกับหน่วยบริการในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีทีมพี่เลี้ยงเป็นจิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน เพื่อให้การช่วยเหลือบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเครียดจากการทำงาน และเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษาค้นหาผู้มีความเสี่ยง และติดตามช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

1.3) ควรจัดตารางเวลาที่ยืดหยุ่นสำหรับบุคลากรที่ได้รับผลกระทบ

1.4) ผู้บริหารควรส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เน้นให้กำลังใจและเอาใจใส่ระหว่างเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน หรือบุคคลอื่นๆ ที่

1.5) ควรจัดหาอุปกรณ์ป้องกันให้เพียงพอสำหรับงานที่จะสนับสนุนกลุ่มงานบริการด้านต่างๆ และจัดการอบรมให้มีทักษะและจิตสวัสดิการให้แก่บุคลากรทั้งด้านที่พัก อาหาร การประกันชีวิต เป็นต้น เพื่อลดความกดดันกับปัญหาส่วนบุคคลของบุคลากร

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นของภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ภาวะวิตกกังวล ลักษณะงานเพิ่มประเด็นในเรื่องของจำนวนชั่วโมงการทำงาน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของบุคลากรสาธารณสุข

2.3) ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพในด้านผลกระทบที่เกิดจากความเครียด หรืออธิบายรายละเอียดในแต่ละปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะทำให้สามารถอธิบายสาเหตุปัญหา ผลกระทบ ได้ละเอียดมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลสังคมจิตใจของบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th>
2. McKinsey & Company. COVID-19 Briefing material: Global health and crisis response. [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov. 1]. Available from: <http://www.mckinsey.com>

3. กรมสุขภาพจิต. การจัดการความเครียดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานช่วงการระบาดของโรคโควิด-19. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/infographic/>
4. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th>
5. Jianbo Lai, Simeng Ma, Ying Wang et.al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network open. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 17]; 3(3):1-12. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>
6. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2551; 16:177-185.
7. Suyi Yang, Pamela Meredith, Asaduzzaman Khan. Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. Asian J Psychiatr. [Internet]. 2015. [cited 2020 Aug 19]; 15:15-20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25922279/>
8. Xin Shen, Xiaoyue Zou, Xiaofeng Zhong, Jing Yan and Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. Crit Care. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 17]; 24(1):1-3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32375848/>
9. Mariela Mosheva, Nimrod Hertz-Palmor hire, Dorman Ilan, Noam Matalon, Itai M. Pessach, Arnon Afek, Amitai Ziv, Yitshak Kreiss, Raz Gross, Doron Gothel. Anxiety, pandemic-related stress and resilience among physicians during the COVID-19 pandemic. Depress Anxiety. [Internet]. 2020. [cited 2020 Sep 30]; 10:1-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32789945/>
10. Chou Li-Ping, Chung-Yi Li, Susan C Hu. Job stress and burnout in hospital employees: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. British Medical Journal Open. [Internet]. 2014. [cited 2020 Aug 19]; 4(20):1-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24568961>
11. Kane, P. P. Stress causing psychosomatic illness among nurses. Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine. [Internet]. 2009. [cited 2020 Sep 30]; 13(1):28-32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20165610/>

12. Crystal L. Park, Beth S. Russell, Michael Fendrich, Lucy Finkelstein-Fox, Morica Hutchison, and Jessica Becker. Americans' COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *J Gen Intern Med*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Aug 19]; 35(8):2296-2303. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7259430/>
13. Goulia, P., Mantas, C., Dimitroula, D., Mantis, D., & Hyphantis, T. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/ H1N1 influenza pandemic. *BMC Infectious Diseases*. [Internet]. 2010. [cited 2020 Aug 17]; 10(1):1-11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21062471/>

**ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะหมดไฟในการทำงาน
ช่วงวิกฤติโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขใน
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี**
**Association between Social Support and Burnout Syndrome during
the COVID-19 crisis among Public Health Workers in
Ubon Ratchathani Provincial Administrative Organization**

คัคณานต์ วรรณรงค์*,ธีระวุฒิ ธรรมกุล
Kakkanan Warong*, Theerawut Thammakun

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

*Correspondence to: E-mail: kakkanan.wa.56@ubu.ac.th
Received: Apr 4, 2022 | Revised: Jun 14, 2022 | Accepted: Jun 16, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม (2) ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข จำนวน 148 คน จากทั้งหมด 216 คน ในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ย ในกรณีทราบประชากร และทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากร เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม มีค่าความเที่ยง 0.83 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า (1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 35.05 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลรับผิดชอบ 3 คนขึ้นไป มีรายได้พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.06 ปี การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.8 (2) ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ด้านการเมินเฉยต่องานอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับสูง และ (3) เพศ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คำสำคัญ : ภาวะหมดไฟในการทำงาน, ความอ่อนล้าทางอารมณ์, การเมินเฉยต่องาน, ความสามารถในการทำงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to study: (1) personal factors and social support; (2) burnout syndrome levels; and (3) association between personal factors as well as social support and burnout syndrome among public health workers in the Ubon Ratchathani Provincial Administrative Organization (PAO).

