



วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา Thai Journal of Public Health and Health Education

ISSN 2773-9007 (Online)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (2022) มกราคม - เมษายน 2565

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข





วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education)

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาเป็นวารสารรับตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัยด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม

กระบวนการพิจารณาบทความ

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ท่านแบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article)

บทความวิชาการ (Academic Article)

บทความปริทัศน์ (Review Article)

กำหนดการเผยแพร่ กำหนดการตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ติดต่อกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 187 หมู่ 3 ถนนสถลมารค ตำบลเมืองศรีไค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์มือถือ : 08-1389-9146 , 09-4520-9823 , 045-2102709 ต่อ 251



คณะกรรมการวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ดร.อรรณพ สนธิไชย

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.จำลอง วงษ์ประเสริฐ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

นายแพทย์สุรพร ลอยหา

มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

รองบรรณาธิการ

ดร.ปิยะพันธุ์ จันทวารีย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ปณิตา ครอบงำ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

อาจารย์แก้วใจ มาลีสัย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา พนมเขต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี บุตรสอน

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิ้มปทีปการ

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิง รัชฎา ฉายจิต

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วารเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร ชีวะเกตุ

มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดา หันกลาง

มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร.อรุณ บุญสร้าง

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.ภูเบศ แสงสว่าง

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.นพวรรณ พินิจจรเดช

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.มนจิรา จันทวารีย์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ดร.สินีนาด แต่เจริญกุล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กองบรรณาธิการ

ดร.พยงค์ เทพอักษร

ดร.พงศ์พิษณุ บุญตา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์(พิเศษ)ดร.สมตระกูล ราศิริ

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์

ดร.สฤณี ผาอาจ

ดร.กชพงศ์ สารการ

ดร.ปาริชาติ นัตนราช

ดร.สรรพพร วิรัตน์โกดิน

ดร.จามรี เชื้อชัย

ดร.ถนอมศักดิ์ บุญสู่

ดร.อรารักษ์ บุรณะคงคาตรี

ดร.เกศินี หาญจรัสสิทธิ์

ดร.รัชชัญญ์ เชื้อลี

ดร.นฤมล กิ่งแก้ว

อาจารย์อนุสรณ์ บุญทรง

อาจารย์วัชรพล ทองควั่น

อาจารย์ศุภชัย ยามะเรือง

นายสมบัติ ชัดโพธิ์

นายไมตรี แก้วมงคล

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอุบลราชธานี

อำนาจเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ฝ่ายจัดการ

นายศรเพชร ไตรศรี

อาจารย์ศตายุ ผลแก้ว

นางสาวพิราพรรณ บรรพบุตร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปีที่ 2 ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดทำขึ้นในรูปแบบ Online มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ โดยมุ่งเน้นในด้านการวิชาการ ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม

กระบวนการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิปีที่ 1 ฉบับที่ 1 และ 2 มีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและให้คำชี้แนะในการปรับปรุงบทความเรื่องละ 2 ท่าน

เพื่อให้วารสารทันสมัย ทันเหตุการณ์ ตามประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564 ประกาศ ณ วันที่ 26 เมษายน 2564 ใจความสำคัญ คือ “ผลงานทางวิชาการต้องได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการระดับชาติ ซึ่งวารสารวิชาการระดับชาติต้องเป็นวารสารวิชาการที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการในสาขาวิชานั้น ๆ หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง โดยวารสารวิชาการนั้นต้องมีการตีพิมพ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และมีการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ (peer reviewer) ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 คน ทั้งนี้วารสารวิชาการนั้นอาจเผยแพร่เป็นรูปเล่มสิ่งพิมพ์ หรือเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่มีกำหนดการเผยแพร่อย่างแน่นอนชัดเจน”

ดังนั้น วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาตั้งแต่ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 เป็นต้นไป จะมีข้อกำหนดในการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ (peer reviewer) ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 คน จึงเรียนมาเพื่อทราบ

