

Received: Feb. 2, 2022

Revised: Mar. 14, 2022

Accepted: April 12, 2022

Published: April 24, 2022

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการภายใต้มาตรการ
ป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลสนามในพื้นที่จังหวัดตรัง
Factors Associated with the Confidence in the Quality of Health
Services of the Field Hospitals among COVID-19 Patients in Trang
Province, Thailand

สมเกียรติ พยูหเสนารักษ์, วารุณี ระเบียบดี

โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

Somkiert Payuhasenarak, Warunee Rabiabdee

Kantang Hospital, Kantang District, Trang Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยาของเชื้อโควิด-19 พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามในพื้นที่จังหวัดตรัง จำนวน 387 ราย ระหว่างเดือน มิถุนายน - กรกฎาคม 2564 โดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในรูปแบบฉบับพิมพ์หรือลิงค์แบบสอบถาม ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีในการศึกษาความสัมพันธ์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการระบาดของเชื้อ ระดับดี ร้อยละ 56.3 มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อ ระดับดี ร้อยละ 57.4 เชื่อมั่นสูงต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม ร้อยละ 53.0 โดยภูมิคุ้มกันและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตรัง มีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม มากกว่าผู้ติดเชื้อที่มาจากจังหวัดอื่นๆ 1.7 เท่า (aOR 1.755, 95% CI 1.045 - 2.947) และ ผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อและควบคุมการระบาดของติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับ ปานกลาง มีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม 1.6 เท่า (aOR = 1.575, 95% CI = 1.047 - 2.370) เมื่อเทียบกับผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับดี

คำสำคัญ: ความเชื่อมั่น, คุณภาพบริการ, โควิด-19, โรงพยาบาลสนาม

Corresponding Author: สมเกียรติ พยูหเสนารักษ์ Email: skp119@yahoo.co.th

Original article

Abstract

Received: Feb. 2,2022

Revised: Mar. 14,2022

Accepted: April 12,2022

Published: April 24,2022

This cross-sectional study was conducted to assess patients' knowledge on COVID-19 pandemic, study patients' behavior for COVID-19 prevention and control, evaluate patients' confidence for health services from field hospitals in the Trang province, Thailand, and study potential factors associated with patients' confidence for health services. The study was performed between June and July 2021. A self-administered questionnaire was used for data collection. Binary logistic regression was used to analyze the association between potential factors and confidence in health services. The results revealed that patients' knowledge on COVID-19 pandemic was at good level (56.3%). Their behavior demonstrating COVID-19 prevention and control was at good level (57.4%). Their confidence level for quality of health services was high (53.0%). Having their hometown in the Trang province and level of behavior for COVID-19 prevention and control were significantly associated with their confidence in quality of health services from field hospitals. Having their hometown in the Trang province was associated with having 1.7 times higher confidence in the quality of health services from field hospitals (aOR 1.755, 95% CI 1.045 - 2.947). Having average behavior for COVID-19 prevention and control was associated with 1.6 times higher (aOR = 1.575, 95% CI = 1.047 - 2.370) confidence in the quality of health services compared to those with a good level of COVID-19 prevention and control.

Key words: Confidence, Quality of health services, COVID-19, Field hospital

Corresponding Author: Somkiert Payuhasenarak Email: skp119@yahoo.co.th

บทนำ

ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2562 มีรายงานผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) เป็นรายแรกของโลกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน (Zhou et al., 2020) โดยมีอาการเบื้องต้น ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต (Department of disease control, 2021b) จนกระทั่งเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้สถานการณ์การแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ (Thailand, 2020) ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมทั่วโลกกว่า 284 ล้าน และในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมจำนวน 2,235,576 ราย มีผู้เสียชีวิตแล้ว 21,750 ราย (Department of disease control, 2022) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อเชื้อโควิด-19 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่มีอาการวิกฤตต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และหากสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ยังไม่สามารถควบคุมได้ จำนวนเตียงที่จะรองรับผู้ติดเชื้อจึงไม่เพียงพอ ทางเลือกหนึ่งคือการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อ ซึ่งโรงพยาบาลสนามเป็นสถานพยาบาลตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยสถานพยาบาล กรณีให้บริการเฉพาะผู้ติดเชื้อโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดเชื้อ โควิด-19 (Government Gazette, 2021) โดยโรงพยาบาลสนาม เป็นสถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแล รักษา และเฝ้าสังเกตอาการผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ หรือ มีอาการเล็กน้อย หรือ ดีขึ้นหลังจากการรักษาไว้ในโรงพยาบาลและมีอาการคงที่ เข้ารับบริการตามระบบการดูแล และเฝ้าสังเกตอาการ (Department of Medical Services, 2021) ภายในระยะเวลา 14 วัน หรือภายในระยะเวลาที่แน่ใจว่าผู้ติดเชื้อหายจากโรค โดยในระยะเวลาการรักษาหากผู้ติดเชื้อมีอาการป่วยวิกฤต หรือเกิดเหตุฉุกเฉิน สามารถส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลสนาม (Node of Referring) ได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย ทั้งนี้การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามต้องมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งที่ชัดเจน คำนึงถึงความต้องการของชุมชน และทรัพยากรด้านสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย โดยมีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม คือ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และหน่วยงานอื่นๆ รวมถึงมีการกำหนดคณะทำงานที่ประกอบด้วยหัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคเอกชน (Ministry of Public Health, 2021) รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ.2564 พบว่า จังหวัดตรังเป็นจังหวัดเดียวในภาคใต้ที่มีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมติด 1 ใน 10 จังหวัดของประเทศ โดยมีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 1,183 ราย จังหวัดตรังจึงจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อ โควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง ปัจจุบันมีโรงพยาบาลสนาม 5 แห่ง รองรับผู้ติดเชื้อได้กว่า 600 เตียง (สำนักงานจังหวัดตรัง, 2564) สำหรับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อแบบผู้ติดเชื้อใน ที่ไม่แสดงอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง รวมถึงผู้ติดเชื้อที่มีอาการคงที่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสนับสนุนระบบบริการและลดจำนวนผู้ติดเชื้อที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการให้บริการของโรงพยาบาลสนามที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมั่นใจในประสิทธิภาพของการรักษา และจะไม่ติดเชื้อซ้ำจากผู้ติดเชื้อรายอื่น รวมทั้งจากผู้ให้บริการ ซึ่งจะส่งเสริมความเชื่อมั่นในการให้บริการของโรงพยาบาลสนามได้ ซึ่งควรมีการประเมินความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการทั้งจากผู้ติดเชื้อที่เข้าสู่ระบบการดูแลที่โรงพยาบาลสนามที่จัดตั้งขึ้นเป็นกรณีเฉพาะเพื่อรองรับการระบาดใหญ่ ซึ่งระบบอำนวยความสะดวกและสิ่งสนับสนุน มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโควิด-19 และประสิทธิภาพในการดูแลรักษาของโรงพยาบาลสนาม ต้องมีมาตรฐานหรือเทียบเท่ากับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อจะได้ข้อมูลจากทั้งสองด้านที่จะพัฒนาคุณภาพบริการต่อไป