The sample were 148 public health workers selected randomly based on sub-population from all 216 personnel at the PAO. The sample size was calculated using average estimation for a known number of sub-population. Data were collected using a four-part questionnaire covering personal data, scale of social support, scale of burnout syndrome and suggestions with the reliability value of 0.83, between June and July 2021, and then analyzed to determine frequencies, percentages, means, standard deviations, and multiple linear regression.

The results showed that, among study participants, (1) most of them were men aged 35.05 years on average and they had an educational background below a Bachelor's degree, 3 or more family members, enough income but no savings, 5.06 years of work experience, and a high level of social support at 56.8%; (2) burnout levels – low for emotional exhaustion, moderate for cynicism, and high for professional efficacy; and (3) gender and social support were significantly associated with burnout syndrome among Ubon Ratchathani PAO public health workers at a significant level of 0.05.

Keywords: Burnout syndrome, Emotional exhaustion, Cynicism, Professional efficacy, Local government organization

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ระบุภาวะหมดไฟในการทำงานว่า จัดเป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล ภาวะหมดไฟในงานอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในภายหลังได้ โดยภาวะหมดไฟมีการเชื่อมโยงกับความเครียดจากการทำงานเรื้อรัง และมีหลักฐานการศึกษาที่บ่งชี้ว่าเป็นสาเหตุทางคลินิกและมีความคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า ทำให้การแยกความแตกต่างอาจทำได้ยากในด้านอาชีวอนามัย จนทำให้มองว่าภาวะหมดไฟ

อาจเป็นรูปแบบหนึ่งของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการทำงาน⁽¹⁾

การศึกษาภาวะหมดไฟในต่างประเทศพบว่า อาชีพบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นหนึ่งในอาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินภาวะหมดไฟด้วยแบบประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI) มีความชุกสูงถึงร้อยละ 50 ในสหรัฐอเมริกาและร้อยละ 80.5 ในยุโรปบางประเทศ โดยในการประชุมองค์การอนามัยโลก เดือนพฤษภาคม 2562 ได้ระบุให้ ภาวะหมดไฟ

ในการทำงานเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาในทางการแพทย์ ซึ่งกำหนดแนวทางการวินิจฉัยและจัดประเภทของโรคในคู่มือการวินิจฉัยและจัดประเภทของโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 11 (The International Classification of Disease 11th: ICD-11)⁽²⁾

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้อธิบายความหมาย ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout Syndrome) เป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียด จนบางครั้งรู้สึกมีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ เบื่อหน่าย รู้สึกสูญเสียพลังงานทางจิตใจ มองงานที่กำลังอยู่ในเชิงลบ ขาดความสุข สนุกในเนื้องาน หมดแรงจูงใจในการทำงาน หรืออาจรู้สึกเหินห่างจากเพื่อนร่วมงาน จนทำให้มีความรู้สึกหมดเรี่ยวแรงในการทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน การศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานมีการศึกษาในหลากหลายสาขาอาชีพ เช่น จิตแพทย์ในประเทศไทย⁽³⁾ พนักงานองค์กรเอกชน⁽⁴⁾ พนักงานองค์กรรัฐวิสาหกิจ⁽⁵⁾ พบว่าอาชีพหรือลักษณะงานที่ต้องให้บริการ หรืองานที่มีข้อเรียกร้องจากงานสูง หรือทรัพยากร และการสนับสนุนบุคคลในการทำงานไม่เพียงพอจัดเป็นอาชีพที่อาจเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน⁽⁶⁾

ภาวะหมดไฟในการทำงานที่เกิดขึ้นอาจเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ทั้งความซับซ้อนด้านปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การศึกษาของนครินทร์ ชุนงาม พบว่าเพศหญิงและชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ทำนายภาวะหมดไฟด้านความสำเร็จส่วนบุคคลได้⁽³⁾ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต พบว่าผู้ที่สมรสแล้วและอยู่ด้วยกันจะมีภาวะหมดไฟน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้สมรส⁽⁷⁾ แป้งร่ำ ยงเจริญ พบว่าผู้ที่ระดับของการศึกษาที่สูง การเกิดภาวะหมดไฟต่ำกว่าผู้มีการศึกษาน้อย และผู้ที่ยังมีการศึกษาต่อเนื่องหลังจากจบการศึกษา