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การติดตามอุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นในคลังวัคซีนเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น พรสวรรค์ จันทร์ทอง.....	1
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ชาวลิต เลื่อนลอย.....	18
การประระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดกรุงเทพมหานคร สมรักษ์ ศิริเชตรกรณ์.....	34
การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์, ยอดชาย สุวรรณวงษ์.....	49

การติดตามอุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นในคลังวัคซีนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

พรสวรรค์ จันทร์ทอง

โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

(วันที่รับบทความ : 19 พฤษภาคม 2564 ; วันที่แก้ไข : 28 ธันวาคม 2564 ; วันที่ตอบรับ : 12 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

วัคซีนจะคงคุณภาพดีต้องอยู่ในระบบลูกโซ่ความเย็นที่มีอุณหภูมิเหมาะสมตั้งแต่จัดเก็บและกระจายวัคซีน จนถึงผู้รับบริการถ้าเกิดปัญหาในระบบลูกโซ่ความเย็นจะส่งผลให้ประสิทธิภาพของวัคซีนลดลงจนถึงไม่มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันโรคในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามอุณหภูมิระหว่างการขนส่งวัคซีนจากคลังโรงพยาบาล หนองสองห้องไปยังคลังระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ และการเก็บรักษาวัคซีนในคลังทั้งสอง ว่าอยู่ในช่วงอุณหภูมิ ที่เหมาะสมหรือไม่ และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับอุณหภูมิการเก็บรักษาและการขนส่งวัคซีน เก็บข้อมูล โดยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 14 แห่ง โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับหน่วยบริการ โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมิน ระบบลูกโซ่ความเย็นงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และเครื่องบันทึกอุณหภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าระยะทางในการขนส่งวัคซีนจากคลังโรงพยาบาลถึงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 13.08 กิโลเมตร (SD=5.77) ระยะเวลาในการขนส่งเฉลี่ย 19.08 นาที (SD=6.59) อุณหภูมิเฉลี่ยของคลังโรงพยาบาลมีสภาวะอุณหภูมิ ที่เหมาะสม (+2 ถึง +8°C) การติดตามการขนส่งพบว่าไม่มีเส้นทางใดที่สัมผัสอุณหภูมิต่ำกว่า 0°C การพัฒนา การบริหารจัดการระบบลูกโซ่ความเย็นให้มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสม ได้ (+2 ถึง +8°C) มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคดังนั้นควรศึกษาให้ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเขต จังหวัดขอนแก่นต่อไป

คำสำคัญ : วัคซีน, ระบบลูกโซ่ความเย็น, ติดตามอุณหภูมิ, เครือข่ายปฐมภูมิ

Temperature Cold Chain System Monitoring of the Vaccine Stock in Primary Care Service Network, Hnongsonghong District, Khon Kaen Province

Pornsawan Juntong
Nongsonghong Hospital

Abstract

Vaccines maintaining for good quality must be kept in a cold chain that is at the right temperature from the vaccine storage and distribution to the clients. If there is a problem in the cold chain, the effectiveness of the vaccine will be reduced that not effective to preventing disease. The objectives of this study were to monitor temperature during transport of vaccines from Hnongsonghong hospital stock to primary care unit and storage of vaccines in the proper temperature, and to study the relationship of factors with the storage and transportation temperature of the vaccine. Data were collected by the staffs responsible for immunization work in 14 primary care units. The tools for collecting data were the Immunization practice assessment form that was adapted from the cold chain assessment form for disease promotion, and temperature recorder. Data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that the average distance of vaccine transport from the hospital depot to the primary care depot was 13.08 kilometers (SD=5.77). Average transport time was 19.08 minutes (SD=6.59), the average temperature of the hospital depot was optimal temperature conditions (+2 to +8°C). Transportation traces showed that none of the routes were exposed to temperatures below 0°C. Optimizing the management of the cold chain was result in the temperature being kept within the optimum range (+2 to +8°C). It is effective in preventing disease, therefore, should be studied to cover all primary care units in Khon Kaen province.