ผู้วิจัย จึงดำเนินการวิจัย เรื่อง “ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการตามมาตรการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 ของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม ในพื้นที่จังหวัดตรัง” เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยาของเชื้อโควิด-19 พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการด้านของระบบอำนวยความสะดวกและสิ่งสนับสนุน มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโควิด-19 และประสิทธิภาพในการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลสนาม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนามในพื้นที่จังหวัดตรัง ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุง พัฒนา และส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพบริการด้านสุขภาพ อันจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการรับบริการของผู้ติดเชื้อ ที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ณ โรงพยาบาลสนาม นอกจากนี้หน่วยงานด้านสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

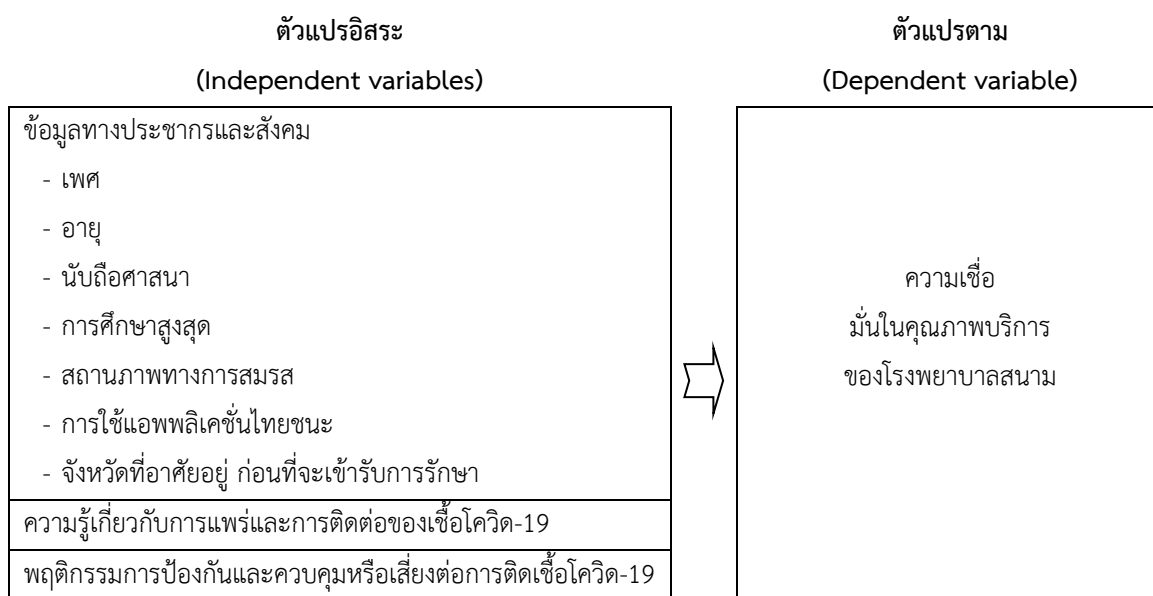
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการแพร่และการติดต่อของเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มตัวอย่าง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19
3. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วย
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลสนาม

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการแพร่และการติดต่อของเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลสนาม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาระบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ติดเชื้อระหว่างที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดตรัง ซึ่งอาจจะพักอาศัยในจังหวัดตรังหรือเดินทางมาจากพื้นที่อื่น และถูกส่งตัวเข้ารับการดูแลรักษาสุขภาพ ณ โรงพยาบาลสนามในพื้นที่จังหวัดตรัง ระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2564 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามเงื่อนไขไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา อย่างน้อย 385 ราย โดยใช้สูตรของคอคแรน (Cochran, 2007) โดย n = ขนาดตัวอย่าง, e = 0.05, Z = 1.96

$$\begin{aligned} n &= \frac{Z^2}{4e^2} \\ &= \frac{(1.96)^2}{4(0.05)^2} \\ &= 384.16 \sim 385 \end{aligned}$$

การสุ่มตัวอย่างและการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental random sampling) จากผู้ติดเชื้อที่ถูกนำตัวส่งมารักษาในโรงพยาบาลสนาม และยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามผ่านลิงค์ Google form หรือแบบสอบถามโดยผู้ช่วยวิจัย ณ โรงพยาบาลสนามแต่ละแห่ง เป็นผู้แจกแบบสอบถาม หรือส่งลิงค์ Google form ให้ผู้ติดเชื้อในวันสุดท้ายที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสนามเพื่อตอบแบบสอบถามก่อนจะออกจากโรงพยาบาลสนาม