จะมีภาวะหมดไฟต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีการศึกษาต่อหลังเรียนจบ⁽⁸⁾ ปทุมรัตน์ สกฤตพิมลรัตน์ พบว่าผู้ที่มีภาวะครอบครัวที่เดือดร้อนมากมีระดับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะครอบครัว⁽⁹⁾ เป็นต้น และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งหมายถึงการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม⁽¹⁰⁾ โดยการศึกษาสัมพันธภาพทางสังคมที่ทำให้บุคคลรู้สึกหรือรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์ มีผลส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ หรือเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ โดยการสนับสนุนทางสังคมช่วยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น รวมไปถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับในการทำงานจะมีส่วนช่วยป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้⁽¹²⁾

ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยบูรณาการการดำเนินงานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ควบคุมโรค รักษาฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ช่วยเหลือพัฒนางานของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) รวมทั้งการประสานแผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อไม่ให้งานซ้ำซ้อน ตามภารกิจ อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ภายใต้ข้อบัญญัติตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ด้านสาธารณสุขครอบคลุมทั้งจังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งหมด 1,866,697 คน พื้นที่ทั้งหมด 932,712.0680 ตารางกิโลเมตร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 239 หน่วยงาน มีผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในการดำเนินงาน จำนวน 216 คน⁽¹³⁾

เมื่อเทียบผู้ปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุขกับประชากรและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นผู้รับบริการ รวมถึงพื้นที่ความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดถือว่ามีความหนาแน่นสูงและหลากหลายในแต่ละวัน ไม่ว่าจะเป็นงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การสุขาภิบาล การควบคุมโรค สิ่งแวดล้อม และศูนย์บริการสาธารณสุขยังรวมถึงงานกองทุนต่างๆ และงานกิจการอันตรายหรืองานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายเพิ่มเติม ที่ถือเป็นงานประจำในพื้นที่แล้ว นอกจากนี้ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยกำลังเผชิญกับการระบาดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (โควิด-19) ซึ่งเป็นโรคที่สามารถติดต่อสู่คนได้โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร การไอ จาม และการสัมผัสไวรัสที่ปนเปื้อนกับมือและสิ่งต่างๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวันทำให้การติดเชื้อเกิดขึ้นได้ง่าย โดยองค์การอนามัยโลกรายงานพบอัตราการเสียชีวิต 3.4% ของผู้ติดเชื้อเกิดผลกระทบเป็นวงกว้างกับทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อ บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่และประชาชน⁽¹⁴⁾ จังหวัดอุบลราชธานี ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่จำนวน 31 ราย ยอดผู้ติดเชื้อสะสม อยู่ที่ 506 ราย รักษาหาย 365 ราย กำลังรักษา 136 ราย และยอดเสียชีวิตสะสม 5 ราย สาเหตุการติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือ กลับมาจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑลแล้วป่วย รองลงมาคือ ตรวจพบเชื้อจาก

กรุงเทพมหานครและปริมณฑล แล้วกลับมารักษาที่จังหวัดอุบลราชธานี จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ดังกล่าว⁽¹⁵⁾ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานีมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นทั้งด้านการปฏิบัติงานหลักในสถานการณ์โรคระบาดที่มีความเสี่ยง ซึ่งเป็นการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในพื้นที่ร่วมกับหลายหน่วยงาน รวมทั้งภาระงานที่ไม่ใช่แค่การบริการรักษาโรคของศูนย์บริการสาธารณสุข แต่บุคลากรยังต้องปฏิบัติงานในบทบาทการวางแผน การปฏิบัติงาน การประสานงาน การบริหารงาน และการให้บริการ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรค รวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพจิตใจ สภาพสังคม พัฒนาคุณภาพชีวิต สิ่งแวดล้อม และด้านอื่นๆ ในพื้นที่

ที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และภาวะหมดไฟในการทำงานในหลากหลายสาขาอาชีพ แต่ยังขาดการศึกษาในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรที่แตกต่างกับองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในบริบทการบริหารจัดการ ขอบข่ายอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข รวมถึงแนวโน้มการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้บุคลากรส่วนท้องถิ่นต้องเผชิญบทบาทในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมากขึ้น เพื่อประโยชน์ในการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่จะปฏิบัติงานด้านนี้ จึงเป็นที่มาของการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาบุคลากรภายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางการแก้ไข

และพัฒนาการบริหารจัดการด้านบุคลากร ระบบงาน การให้บริการ พฤติกรรม และร่วมไปถึงภาวะสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive surveys) นี้ศึกษาในประชากรที่เป็นข้าราชการส่วนจังหวัด พนักงานจ้างภารกิจ พนักงานจ้างทั่วไป และพนักงานจ้างเหมาบริการที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 216 คน โดยศึกษาเฉพาะผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ทั้งหมด 2 ส่วนงาน ได้แก่ กองส่งเสริมคุณภาพชีวิต กองทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 148 คน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดจาก

สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีทราบประชากร โดยกำหนดให้ยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะหมดไฟในการทำงาน เท่ากับ $0.382^{(10)}$ และเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากรจากบัญชีรายชื่อเรียงตามตัวอักษร ก-ฮ และใช้การจับสลากโดยไม่แทนที่

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 : แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของจาคอปสัน⁽¹⁶⁾ จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมงานวิจัยของจิตกาญจนา ชาญศิลป์⁽¹⁰⁾ ซึ่งมีการปรับข้อความให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 32 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) วัดการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานด้านอารมณ์ จำนวน 14 ข้อคำถาม 2) วัดการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานด้านสติปัญญา จำนวน 10 ข้อคำถาม 3) วัดการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานด้านทรัพยากร จำนวน 8 ข้อคำถาม

กำหนดหลักเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามเป็น 5 ระดับ 1-5 คะแนน โดยน้อยที่สุดคือ 1 และมากที่สุดคือ 5

การแปลผลจากคะแนนแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้วิธีการหาความกว้างตามการคำนวณจากสูตรที่จิตกาญจนา ชาญศิลป์⁽¹⁰⁾ ได้อธิบายไว้ ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมายจัดระดับ
1.00 – 2.33	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ
2.34 – 3.67	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
3.68 – 5.00	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ส่วนที่ 3 : แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน ตามแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจากแบบประเมิน MBI-GS โดยชัยยุทธ กลีบบัว⁽¹⁷⁾ ซึ่งมีการปรับข้อคำถาม ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 16 ข้อ โดยประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการเมินเฉยต่องาน และด้านความสามารถในการทำงาน

มีการคิดคะแนนในรูปแบบ 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย ให้คะแนน 0 คะแนน, รู้สึกบ้างนานๆ ครั้ง (2-3 ครั้งต่อปีหรือน้อยกว่า) ให้คะแนน 1 คะแนน, รู้สึกบ้าง แต่ไม่บ่อย (1 ครั้งต่อเดือนหรือน้อยกว่า) ให้คะแนน 2 คะแนน, รู้สึกค่อนข้างบ่อย (2-3 ครั้งต่อเดือน) ให้คะแนน 3 คะแนน, รู้สึกบ่อย (1 ครั้งต่อสัปดาห์) ให้คะแนน 4 คะแนน, รู้สึกบ่อยมาก (2-3 ครั้งต่อหนึ่งสัปดาห์) ให้คะแนน 5 คะแนน, รู้สึกเช่นนี้ทุกวัน ให้คะแนน 6 คะแนน

รวมคะแนนในแต่ละด้าน แล้วนำมาประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน MBI-GS ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับช่วงคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงาน MBI-GS		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion)	≤ 10	10.01-15.99	≥ 16
การเพิกเฉยต่องาน (Cynicism)	≤ 5	5.01-10.99	≥ 11
ความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy)	≥ 30	24.01-29	≤ 24

โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่า IOC ในทุกส่วนของแบบสอบถามไม่น้อยกว่า 0.70 และนำไปหาความเที่ยงโดยไปทดลองใช้ (Try out) ในบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่อื่น จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Reliability Coefficient) ด้านการสนับสนุนทางสังคมและภาวะหมดไฟ เท่ากับ 0.884 และ 0.795 ตามลำดับ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในศึกษา ประกอบด้วยเพศชาย จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 เพศหญิง จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 อายุเฉลี่ย 35.05 ปี (S.D. = 9.09) พบว่าส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 41.2

สถานภาพโสด (อยู่คนเดียว) จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 33.8 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 58.1 รายได้เฉลี่ย 9,258.80 บาท (S.D. = 6,979.22) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 9,000 บาท จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่าย หรือภาระด้านอื่นๆ แทนทั้งหมดเฉลี่ย 2.49 คน (S.D. = 1.85) ส่วนใหญ่จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลรับผิดชอบฯ 3 คนขึ้นไป จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 โดยมีรายได้พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 54.73 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 78.4 ไม่มีการใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท (เช่น ยาคลายกังวล, ยานอนหลับ เป็นต้น) จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 98.0 ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 ปัจจุบันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 36.5 ไม่ได้ออกกำลังกาย จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดเฉลี่ย

5.06 ปี (S.D. = 3.99) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในแต่ละวันเฉลี่ย 8.41 ชั่วโมง (S.D. = 1.71) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในแต่ละวัน 8 ชั่วโมง จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 93.9 สังกัดกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต จำนวน 11.9 คน คิดเป็นร้อยละ 80.4 ตำแหน่งพนักงานจ้างเหมาบริการ จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 83.8 และมีลักษณะการปฏิบัติงานเป็นผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 98.0