Keywords : Vaccine, Cold Chain System, Temperature Mornitoring, Primary Care Network

* Corresponding author : E-mail:jum_oo@hotmail.com

บทนำ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน (Expanded Program on Immunization, EPI) เป็นกลวิธีป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสูงและคุ้มค่าประเทศต่างๆรวมถึงประเทศไทยใช้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ตับอักเสบบี หัดเยอรมัน คางทูม ใช้สมองอักเสบเจอี (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) แต่ยังมีโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนระบาดขึ้นทั่วโลก โดยปัจจัยที่ทำให้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอที่จะป้องกันโรคปัจจัยแรกคือ อัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต่ำ ปัจจัยที่สอง คือ คุณภาพวัคซีนโดยทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจัดการตั้งแต่การผลิต การขนส่งและการจัดการคลังซึ่งต้องจัดให้วัคซีนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยเฉพาะอุณหภูมิที่เหมาะสมกับวัคซีนแต่ละชนิด ปัจจัยที่สาม คือ การฉีดวัคซีนผิดวิธีทำให้ไม่สร้างภูมิคุ้มกันโรค

การศึกษาระบบลูกโซ่ความเย็นในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 40 ของตู้เย็นมีอุณหภูมิอยู่นอกช่วง +2 ถึง +8°C โรงพยาบาลพบอุณหภูมิต่ำสุด 0.2 °C สูงสุด 14.8 °C ส่วนสถานีนอมน้ำพบอุณหภูมิต่ำสุด -7.1 °C สูงสุด 26.7 °C ระดับความเย็นมีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พิชญา นวลได้ศรี, 2554) และมากกว่าครึ่งหนึ่งของเส้นทางการขนส่งมีอุณหภูมิอยู่นอกช่วง +2 ถึง +8°C ส่วนใหญ่การขนส่งผ่านอุณหภูมิร้อนเกินไป การขนส่งมีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิการขนส่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พิชญา นวลได้ศรี, 2554) ร้อยละ 4.33 ที่สัมผัสอุณหภูมิต่ำกว่า 2 °C (ศิริลักษณ์ทวีรัตน์, 2561) ซึ่งหากวัคซีนอยู่ในอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน จะทำให้ความแรง (potency) ลดลง ไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้

ปัจจุบันข้อมูลการติดตามอุณหภูมิการขนส่งและการเก็บรักษาวัคซีนในคลังวัคซีน ในเขตอำเภอหนองสองห้อง ยังไม่มีการศึกษาว่าอยู่ในช่วงอุณหภูมิที่เหมาะสมหรือไม่ผู้ศึกษาในฐานะเภสัชกรซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเวชภัณฑ์ยาโดยตรง ตั้งแต่คัดเลือก จัดหา จัดเก็บ การกระจายยา รวมทั้งการให้บริการด้านยาที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสนใจที่จะศึกษาติดตามอุณหภูมิระหว่างขนส่งวัคซีนจากคลังวัคซีนโรงพยาบาลหนองสองห้องไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและระหว่างการรักษาวัคซีนในตู้เย็นว่าอยู่ช่วงอุณหภูมิที่เหมาะสมหรือไม่เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนางานการบริหารจัดการวัคซีนระบบลูกโซ่ความเย็นในเขตอำเภอหนองสองห้องให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุณหภูมิการจัดเก็บวัคซีนในตู้เย็นของโรงพยาบาลหนองสองห้อง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อศึกษาอุณหภูมิในการขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลหนองสองห้อง ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นิยามศัพท์

ระบบลูกโซ่ความเย็น หมายถึง กระบวนการที่จะบริหารจัดการวัคซีนให้คงคุณภาพดี จากผู้ผลิตถึงผู้รับบริการ วัคซีนทุกชนิดจะต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม มีความเย็นเพียงพอที่จะคงคุณภาพได้ตลอดเวลาที่เก็บรักษาและขนส่งจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง

วัคซีน หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากสิ่งที่มีชีวิตหรือที่ได้จากการสังเคราะห์ หรือกระบวนการอื่นใด ที่นำมาใช้ในการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโรคของมนุษย์ เพื่อป้องกัน รักษา หรือลดความรุนแรงของโรค การวิจัยครั้งนี้จะศึกษาวัคซีนที่อยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (Expanded Program on Immunization; EPI) ได้แก่ วัณโรค ตับอักเสบบี คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูมและไข้มองอักเสบ

เครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาการติดตามอุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นในคลังวัคซีนเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ในช่วงกรกฎาคม 2562- เมษายน 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลหนองสองห้อง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 14 แห่งในเขตอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเม็ก
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหันโจด
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนธาตุ
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนแต้
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปาะ
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิมชาด
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนตู
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่ล้อม
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะกั่วป่า

10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเค็ง
11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนดั่ง
12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำโรง
13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังหิน
14. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพหนองสองห้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบประเมินการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันด้วยวัคซีน (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) มีลักษณะเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในระดับหน่วยบริการ โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 4 ตอนดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 16 ข้อ
- ตอนที่ 2 วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบลูกโซ่ความเย็น จำนวน 3 ข้อ
- ตอนที่ 3 การเก็บรักษาวัคซีน จำนวน 6 ข้อ
- ตอนที่ 4 การดูแลรักษาตู้เย็นเก็บวัคซีน จำนวน 9 ข้อ

2. เครื่องบันทึกอุณหภูมิ Brannan ทรงกลม (อังกฤษ) โดยมีช่วงการวัดอุณหภูมิ -30°C ถึง 27°C มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากงานช่างกรรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สม่่าเสมอ

3. แบบบันทึกอุณหภูมิตู้เย็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนไว้ 2 ระยะคือระยะเตรียมการและระยะปฏิบัติการวิจัย ในช่วงกรกฎาคม 2562- เมษายน 2563 ดังนี้

ระยะเตรียมการวิจัยโดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารตำราต่างๆเพื่อรวบรวมแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะปฏิบัติการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยหารือร่วมกันเพื่อออกแบบงานวิจัยเครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน การจัดส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปยัง รพ.สต. (vaccine delivery method)

ขั้นที่ 2 เป็นการปฏิบัติจริงตามแผน (Action) คือโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดส่งวัคซีนไปยัง รพ.สต. ที่รับผิดชอบตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน ที่กำหนดไว้

ขั้นที่ 3 เป็นการสังเกต (Observation) และบันทึกข้อมูล

ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยการนำข้อมูลจากขั้นที่ 3 มาวิเคราะห์และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละแห่ง จากนั้นปรับปรุงวิธีการจัดส่งวัคซีนและแบบบันทึกข้อมูลเพื่อให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นผลจากการดำเนินการทั้ง 4 ขั้นตอน ทำมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปยัง รพ.สต. ซึ่งรพ.สต. ทั้ง 14 แห่ง ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหลักที่เหมือนกัน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การเตรียมอุปกรณ์สำหรับบรรจุวัคซีน และกระบวนการจัดส่งวัคซีน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การเตรียมอุปกรณ์สำหรับบรรจุวัคซีน ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การเตรียมวัคซีน และการเตรียมกล่องโฟมเพื่อบรรจุวัคซีน

1.1 การเตรียมวัคซีน

ขั้นตอนและรูปแบบการจัดวัคซีน คือต้องมีการบันทึกเลขรุ่นและวันหมดอายุของวัคซีนแต่ละชนิด และจัดวัคซีนบรรจุในซองซิปลิสหรือสีชาขึ้นกับชนิดของวัคซีน (เช่น MMR และ JE บรรจุในซองซิปลิส) เขียนชื่อ รพ.สต. ไว้บนหน้าซองซิปลิสที่บรรจุวัคซีน (ดังรูป 1) จากนั้นเก็บในตู้เย็นเพื่อรอการจัดลงกล่องโฟม

1.2 การเตรียมกล่องโฟมเพื่อบรรจุวัคซีน

1.2.1 อุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้ในการขนส่ง วัคซีนคือ