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ที่อาศัยหรือเดินทางเข้ามาในพื้นที่จังหวัดตรัง ที่ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในร่างกาย แต่มีอาการไม่มาก และถูกส่งต่อมาเพื่อรับการดูแลรักษาต่อในโรงพยาบาลสนาม จนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างศึกษาเฉพาะคนไทย ทุกช่วงอายุแต่ต้องสามารถพูด อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีแบบสอบถามทั้งในรูปแบบกระดาษแบบสอบถาม และลิงค์ของแบบสอบถามที่ดาวน์โหลดตอบผ่านสมาร์ตโฟนได้ การวิจัยนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียวจึงไม่มีเกณฑ์การคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรและสังคม จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับระบาดของเชื้อโควิด-19 ปรับปรุงจากแบบสอบถามที่มีการศึกษาก่อนหน้านี้ (Singkun, 2021; Singkun, Payodeuramae, et al., 2020) จำนวน 15 ข้อ แบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 จำนวน 8 ข้อ เป็นสเกล 4 ระดับ ทุกครั้ง/ทุกวัน ประจำ/เกือบทุกวัน นานๆ ครั้ง/บางวัน และไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งข้อความเชิงบวกให้ 4, 3, 2, และ 1 คะแนนตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบให้คะแนนตรงกันข้ามกับข้อความเชิงบวก และตอนที่ 4 ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโควิด-19 จำนวน 17 ข้อ แบบสเกล 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ข้อความเชิงบวกให้ 5, 4, 3, 2, และ 1 คะแนนตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบให้คะแนนตรงข้ามกับข้อความเชิงบวก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทุกตอนโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ปฏิบัติงานทางการแพทย์และสาธารณสุขและมีความรู้ในทางระบาดวิทยา การป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 5 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องของแบบสอบถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence; IOC) ผลประเมินคุณภาพเครื่องมือมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00

ความเชื่อมั่น (Reliability)

ทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับระบาดของเชื้อโควิด-19 จากผู้รับบริการดูแลรักษาสุขภาพในโรงพยาบาลสนามในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือด้วยวิธีของ Kuder-Richardson 20 (KR_{20}) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ KR_{20} ที่เท่ากับ 0.85 ส่วนตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 และตอนที่ 4 ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโควิด-19 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha-coefficient) โดยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76 และความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของผู้รับบริการในโรงพยาบาลสนาม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 อย่างไรก็ตาม ทั้งพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและแพร่เชื้อโควิด-19 และความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของผู้รับบริการในโรงพยาบาลสนามแต่ละพื้นที่ เป็นพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ ณ สถานที่นั้น และเป็นความมั่นใจในคุณภาพบริการของพื้นที่นั้นๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ช่วยวิจัย ณ โรงพยาบาลสนามแต่ละแห่ง เป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ หากมีประเด็นสงสัยก็ให้ซักถามจนเข้าใจ
2. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered questionnaires) ในวันสุดท้ายก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาลสนามเพื่อกลับไปกักแยกตัวเองต่อที่บ้าน
 - 1) ผู้ที่ใช้สมาร์ทโฟนสามารถดาวน์โหลดลิงค์ของแบบสอบถามและตอบแบบสอบถามผ่านลิงค์ Google form
 - 2) ผู้ที่ไม่ใช้สมาร์ทโฟน หรือใช้แต่ไม่ประสงค์จะดาวน์โหลดลิงค์ของแบบสอบถาม สามารถตอบแบบสอบถามแบบกระดาษ
3. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบลิงค์ Google form ทุกวัน โดยตรวจสอบทั้งจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จนครบจำนวนตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด คือ 385 ราย (แต่มีผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม จำนวน 387 ราย ผู้วิจัยจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ทั้ง 387 ราย)
4. บันทึกข้อมูล วิเคราะห์ และแปลผลการศึกษา

สถิติที่ใช้วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

ข้อมูลทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนาตามลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา ส่วนความรู้เกี่ยวกับระบาดของเชื้อโควิด-19 นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับความรู้เกี่ยวกับระบาดของเชื้อโควิด-19 และระดับความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม โดยใช้เกณฑ์

ของบลูม (Bloom's cut-off point) (Bloom, 1968) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ($\geq$ ร้อยละ 80) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และน้อย ($<$ ร้อยละ 60) ส่วนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมเชื้อ โควิด-19 แบ่งเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ คือ มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย และน้อยกว่าค่าเฉลี่ย นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละของแต่ละระดับ สถิติทดสอบเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับระดับความเชื่อมั่นของผู้ติดเชื้อในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม โดยมีการคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการด้วยสถิติ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญ < 0.25 (Bendel & Afifi, 1977) ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ซึ่งต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองของตัวแปร (Multicollinearity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression - Forward stepwise LR เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรในสมการสุดท้าย

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา การวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบคณะกรรมการวิจัย (เลขที่ SCPHYREC-061/2564)