กลุ่มตัวอย่างในศึกษามีการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานด้านอารมณ์ ส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 54.1 ด้านสติปัญญา มีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 และด้านทรัพยากรมีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 55.4 มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีแต่ละองค์ประกอบ (n=148)

การสนับสนุนทางสังคม จากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน	ระดับการสนับสนุนทางสังคม	
	ปานกลาง	สูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านอารมณ์	68 (45.9)	80 (54.1)
ด้านสติปัญญา	54 (36.5)	94 (63.5)
ด้านทรัพยากร	66 (44.6)	82 (55.4)
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	64 (43.2)	84 (56.8)

กลุ่มตัวอย่างในศึกษาส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 81.1 ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการเมินเฉยต่องาน

ในระดับต่ำ จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 และภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสามารถในการทำงานในระดับสูง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 52.7 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีแต่ละองค์ประกอบ (n=148)

การสนับสนุนทางสังคม จากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน	ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	120 (81.1)	22 (14.9)	6 (4.1)
ด้านการเมินเฉยต่องาน	90 (60.8)	38 (25.7)	20 (13.5)
ด้านความสามารถในการทำงาน	61 (41.2)	9 (6.1)	78 (52.7)

ผลการวิเคราะห์ Bivariate โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Linear Regression) พบว่า ปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เป็นเพศหญิงจะมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าเพศชายอยู่ 7.81 คะแนน (mean diff. = -7.81, 95% CI: -13.44, -2.17) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับสูง จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับปานกลางอยู่ 20.82 คะแนน (mean diff. = -20.82, 95% CI: -25.46, -16.17) ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญาในระดับสูง จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญาในระดับปานกลางอยู่ 22.27 คะแนน (mean diff. = -22.27, 95% CI: -26.97, -17.56)

และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรในระดับสูง จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรในระดับปานกลางอยู่ 20.51 คะแนน (mean diff. = -20.51, 95% CI: -25.21, -15.81) ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลางอยู่ 21.73 คะแนน (mean diff. = -21.73, 95% CI: -26.30, -17.16)

จากการวิเคราะห์แบบ Bivariate ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value ≤ 0.05 เข้าร่วมการวิเคราะห์แบบ Multivariate โดยใช้สถิติ Multiple linear regression ด้วยวิธี Enter ซึ่งมีการทดสอบ Multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson Correlation ระหว่างตัวแปรอิสระ เมื่อวิเคราะห์แบบ Multivariate โดยควบคุมปัจจัยที่มี

ความสำคัญทั้งหมดแล้ว พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้าน
สาธารณสุขที่เป็นเพศหญิง จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าเพศชายอยู่ 2.48 คะแนน (mean
diff. = -2.48, 95% CI: -10.79, -1.21) ผู้ปฏิบัติงาน
ด้านสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคม
โดยรวมในระดับสูงจะมีภาวะหมดไฟในการทำงาน

น้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมระดับ
ปานกลางอยู่ 8.94 คะแนน (mean diff. = -8.94,
95% CI: -25.51,-16.27) โดยตัวแปรทั้งหมด
ดังกล่าวมีความสามารถทำนายระดับภาวะหมดไฟ
ได้ร้อยละ 44.3 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และภาวะ
หมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัด
อุบลราชธานีโดยรวม ด้วยการวิเคราะห์แบบ Multivariate โดยสถิติ Multiple linear
regression (n=148)

ปัจจัย	ภาวะหมดไฟในการทำงาน						
	n	Mean difference					p-value
		Mean	S.D.	Unadjusted	Adjusted*	95% CI	
เพศ							0.014
ชาย	79	11.38	3.96	0	0		
หญิง	69	12.06	2.5	-6	-2.48	-10.79,-1.21	1.18
การศึกษา							0.056
ต่ำกว่าปริญญาตรี	86	11.41	3.72	0	0		
ปริญญาตรีขึ้นไป	62	12.09	2.79	-4.47	-1.93	-9.05,0.12	1.06
รายได้ปัจจุบันของคุณ							0.823
น้อยกว่า 9,000 บาท	122	11.67	3.61	0	0		
9,000 บาท ขึ้นไป	26	11.79	1.89	0.68	0.22	-5.29,6.65	1.08
โรคประจำตัว							0.109
ไม่มี	116	11.84	3.11	0	0		
มี	32	11.18	4.19	4.52	1.61	-1.03,10.06	1.09
การสูบบุหรี่							0.544
ไม่สูบบุหรี่	117	11.81	3.38	0	0		
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	31	11.25	3.31	-1.81	-0.61	-7.69,4.07	1.2