- กล่องโฟม
- เครื่องมือติดตามอุณหภูมิ (Brannan ทรงกลม (อังกฤษ)
- แผ่นพลาสติกลูกฟูก (PP board) สำหรับวาง ในกล่องโฟม
- ชองน้ำแข็ง (ice pack) รพ.สต.แต่ละแห่งใช้ขนาดตามที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาล

1.2.2 ขั้นตอนการเตรียมกล่องโฟม

- 1) นำชองน้ำแข็งออกจากชองแช่แข็ง
- 2) วางแผ่นพลาสติกลูกฟูกด้านล่างบริเวณกัน กล่องด้านใน
- 3) วางเทอร์โมมิเตอร์สำหรับใช้วัดอุณหภูมิ โดยมีการ หุ้มด้วยชองพลาสติก
- 4) วางชองน้ำแข็งบริเวณด้านข้างรอบกล่อง 4 ด้าน (ดังรูป 2) แล้วกั้นด้วยแผ่นพลาสติกลูกฟูก
- 5) ตรวจสอบอุณหภูมิในกล่องให้อยู่ในช่วงก่อน บรรจุวัคซีนที่เตรียมไว้ ใน 1.1 แล้วจึงปิดด้านบนด้วยแผ่นพลาสติกลูกฟูก จากนั้นปิดฝากล่อง (ดังรูป 3)

ส่วนที่ 2 กระบวนการขนส่งวัคซีน พาหนะที่ใช้ในการขนส่งวัคซีน คือรถยนต์ที่เจ้าหน้าที่รพ.สต.ขับมารับวัคซีนจากโรงพยาบาลไปยัง รพ.สต.รวมทั้งการบันทึกข้อมูลได้แก่ อุณหภูมิภายในกล่องโฟม ระยะทาง และเวลาในการเดินทาง และเหตุการณ์ระหว่างการเดินทางที่อาจส่งผลกระทบต่ออุณหภูมิ

เก็บข้อมูลการจัดส่งวัคซีนระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562- เมษายน 2563 (10 เดือน) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)



รูปที่ 1 เขียนชื่อรพ.สต.ไว้บนหน้าซองซิปปาที่บรรจุวัคซีน



รูปที่ 2 วางซองน้ำแข็งบริเวณด้านข้างรอบกล่อง 4 ด้าน



รูปที่ 3 ตรวจสอบอุณหภูมิในกล่องให้อยู่ในช่วงก่อนบรรจุวัคซีนที่เตรียมไว้ แล้วปิดฝากล่อง