ผลการวิจัย

อาสาสมัครวิจัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.3 อายุอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี ร้อยละ 43.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 63.0 ระดับการศึกษาใกล้เคียงกันคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 32.3 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 29.5 สถานภาพทางการสมรส แต่งงาน ร้อยละ 45.2 และโสด ร้อยละ 42.9 ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้แอปพลิเคชันไทยชนะเพื่อติดตามและควบคุมเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 70.3 ผู้รับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ คือ อาศัยอยู่ในจังหวัดตรัง ร้อยละ 80.4 (ข้อมูลแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครวิจัย (n = 387)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	22.7
หญิง	299	77.3
อายุ (mean 31.06 ปี, S.D. 8.14 ปี, min 11 ปี, max 66 ปี)		
11 - 19 ปี	18	4.7
20 - 29 ปี	168	43.4
30 - 39 ปี	142	36.7
40 - 49 ปี	51	13.2
50 - 59 ปี	7	1.8
60 ปี ขึ้นไป	1	0.3
ศาสนา		
อิสลาม	140	36.2
พุทธ	244	63.0
คริสต์	3	0.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครวิจัย (n = 387) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	37	9.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	114	29.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	125	32.3
อนุปริญญา	21	5.4
ปริญญาตรี	88	22.7
ปริญญาโท	2	0.5
สถานภาพทางการสมรส		
โสด	166	42.9
สมรส	175	45.2
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	46	11.9
การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ		
ใช้	115	29.7
ไม่ใช้	272	70.3
จังหวัดที่อยู่ก่อนจะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม		
ตรัง	311	80.4
สงขลา	56	14.5
กรุงเทพฯ	11	2.8
อื่นๆ	9	2.3

ตารางที่ 2 พบว่า สามอันดับแรกที่อาสาสมัครมีความรู้มากที่สุด คือ ทราบว่าผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อโควิด-19 มีเชื้ออยู่ในละอองฝอยของการไอหรือจาม ร้อยละ 97.7 รองลงมา คือ ความเสี่ยงในการได้รับเชื้อโควิด-19 จะลดลงเมื่อสวมหน้ากากอนามัย ร้อยละ 97.4 และกิจกรรมที่มีคนรวมตัวกันเป็นจำนวนมากมีโอกาสที่ทำให้มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ได้มากขึ้น ร้อยละ 94.8

เมื่อจัดระดับความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดต่อของเชื้อโควิด-19 อาสาสมัครวิจัยมีความรู้ระดับดีมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) และระดับดี (ร้อยละ 60 – 79) ร้อยละ 56.3 และร้อยละ 43.7 ตามลำดับ (ข้อมูลแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดต่อของเชื้อโควิด-19 (n = 387)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. เชื้อโควิด-19 ไม่สามารถถูกทำลายด้วยน้ำสบู่ *	148 (38.2)	126 (32.6)	113 (29.2)
2. เชื้อโควิด-19 อยู่ในละอองฝอยของผู้ติดเชื้อที่ไอหรือจาม	378 (97.7)	2 (0.5)	7 (1.8)
3. การสวมหน้ากากอนามัยจะช่วยลดความเสี่ยงในการได้รับเชื้อโควิด-19	377 (97.4)	5 (1.3)	5 (1.3)

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดต่อของเชื้อโควิด-19 (n = 387) (ต่อ)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
4. เมื่อเชื้อโควิด-19 ออกจากร่างกายผู้ติดเชื้อ เชื้อสามารถติดอยู่กับสิ่งของ วัสดุ หรืออุปกรณ์ต่างๆ ได้ เป็นช่วงเวลาหนึ่ง	343 (88.6)	13 (3.4)	31 (8.0)
5. ผู้ที่สวมหน้ากากอนามัยก็มีโอกาสติดเชื้อโควิด-19	325 (84.0)	26 (6.7)	36 (9.3)
6. การเพิ่มระยะห่างระหว่างบุคคล เป็นการลดความเสี่ยงของการได้รับเชื้อ โควิด-19	366 (94.6)	13 (3.4)	8 (2.1)
7. ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 จะสวมหน้ากากอนามัยหรือปิดปากด้วยผ้า แต่เมื่อจาม ก็ไม่ช่วยลดปริมาณเชื้อที่จะไปถึงผู้อื่น *	203 (52.5)	122 (31.5)	62 (16.0)
8. การใช้มือที่สัมผัสเชื้อโควิด-19 มาขยี้ตา ทำให้เชื้อสามารถเข้าสู่ร่างกายได้	321 (82.9)	21 (5.4)	45 (11.6)
9. การสัมผัสสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นการได้รับเชื้อโควิด-19 ทางอ้อม	334 (86.3)	20 (5.2)	33 (8.5)
10. เชื้อโควิด-19 สามารถระบาดหรือแพร่กระจายได้มากขึ้นในกิจกรรมที่มีคนเข้าร่วมจำนวนมาก	367 (94.8)	15 (3.9)	5 (1.3)
11. ผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลสนามไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันเชื้อโควิด-19 เพราะคนอื่นๆ ก็มีเชื้อเหมือนกัน *	65 (16.8)	307 (79.3)	15 (3.9)
12. ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 แล้ว ก็ยังมีโอกาสที่จะได้รับเชื้อจากผู้ติดเชื้อคนอื่นๆ ได้อีก	336 (86.8)	16 (4.1)	35 (9.0)
13. เชื้อโควิด-19 ติดต่อโดยการแทรกซึมผ่านเนื้อเยื่อที่ฝ่ามือได้ จึงแนะนำให้ล้างมือบ่อยๆ *	281 (72.6)	60 (15.5)	46 (11.9)
14. การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะช่วยประเมินระดับความเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยงของการระบาดของเชื้อโควิด-19	237 (61.2)	38 (9.8)	112 (28.9)
15. ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 อยู่แล้ว เมื่อมีอาการไข้หรือเป็นหวัด แสดงว่าอาจมีความเสี่ยงที่อาการจะรุนแรงขึ้น	261 (67.4)	45 (11.6)	81 (20.9)

* ข้อที่ผิด

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดต่อของเชื้อโควิด-19 (n = 387)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	218	56.3
ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	169	43.7

ผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามได้รับการตรวจอุณหภูมิเพื่อวัดไข้ ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลสนาม ร้อยละ 91.7 รองลงมา คือ ผู้ติดเชื้อสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อรายอื่น ร้อยละ 88.9 และลำดับที่ 3 เท่ากัน คือ ผู้ติดเชื้อล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งเมื่อสัมผัสวัสดุหรือสิ่งของอื่นที่ไม่ใช่ของตนเอง และผู้ติดเชื้อไม่ใช้สิ่งของ เครื่องใช้ ร่วมกับผู้ติดเชื้อรายอื่น ร้อยละ 71.3 (ข้อมูลแสดงในตารางที่ 4)