ปัจจัย	ภาวะหมดไฟในการทำงาน							
	n	Mean difference						p-value
		Mean	S.D.	Unadjusted	Adjusted*	95% CI	VIF	
ระยะเวลาการปฏิบัติ งานสาธารณสุข ใน อบจ.								0.477
น้อยกว่า 3 ปี	65	12.03	3.35	0	0			
3 ปีขึ้นไป	83	11.43	3.37	-1.65	-0.71	-6.2,2.91	1.06	
การสนับสนุนทาง สังคมโดยรวม								< 0.001
ปานกลาง	64	36.95	13.27	0	0			
สูง	82	15.22	14.31	-20.89	-8.94	-25.51,-16.27	1.0	

หมายเหตุ* Adjusted = Mean difference ที่ได้รับการควบคุมด้วยตัวแปรที่มีความสำคัญทั้งหมดในตารางแล้ว และค่า $R^2 = 0.443$

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีมีการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานโดยรวมในระดับสูง โดยพิจารณาจากทั้ง 3 ด้าน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ซึ่งมีการสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญาคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตกาญจนา ชาญศิลป์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพนักงานเทศบาลในจังหวัดสงขลา พบว่า พนักงานเทศบาลในจังหวัดสงขลาได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานโดยรวมในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญาคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์

สำหรับผลการศึกษาระดับภาวะหมดไฟจากการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับของวัลลภ วิชญาเจริญสุข ที่ศึกษาเรื่อง ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้แทนยาบริษัท ข้ามชาติ⁽⁶⁾ และการศึกษาของแปงร่า ยงเจริญ ที่ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ

ความเหนื่อยล้าจากการทำงานของกำลังพลประจำเรือ กองทัพเรือ⁽⁸⁾ และการศึกษาของปองกันต์ ศิโรรัตน์ เรื่องเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job Burnout) ของพนักงานองค์กรรัฐวิสาหกิจ กลุ่มเจนเอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์⁽⁵⁾ พบภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ ซึ่งเมื่อพิจารณาความซับซ้อนของปัจจัยส่วนบุคคลอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35 ปี และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์กรบริหารส่วนจังหวัดเฉลี่ย 5 ปี อีกทั้งไม่มีโรคประจำตัว และการใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งถือเป็นวัยที่มีสุขภาพที่ดี ประสบความสำเร็จในการทำงาน มีสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับผู้อื่น มีความมุ่งมั่นที่จะเอาชนะอุปสรรค มีความมานะพยายาม ความอดทนที่จะต่อสู้แก้ไขปัญหา มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและอารมณ์อย่างเหมาะสมมีการนำความคิดแบบใช้เหตุใช้ผล วุฒิภาวะทางอารมณ์ในการรับมือกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ แม้ว่าจะเป็นการทำงานในสถานการณ์โรคระบาดโรคโควิด-19 ที่มีความเสี่ยงสูงก็ตาม

ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการเมินเฉยต่องานในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพนักงานเทศบาลในจังหวัดสงขลา⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า พนักงานเทศบาลในจังหวัดสงขลามีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการเมินเฉยต่องานในระดับปานกลาง และการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้แทนยาบริษัทยาข้ามชาติ⁽⁶⁾ การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานของผู้แทนยาในประเทศไทย⁽¹⁹⁾ ที่พบภาวะหมดไฟในการทำงานด้านเมินเฉยต่องานในระดับปานกลาง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job Burnout) ของพนักงาน

องค์กรรัฐวิสาหกิจ กลุ่มเจนเอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์⁽⁵⁾ ที่พบกลุ่มอาชีพที่มีการเมินเฉยต่องานในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาความซับซ้อนของปัจจัยส่วนบุคคลอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งเพศชายเป็นที่แสดงออกทางอารมณ์การพูด ซึ่ซึมในความงดงาม จดจำรายละเอียดการสร้างความเข้าใจทางภาษา มีความสามารถทางภาษา และการสร้างมนุษยสัมพันธ์ได้น้อยกว่าเพศหญิง⁽²⁰⁾