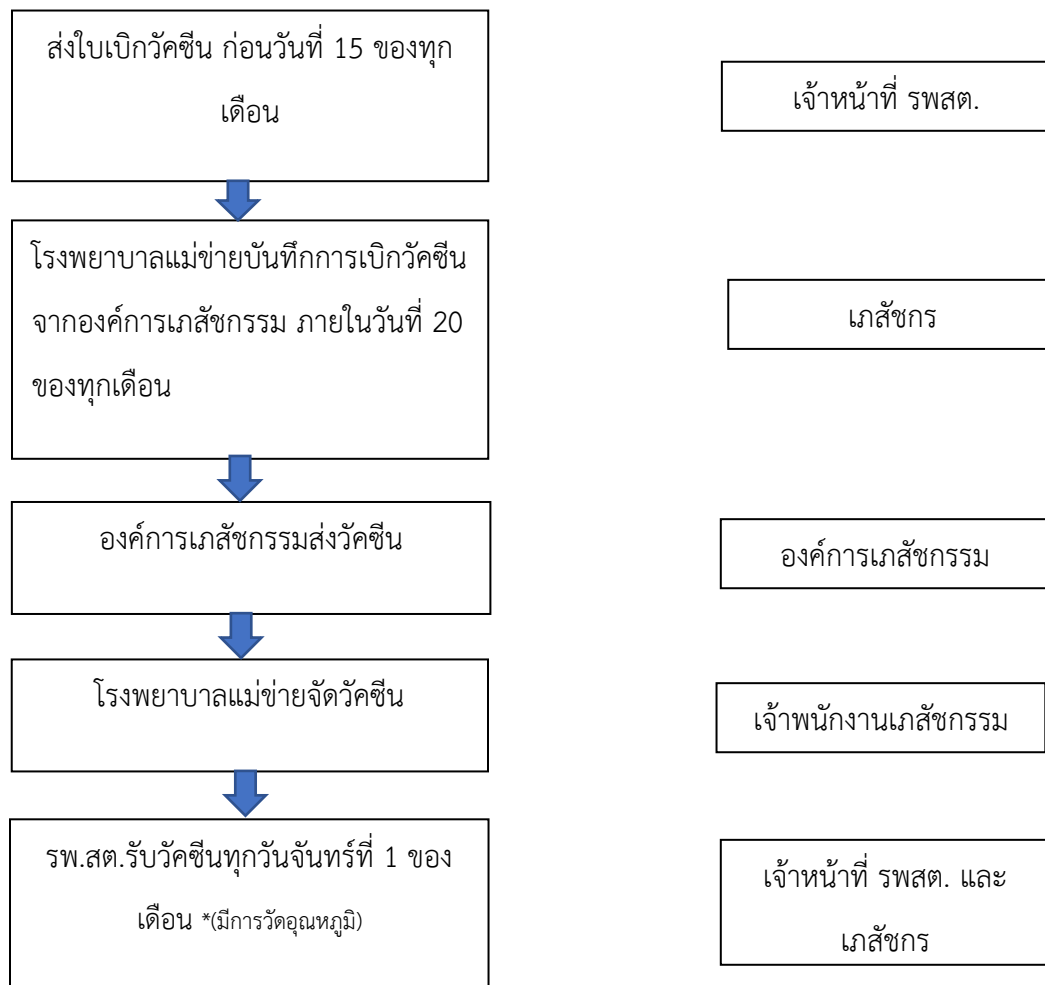


รูปที่ 4 แบบบันทึกอุณหภูมิไข้หวัดใหญ่

ขั้นตอนการดำเนินงานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหนองสองห้อง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ



ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 14 แห่งในเขตอำเภอหนองสองห้องจังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็น 4 ตอนตามหัวข้อในแบบประเมิน และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตาราง (ตารางที่ 1 – 4) สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบบันทึกอุณหภูมิระหว่างการขนส่งวัคซีนเพื่อศึกษาอุณหภูมิในการขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลหนองสองห้องไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำเสนอในตอนต้นที่ 5 รูปแบบบรรยาย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1. กำหนดผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการวัคซีนเป็นลายลักษณ์อักษร (ดูแบบมอบหมายงาน คำสั่ง หรือหลักฐานอื่นประกอบ)		
มีผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร	14	100
ไม่มีผู้รับผิดชอบ หรือ มีผู้รับผิดชอบแต่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร	0	0
2. ผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการวัคซีนผ่านการอบรมเรื่อง การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น(ดูเอกสารประกอบการอบรม หรือหลักฐานอื่นๆ เช่น หนังสือเชิญประชุม ประกาศนียบัตร เป็นต้น)		
ผู้รับผิดชอบผ่านการอบรม	14	100
ผู้รับผิดชอบไม่ผ่านการอบรม	0	0
3. มีคู่มือ/ตำรา ดังนี้ ☐ คู่มือการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ☐ คู่มือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (หนังสือหรืออิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ที่สามารถเปิดได้ภายใน 30 นาที) มีทั้ง 2 เล่ม มีไม่ครบถ้วน / ไม่มี	13 1	
4. การจัดทำใบเบิกวัคซีน 4.1 ใช้ใบเบิก ว.3/1 ที่กรมควบคุมโรคกำหนดหรือแบบฟอร์มที่คล้ายคลึงกัน ใช้ ไม่ใช้	14 0	