เมื่อจัดระดับพฤติกรรมโดยใช้เกณฑ์คะแนนของบลูม (Bloom cut-off point) พบว่า ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรม การป้องกันตนเองและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 ในระดับดีมาก ร้อยละ 57.4 (ข้อมูลแสดงในตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันตนเองและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 (n = 387)

พฤติกรรม	จำนวน (ร้อยละ)			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ/เกือบ ทุกวัน	ปฏิบัติบ้างบางครั้ง/บางวัน	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ท่านสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อรายอื่น	344 (88.9)	29 (7.5)	3 (0.8)	11 (2.8)
2. ท่านสัมผัสเนื้อตัวผู้ติดเชื้อรายอื่นๆ *	49 (12.7)	31 (8.0)	76 (19.6)	231 (59.7)
3. ท่านอยู่ห่างจากผู้ติดเชื้อรายอื่นมากกว่า 1 เมตร	223 (57.6)	90 (23.3)	52 (13.4)	22 (5.7)
4. ท่านสัมผัสสิ่งของ เครื่องใช้ส่วนตัว ของผู้ติดเชื้อรายอื่น *	40 (10.3)	29 (7.5)	62 (16.0)	256 (66.1)
5. ท่านใช้ทรัพยากรร่วมกับผู้ติดเชื้อรายอื่น *	45 (11.6)	25 (6.5)	66 (17.1)	251 (64.9)
6. ท่านใช้สิ่งของ เครื่องใช้ ร่วมกับผู้ติดเชื้อรายอื่น *	38 (9.8)	25 (6.5)	48 (12.4)	276 (71.3)
7. ท่านล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งเมื่อสัมผัสวัสดุหรือสิ่งของอื่นที่ไม่ใช่ของ ส่วนตัวของท่าน	276 (71.3)	67 (17.3)	28 (7.2)	16 (4.1)
8. ท่านได้รับการตรวจอุณหภูมิเพื่อวัดไข้ ตลอดระยะเวลาที่อยู่ใน โรงพยาบาลสนาม	355 (91.7)	19 (4.9)	7 (1.8)	6 (1.6)

* พฤติกรรมเชิงลบ

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 (n = 387)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	222	57.4
ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	165	42.6

ตารางที่ 6 พบว่า ผู้ติดเชื้อเชื่อมั่นในมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาล สนาม ระดับมากที่สุด คือ บุคลากรในโรงพยาบาลสนาม มีการสวมหน้ากากอนามัย ทุ้มมือ หรืออุปกรณ์ป้องกัน ตนเองและควบคุมการแพร่เชื้อของผู้ให้บริการ ร้อยละ 52.5 รองลงมา คือ เชื่อมั่นในระบบอำนวยความสะดวกและสิ่ง

สนับสนุน ระดับมากที่สุด คือ การสนับสนุนระบบไฟฟ้าเพื่อการใช้งาน ร้อยละ 49.9 และการสนับสนุนน้ำสะอาดเพื่อการอุปโภคและบริโภคอย่างเพียงพอ ร้อยละ 44.2 ซึ่งส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนามในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ร้อยละ 53.0 (ข้อมูลแสดงในตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนามภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19
(n = 387)

ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาลสนาม		จำนวน (ร้อยละ)				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ระบบอำนวยความสะดวกและสิ่งสนับสนุน						
1. การระบายอากาศดีและถ่ายเทสะดวก		155 (40.1)	169 (43.7)	58 (15.0)	4 (1.0)	1 (0.3)
2. สนับสนุนน้ำเพื่อการอุปโภคและบริโภคที่เพียงพอ		171 (44.2)	150 (38.8)	60 (15.5)	5 (1.3)	1 (0.3)
3. สนับสนุนไฟฟ้าเพื่อการใช้งาน		193 (49.9)	141 (36.4)	45 (11.6)	7 (1.8)	1 (0.3)
4. สนับสนุนสัญญาณอินเทอร์เน็ตเพื่อการสื่อสาร		155 (40.1)	141 (36.4)	68 (17.6)	14 (3.6)	9 (2.3)
5. การจัดการขยะและ/หรือระบบจัดการน้ำเสีย		121 (31.3)	168 (43.4)	80 (20.7)	14 (3.6)	4 (1.0)
6. ปริมาณและคุณภาพของอาหารที่จัดให้ผู้ติดเชื้อ		125 (32.3)	148 (38.2)	87 (22.5)	21 (5.4)	6 (1.6)
มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโควิด-19						
7. มีการชี้แจงการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อและติดต่อจากผู้อื่น		162 (41.9)	168 (43.4)	54 (14.0)	3 (0.8)	0 (0.0)
8. มีการกักแยกผู้ติดเชื้อรายเดิมกับผู้ติดเชื้อแรกเริ่มใหม่		87 (22.5)	119 (30.7)	95 (24.5)	57 (14.7)	29 (7.5)
9. การจัดระยะห่างระหว่างผู้ติดเชื้อแต่ละคนตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค		116 (30.0)	168 (43.4)	86 (22.2)	14 (3.6)	3 (0.8)
10. ผู้ให้บริการมีการสวมวัสดุป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ หรืออุปกรณ์ป้องกัน		203 (52.5)	147 (38.0)	33 (8.5)	2 (0.5)	2 (0.5)
11. การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อทรัพยากรที่ใช้ร่วมกัน เช่น ห้องน้ำ อ่างล้างหน้า		144 (37.2)	134 (34.6)	86 (22.2)	19 (4.9)	4 (1.0)
ประสิทธิภาพในการดูแลรักษาสุขภาพจากโรงพยาบาลสนาม						
12. ท่านมั่นใจว่าท่านได้รับการดูแลรักษาเท่าเทียมกับโรงพยาบาล		144 (37.2)	157 (40.6)	80 (20.7)	5 (1.3)	1 (0.3)