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเมื่อควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลร่วม (Multivariate) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลส่วนบุคคลเพียงปัจจัยเดียว คือ เพศ ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์กรบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี โดยผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเพศหญิงจะมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะเพศชายเป็นเพศที่มีลักษณะการลดความสัมพันธ์และตีตัวออกห่างเมื่อประสบปัญหา มีแนวโน้มที่จะไม่แสดงอารมณ์หรือแสดง ความอ่อนล้าอย่างเช่นผู้หญิง⁽²¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของตริยา เลิศหัตถศิลป์⁽²²⁾ ที่อธิบายว่า เพศชายที่ให้ความสำคัญกับความสามารถของตนในความก้าวหน้าและความสำเร็จของงาน ซึ่งต่างจากเพศหญิงที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์และการสนับสนุนปัจจัยทางสังคม ทำให้เกิดรู้สึกไปไม่ถึงเป้าหมายและรู้สึกประสบความสำเร็จมากกว่า และการศึกษาของกอกะ เกษ ต่ายเกิด⁽²³⁾ ที่กล่าวว่า เพศชายมีโอกาสดังออกในลักษณะของการเมินเฉยต่อการเรียนได้มากกว่าเพศหญิง ต่างไปจากการศึกษาของวัลลภ วิชาญเจริญสุข⁽⁶⁾ ที่พบว่าเพศหญิงจะเกิดภาวะหมดไฟได้บ่อยกว่าเพศชาย โดยอธิบายได้จากที่เพศหญิงมีลักษณะอิงกับอารมณ์และความรู้สึกสูงกว่าเพศชาย และการศึกษาของนครินทร์ ชุนงาม⁽²⁾ ที่พบว่า เพศหญิงเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สามารถ

ทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสำเร็จ ส่วนบุคคลของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งผลการศึกษาที่ยังสอดคล้องกับ นครินทร์ ชุนงาม⁽²⁾ ที่อธิบายว่าเพศชายให้ความสำคัญกับความสามารถของตนในความก้าวหน้าและความสำเร็จของงาน จึงอาจรู้สึกว่ามีไม่ถึงเป้าหมายที่ต้องการและรู้สึกประสบความสำเร็จน้อยกว่าเพศหญิงที่ให้ความสำคัญกับเรื่องความสัมพันธ์และการสนับสนุนการทำงานมากกว่า อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

สำหรับด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี จากผลการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูงจะมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคม แต่ละด้านในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของอรสา ใจจิณา⁽¹¹⁾ ที่ระบุว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟ โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ปองกานต์ ศิโรรัตน์⁽⁵⁾ ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดหรือป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนจากหัวหน้า โดยยศยง จันทรวงศา⁽²⁴⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และการสนับสนุนทางสังคมจากคนสำคัญอื่น มีความสัมพันธ์กับความเหมาะสมกันระหว่างคนกับองค์กร คนกับงาน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ความผูกพันในงานด้านความขยันขันแข็ง ด้านความทุ่มเทในงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาแม้พบว่าระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี จะอยู่ในระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ แต่เพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหมดไฟในระดับที่สูงขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้ทางองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีดังนี้

1.1 ควรมีการจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน และสร้างความกระตือรือร้นกับการทำงาน กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วม

1.2 ควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเข้าร่วมหลักสูตรการฝึกอบรมที่บูรณาการองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อรักษาและการฟื้นฟูภาวะหมดไฟในการทำงาน

1.3 ควรต้องจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญที่จะคอยให้คำปรึกษาด้านออกแบบกิจกรรมการจัดการตัวเองโดยเฉพาะในบุคลากรเพศชาย ซึ่งมีภาวะหมดไฟมากกว่าเพศหญิง โดยอาจสร้างบรรยากาศให้เกิดการผ่อนคลายอารมณ์จากการทำงานพร้อมทั้งสร้างเสริมพลังความแข็งแกร่ง แข็งแรง เป็นผู้นำ และป้องกันการแก้ปัญหาด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติดหรือการทำร้ายตนเอง เช่น การเล่นกีฬา กิจกรรมจิตอาสา และกิจกรรมอื่นๆ ในเพศชายมากขึ้น

1.4 ควรสนับสนุนให้เกิดกลไกการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถได้มีการจัดการกับตัวเองได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับหน่วยงานอื่นๆ ทุกหน่วยงานของภาครัฐที่มีภารกิจงานเกี่ยวเนื่องกับงานด้านสาธารณสุขและงานด้านการให้บริการ

ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี

2.2 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์หรืออิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น ปัจจัยด้านความพึงพอใจในการทำงาน ภาวะผู้นำ แรงจูงใจในการทำงาน ความเครียด การรับรู้ หรือการเผชิญภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นต้น เพื่อให้กว้างขวางและครอบคลุมปัจจัยที่สำคัญมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ปณิย ชื่นทัพไทย อาจารย์วงศ์กร อังคะคำมูล และอาจารย์ผดุงศักดิ์ ศรีवास ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี บุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีสกุล ฉะนิบแหลม และ เพ็ญญา แดงดีอมยุทธ์. ภาวะหมดไฟในการทำงาน. Royal Thai Air Force Medical Gazette. 2562; 65(2):44-52.
2. นครินทร์ ชุนงาม. สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563; 28(4):348-59.
3. ติรยา เลิศหัตถศิลป์. ภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของจิตแพทย์ในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554; 56(4):437-448.

4. สติพรรณ นิลสงวนเดช และณภัทรวรรต บัวทอง. ภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของพนักงานองค์การเกษตรกรรม. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/50558>
5. ปองกานต์ ศิโรรัตน์. การศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job Burnout) ของพนักงานองค์กรรัฐวิสาหกิจ กลุ่มเจนเอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์. [สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
6. วัลลภ วิชาญเจริญสุข. ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้แทนยาบริษัทยาข้ามชาติ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
7. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. อาการเหนื่อยหน่ายในการทำงาน : ประวัติการพัฒนามโนทัศน์ความหมายและการวัด. วารสารสงขลา นครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2542; 5(2):167-180.
8. แป้งร่ำ ยงเจริญ. ความสุขและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของกำลังพลประจำเรือ กองทัพเรือ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

9. ปทุมรัตน์ สกฤพิมลรัตน์. ภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการบริษัท วีรเบียร์ คอร์ปอเรชั่น จำกัด. [การค้นคว้าอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2556.
10. จิตกาญจนา ชาญศิลป์. ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพนักงานเทศบาลในจังหวัดสงขลา. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
11. อรสา ใจจิณา. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3. [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556.
12. กังสดาล สุทธิวิธรรค์. ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
13. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี. อำนาจหน้าที่ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย โครงสร้าง การบริหารงาน และบุคลากร องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://wp.ubon.go.th/?page_id=752
14. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/files/21aug2563-1.pdf>
15. www.guideubon.com. Timeline ผู้ป่วย COVID19 อุบลฯ รายที่ 476-506 ไปไหนบ้าง. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.guideubon.com/2.0/ubon-news/timeline-covid19-476-506/>
16. Jacobson, david E. Types and Timing of Social Support. Journal of Health and Social Behavior. 1986; 27:250-264.
17. ชัยยุทธ กลีบบัวและพรรณระพี สุทธิวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การมองโลกในแง่ดี กับความเหนื่อยหน่ายของพนักงานในการทำงาน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
18. วาริชากู ศิวกาญจน์, บุรินทร์ ต.ศรีวงศ์. ความเหนื่อยล้าในการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 2553; 2(2):331-341.
19. สลิษฐ์ธร วนิชพันธุ์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานของผู้แทนยาในประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2562.

20. โชติกา เศรษฐธัญการ. การศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการใช้ภาษาระหว่างเพศหญิงกับเพศชายที่สะท้อนให้เห็นภาพพจน์ทางเพศ. วารสารมังรายสาร. 2562; 7(2): 17-31.
21. Miller D. Dying to Care? : Work, stress and burnout in HIV/AIDS. London: Routledge. 2000.
22. ตติยา เอ็มบุตร. ความขัดแย้งระหว่างการทำงานและครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตรองเท้า. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.
23. กอเกษ ต่ายเกิด และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหมดไฟ (Burnout syndrome) ในนักศึกษาแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิกมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารการแพทย์ธรรมศาสตร์. 2562; 19:127-138.
24. ยศยง จันทรวงศา. การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม และความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบนสายการบินแห่งหนึ่ง. [ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.

เรื่องในฉบับ

- การประเมินผลมาตรการ 1-3-7 เร่งรัดกำจัดไข้มาลาเรีย เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี
ปีงบประมาณ 2563
สุชนา สีหะวงษ์, วิริยา ลิ้มปิที่ปราการ,
วิลาวัลย์ สุขยา, วิภารัตน์ คำภา, สุรจิต เต็มวงษ์
- การพัฒนารูปแบบการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนที่พักอาศัย
ในชุมชนคอนโดมิเนียมในเมืองใหญ่
นิตรัตน์ พูลสวัสดิ์, รุจิรา ตระกูลพัฑ,
ศุภรัตน์ บุญนาค, แก้วใจ มาทอง, ธัญญา รอดสุข
- การประเมินประสิทธิภาพของชุดตรวจ Antigen Test Kits 3 บริษัท
ผู้ผลิตที่นำเข้ามาในประเทศไทยในการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19
ไมลา อัสสระสงคราม
- ความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19)
ของนักศึกษา : กรณีศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี
เสถียร เชื้อลี, รับขวัญ เชื้อลี,
คณัฐวุฒิ หลวงเทพ
- ภาวะความเครียดในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปรางค์บุรี
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
ทรงวุฒิ ชนะอุดมสุข,
ธีระวุธ ธรรมกุล
- ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะหมดไฟ
ในการทำงานช่วงวิกฤติโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขใน
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี
ศัคนานต์ วรรณรงค์,
ธีระวุธ ธรรมกุล