ตารางที่ 6 ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนามภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19
(n = 387) (ต่อ)

ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาลสนาม	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13. ท่านมั่นใจว่าท่านจะไม่ติดเชื้อเพิ่มจากผู้ติดเชื้อรายอื่นๆ	88 (22.7)	138 (35.7)	134 (34.6)	20 (5.2)	7 (1.8)
14. ท่านมั่นใจว่าท่านจะไม่ติดเชื้อเพิ่มจากผู้ให้บริการ	116 (30.0)	131 (33.9)	123 (31.8)	12 (3.1)	5 (1.3)
15. ท่านมั่นใจว่าท่านจะไม่ติดเชื้อเพิ่มจากโรงพยาบาลสนาม	98 (25.3)	130 (33.6)	133 (34.4)	17 (4.4)	9 (2.3)
16. ท่านมั่นใจในศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลท่าน	152 (39.3)	161 (41.6)	67 (17.3)	5 (1.3)	2 (0.5)
17. หากท่านมีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ท่านมั่นใจว่าท่านจะถูกนำส่งโรงพยาบาลของรัฐได้ทันเวลาที่	136 (35.1)	166 (42.9)	73 (18.9)	8 (2.1)	4 (1.0)

ตารางที่ 7 ระดับความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม (n = 387)

ระดับความเชื่อมั่น	จำนวน	ร้อยละ
สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	205	53.0
ปานกลาง (ร้อยละ 60 – 80)	182	47.0

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ เพื่อคัดเลือกปัจจัยที่จะนำเข้าสมการ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเชื่อมั่นของผู้ติดเชื้อในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม โดยคัดเลือกปัจจัยที่มีค่า p -value ≤ 0.25 ได้แก่ ปัจจัยเพศ การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ จังหวัดที่อาศัยอยู่ก่อนจะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม ความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดต่อของเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อและความรู้การระบาดของติดเชื้อโควิด-19

ตารางที่ 8 ทดสอบตัวแปรนำเข้าสมการโดยใช้สถิติไคสแควร์ (n = 387)

ปัจจัย	ระดับความเชื่อมั่น		X ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			
	สูง (≥ ร้อยละ 80)	ปานกลาง (< ร้อยละ 80)		
เพศ				
ชาย	54 (61.4)	34 (38.6)	3.220	0.073
หญิง	151 (50.5)	148 (49.5)		
อายุ				
น้อยกว่า 30 ปี	97 (52.2)	89 (47.8)	0.097	0.756

ตารางที่ 8 ทดสอบตัวแปรนำเข้าสมการโดยใช้สถิติไคสแควร์ (n = 387) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความเชื่อมั่น จำนวน (ร้อยละ)		X ²	p-value
	สูง (≥ ร้อยละ 80)	ปานกลาง (< ร้อยละ 80)		
อายุ				
30 ปี ขึ้นไป	108 (53.7)	93 (46.3)		
ศาสนา				
อิสลามและคริสต์	79 (55.2)	64 (44.8)	0.470	0.493
พุทธ	126 (51.6)	118 (48.4)		
ระดับการศึกษา				
ไม่เกินระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	146 (52.9)	130 (47.1)	0.002	0.964
อนุปริญญาขึ้นไป	59 (46.8)	52 (46.8)		
สถานภาพทางการสมรส				
เดี่ยว	113 (53.3)	99 (46.7)	0.021	0.886
คู่	92 (52.6)	83 (47.4)		
การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ				
ใช้	67 (58.3)	48 (41.7)	1.838	0.175
ไม่ใช้	138 (50.7)	134 (49.3)		
จังหวัดที่อยู่ก่อนจะเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล				
สนาม				
ตรัง	156 (50.3)	154 (49.7)	4.389	0.036
มาจากจังหวัดอื่น	49 (63.6)	28 (36.4)		
ความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดต่อของเชื้อโควิด-19				
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	108 (49.5)	110 (50.5)	2.358	0.125
ต่ำกว่าร้อยละ 80	97 (57.4)	72 (42.6)		
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19				
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	77 (46.7)	88 (53.3)	4.590	0.032
ต่ำกว่าร้อยละ 80	128 (57.7)	94 (42.3)		

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตรัง และผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อและควบคุมการระบาดของติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตรัง (aOR 1.755, 95% CI 1.045 – 2.947) มีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม มากกว่าผู้ติดเชื้อที่มาจากจังหวัดอื่นๆ 1.7 เท่า และผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อและควบคุมการระบาดของติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (aOR = 1.575, 95% CI = 1.047 – 2.370) มีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม 1.6 เท่า เมื่อ

เทียบกับผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อและควบคุมการระบาดของติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับสูง (ข้อมูลแสดงในตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ปัจจัยทำนายความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม (n = 387)

ปัจจัย	B	Odds	p-value	95% CI for EXP (B)	
				Lower	Upper
จังหวัดที่อาศัย	0.562	1.755	0.034	1.045	2.947
(1. ตรัง vs 2. จังหวัดอื่น [ref.])					
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่เชื้อ	0.455	1.575	0.029	1.047	2.370
(1. < 80% vs 2. ≥ 80% [ref.])					
Constant	-1.267				

-2 Log likelihood 525.892, Cox & Snell R Square 0.024, Nagelkerke R Square 0.031

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าผู้ติดเชื้อมีความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดต่อของเชื้อโควิด-19 ในระดับดีมากและระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในเขตพื้นที่ภาคใต้ของไทย (Singkun, 2021; Singkun, Patiwikriwong, Chainapong, & Weerakhachon, 2020) ที่ส่วนใหญ่แล้วประชาชนมีความรู้ในระดับสูงและระดับกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นในประเทศใกล้เคียง (Azlan, Hamzah, Sern, Ayub, & Mohamad, 2020; Huynh, Nguyen, Vo, & Pham, 2020) ทั้งนี้เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อดังกล่าวในขณะนี้ได้กระจายและส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ ระบบการให้บริการสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และด้านอื่นๆ ไปทั่วโลก อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับการทำลายเชื้อโควิด-19 ด้วยการล้างมือด้วยน้ำสบู่ ถึงแม้ว่าจะมีการรณรงค์ให้ล้างมืออย่างถูกวิธีด้วยน้ำสบู่เป็นเวลาอย่างน้อย 20 วินาที จะช่วยป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสได้ แต่ผู้ติดเชื้อมีความรู้และตอบถูกต้องเพียง ร้อยละ 32.6 เท่านั้น นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.6) เชื่อว่าการรณรงค์ให้ล้างมือนั้นเป็นเพราะเชื้อโควิด-19 แทรกซึมผ่านเนื้อเยื่อที่ฝ่ามือได้ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด

นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.5) ยังมีความเชื่อว่าหากผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีการไอก็ไม่ลดปริมาณเชื้อที่จะไปถึงผู้อื่นถึงแม้ว่าจะสวมหน้ากากอนามัยก็ตาม ซึ่งเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนขัดแย้งกับการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการสวมหน้ากากอนามัยทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ในประเด็นนี้ผู้ป่วยควรได้รับการเพิ่มเติมความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องถึงประสิทธิภาพของการสวมหน้ากากอนามัย ซึ่งมีผลในการลดความเสี่ยงของการได้รับเชื้อ และลดการแพร่กระจายของเชื้อไปสู่ผู้อื่น (Catching, Capponi, Te Yeh, Bianco, & Andino, 2021; Eikenberry et al., 2020; Tso & Cowling, 2020; Worby & Chang, 2020)

ผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 79.3 ทราบว่าผู้ติดเชื้อยังคงต้องปฏิบัติตัวในมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อทุกคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามจะติดเชื้อทุกคน และร้อยละ 86.8 มีความรู้ว่าถึงแม้ตนเองจะติดเชื้อโควิด-19 แล้ว ยังมีโอกาสที่จะได้รับเชื้อมาจากผู้ติดเชื้อรายอื่นๆ เพิ่มเติมได้อีก โดยภาพรวมแล้วผู้ติดเชื้อปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดีมากและระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลสนาม (กรมควบคุมโรค, 2564a) โดยพฤติกรรมดังกล่าวถือเป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสังคม (Jiang, Yao, Zhu, &

Wang, 2021; Singkun, 2021; Singkun, Payodeuramae, et al., 2020) โดยเฉพาะในกรณีของการเกิดโรคระบาดใหญ่ในครั้งนี้

ผู้ติดเชื้อประมาณ 1 ใน 10 (ร้อยละ 9.8) คิดว่าการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะไม่สามารถใช้ประเมินระดับความเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยงของการระบาดของเชื้อโควิด-19 ได้ และผู้ติดเชื้ออีกร้อยละ 28.9 ก็ไม่แน่ใจว่าจะใช้ประเมินความเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยงของการระบาดของเชื้อนี้ได้ โดยที่มีผู้ติดเชื้อในพื้นที่ที่ศึกษาวิจัยนี้ใช้แอปพลิเคชันดังกล่าวเพียง ร้อยละ 29.7 เท่านั้น ซึ่งอาจจะเป็นข้อจำกัดของการวิจัยนี้ที่มีการสอบถามเฉพาะการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” เท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในปลายปี พ.ศ.2562 (ค.ศ.2019) และในประเทศไทยตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2563 ได้มีการคิดค้นและสร้างแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 อย่างมากมาย (Chan, Nickson, Rudolph, Lee, & Joynt, 2020) เช่น แอปพลิเคชันประเมินภาวะสุขภาพ ข้อมูลการฉีดวัคซีน ประเมินอาการเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ประเมินพื้นที่เสี่ยง (Intawong, Olson, & Chariyalertsak, 2021) โดยมีแอปพลิเคชันเกิดขึ้นมากมายทั้งของภาคเอกชนและภาครัฐ นอกจาก “ไทยชนะ” แล้ว ยังมีแอปพลิเคชันอื่นๆ อีก เช่น หมอชนะ หมอพร้อม ไทยเซฟไทย ไกล่มือหมอ COVID-19 Tracker, AOT Airports เป็นต้น

ผู้ติดเชื้อเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนามภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 ในระดับที่ดีมากและระดับดี ผู้ติดเชื้อที่พักอาศัยในพื้นที่ที่ศึกษา มีความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนามภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 สูงกว่าผู้ติดเชื้อที่มาจากพื้นที่อื่น ข้อค้นพบดังกล่าวสามารถนำมาพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมและสร้างความเชื่อมั่นของผู้รับบริการทุกคนโดยไม่แบ่งแยกความแตกต่างทางด้านประชากร ไม่ว่าจะเป็นภูมิสำเนา เพศ การศึกษา สถานภาพทางการสมรส หรือฐานะทางเศรษฐกิจ

ผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อและควบคุมการระบาดของติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี ($aOR = 1.575$, 95% CI = 1.047 - 2.370) มีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม สูงกว่าผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อและควบคุมการระบาดของติดเชื้อโควิด-19 ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ (Buchheim, Dovern, Krolage, & Link, 2020; Hill, Klaiber, Burrow, DeLongis, & Sin, 2020; Liu & Mesch, 2020) ที่พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในระดับใดก็ตาม เมื่อพบเห็นระบบบริหารจัดการที่ดีกว่าที่ตนเองปฏิบัติหรือสามารถปฏิบัติได้ ก็จะส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในระบบบริหารจัดการนั้นมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม จำนวน 387 คน พบว่า ผู้ติดเชื้อมีความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดต่อของเชื้อโควิด-19 และมีพฤติกรรมป้องกันตนเองและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตรัง และผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อและควบคุมการระบาดของติดเชื้อโควิด-19 ในระดับดี มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม ถึงแม้ว่าปัจจุบันโรงพยาบาลสนามจะทยอยปิดตัวลงไปก็ตาม แต่ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆ รวมถึงการเตรียมพร้อมสำหรับการระบาดใหม่ของเชื้อโควิด-19 ทั้งสายพันธุ์เดิมและ/หรือสายพันธุ์ใหม่ รวมถึงโรคระบาดจากเชื้อชนิดอื่นที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ในส่วนของผู้ป่วยควรได้รับการเพิ่มเติมความรู้และความเข้าใจในประสิทธิภาพของการล้างมือที่ถูกต้อง และการสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันตนเองและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ อันจะนำไปสู่ความตระหนักและการปฏิบัติที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการวิจัยในครั้งต่อไปอาจพิจารณาศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม กับคุณภาพบริการในด้านของประสิทธิภาพของโรงพยาบาลสนามว่ามีความสอดคล้องหรือสัมพันธ์กันหรือไม่ รวมถึงศึกษาทิศทางความสัมพันธ์ของเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนามทั้งในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนามและประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และสถานบริการสุขภาพต่างๆ

References

- Azlan, A. A., Hamzah, M. R., Sern, T. J., Ayub, S. H., & Mohamad, E. (2020). Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. *PLoS One*, 15(5), e0233668.
- Bendel, R. B., & Afifi, A. A. (1977). Comparison of stopping rules in forward “stepwise” regression. *Journal of the American Statistical association*, 72(357), 46-53.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for Mastery. Instruction and Curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints, Number 1. *Evaluation comment*, 1(2), n2.
- Buchheim, L., Doern, J., Krolage, C., & Link, S. (2020). Firm-level Expectations and Behavior in Response to the COVID-19 Crisis.
- Catching, A., Capponi, S., Te Yeh, M., Bianco, S., & Andino, R. (2021). Examining face-mask usage as an effective strategy to control COVID-19 spread. *MedRxiv*, 2020.2008.2012.20173047.
- Chan, A. K., Nickson, C. P., Rudolph, J. W., Lee, A., & Joynt, G. M. (2020). Social media for rapid knowledge dissemination: early experience from the COVID-19 pandemic. In (Vol. 75, pp. 1579-1582): Wiley Online Library.
- Cochran, W. G. (2007). *Sampling techniques*: John Wiley & Sons.
- Eikenberry, S. E., Mancuso, M., Iboi, E., Phan, T., Eikenberry, K., Kuang, Y., . . . Gumel, A. B. (2020). To mask or not to mask: Modeling the potential for face mask use by the general public to curtail the COVID-19 pandemic. *Infectious Disease Modelling*, 5, 293-308. doi:https://doi.org/10.1016/j.idm.2020.04.001
- Hill, P. L., Klaiber, P., Burrow, A. L., DeLongis, A., & Sin, N. L. (2020). Great, purposeful expectations: predicting daily purposefulness during the COVID-19 response. *The Journal of Positive Psychology*, 1-13.
- Huynh, G., Nguyen, T. N. H., Vo, K. N., & Pham, L. A. (2020). Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 13(6), 260.
- Intawong, K., Olson, D., & Chariyalertsak, S. (2021). Application technology to fight the COVID-19 pandemic: Lessons learned in Thailand. *Biochemical and Biophysical Research Communications*, 534, 830-836. doi:https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2020.10.097
- Jiang, Y., Yao, Y., Zhu, X., & Wang, S. (2021). The Influence of College Students' Empathy on Prosocial Behavior in the COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Social Responsibility. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

- Liu, X.-J., & Mesch, G. S. (2020). The adoption of preventive behaviors during the COVID-19 pandemic in China and Israel. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 7170.
- Singkun, A. (2021). Factors associated with social responsibility among university students in Yala, Thailand during the COVID-19 pandemic. *Journal of Health Research*, 35(3), 265-275. doi:10.1108/JHR-05-2020-0142
- Singkun, A., Patiwikriwong, P., Chainapong, K., & Weerakhachon, P. (2020). Factors Associated with Coronavirus 2019 (COVID-19) Prevention Behaviors among Health Sciences Students of a Higher Education Institution in Yala Province, Thailand. *Walailak Journal of Science and Technology (WJST)*, 17(9), 967-978. doi:10.48048/wjst.2020.10022
- Singkun, A., Payodeuramae, F., Samae, N., Patiwikriwong, P., Chainapong, K., & Weerakhachon, P. (2020). Social Responsibility Behaviors among Universities Students in the 3 Southern Border Provinces of Thailand in the Period of Corona Virus 2019 (COVID-19) Pandemic. *Walailak Journal of Science and Technology (WJST)*, 17(9), 979-989. doi:10.48048/wjst.2020.10066
- Tso, R. V., & Cowling, B. J. (2020). Importance of Face Masks for COVID-19: A Call for Effective Public Education. *Clinical Infectious Diseases*, 71(16), 2195-2198. doi:10.1093/cid/ciaa593
- Worby, C. J., & Chang, H.-H. (2020). Face mask use in the general population and optimal resource allocation during the COVID-19 pandemic. *Nature communications*, 11(1), 1-9.
- World Health Organization Thailand. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19).
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., . . . Gu, X. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The lancet*, 395(10229), 1054-1062.