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
4.2 กรอกข้อมูลในใบเบิก ว. 3/1 ครบถ้วนทุกช่อง(ตรวจสอบย้อนหลัง 3 เดือน)		
กรอกครบทุกช่องทั้ง 3 เดือน	14	
กรอกไม่ครบทุกช่อง หรือตรวจสอบได้ไม่ครบ 3 เดือน	0	
4.3 ความสอดคล้องของปริมาณการเบิกและการใช้วัคซีน โดยพิจารณาจากจำนวนเป้าหมายการเบิกวัคซีนใกล้เคียงกับจำนวนผู้รับบริการ(ดูใบเบิกย้อนหลัง 3 เดือน และให้คะแนนใบเบิกเดือนล่าสุด)		
สอดคล้องกัน	14	100
ไม่สอดคล้องกัน	0	0
4.4 คำนวนจำนวนที่ขอเบิก และอัตราสูญเสียได้ถูกต้อง(ดูใบเบิกในเดือนล่าสุด)		
คำนวณถูกต้อง	14	100
คำนวณไม่ถูกต้อง	0	0
5. การจัดทำทะเบียนรับ-จ่ายหรือ Stock card(ดูย้อนหลัง 3 เดือน ตรวจสอบวัคซีนทุกชนิด)		
5.1 แยกเป็นรายวัคซีน		
แยก	14	100
ไม่แยก	0	0
5.2 บันทึก เลขที่วัคซีน ทุกครั้งที่ รับ วัคซีน		
บันทึกทุกครั้ง	14	100
บันทึกบางครั้ง	0	0
5.3 บันทึก วันหมดอายุ ทุกครั้งที่ รับ วัคซีน		
บันทึกทุกครั้ง	14	100
บันทึกบางครั้ง	0	0
5.4 บันทึก เลขที่วัคซีน ทุกครั้งที่ จ่าย วัคซีน		
บันทึกทุกครั้ง	13	92.90

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
บันทึกบางครั้ง	1	
5.5 บันทึก วันหมดอายุ ทุกครั้งที่ จ่าย วัคซีน		
บันทึกทุกครั้ง	14	
บันทึกบางครั้ง	0	
5.6 จ่ายวัคซีนแบบ First Expire First Out (FEFO)		
ใช่	14	100
ไม่ใช่	0	0
5.7 วัคซีนที่มีอยู่ในตู้เย็นมี ยอดคงเหลือเป็นปัจจุบัน(จำนวนวัคซีนในตู้เย็นตรงกับทะเบียนรับ-จ่าย)		
เป็นปัจจุบันทุกชนิด	14	100
ไม่เป็นปัจจุบันบางชนิด/ทุกชนิด	0	0
5.8 ปริมาณวัคซีนในตู้เย็นมี ไม่เกิน 1เดือนหลังวันให้บริการ(คู่มือตราการใช้เฉลี่ยย้อนหลัง 3 เดือนจากทะเบียนรับ-จ่ายหรือ Stock card)		
ปริมาณวัคซีนไม่เกิน 1 เดือน ทุกชนิด	14	100
ปริมาณวัคซีนเกิน 1 เดือน	0	0
5.9 ไม่มีวัคซีนหรือตัวทำลายที่หมดอายุในตู้เย็น		
ใช่	14	100
ไม่ใช่	0	0

จากตารางที่ 1 พบว่า แต่ละรพ.สต.มีการกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการวัคซีนเป็นลายลักษณ์อักษร ทุกแห่ง ผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการวัคซีนได้ผ่านการอบรม เรื่องการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นทุกแห่ง แต่ละรพ.สต.มีคู่มือการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นและคู่มือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครบมีทั้ง 2 เล่มคิดเป็นร้อยละ 92.9 ความสอดคล้องของปริมาณการเบิกและการใช้วัคซีน โดยพิจารณาจากจำนวนเป้าหมายการเบิกวัคซีนใกล้เคียงกับจำนวนผู้รับบริการร้อยละ 100 มีการบันทึก เลขที่วัคซีน ทุกครั้งที่ รับวัคซีน มีการบันทึก วันหมดอายุ ทุกครั้งที่รับวัคซีน มีการบันทึกเลขที่วัคซีน ทุกครั้งที่ จ่าย วัคซีนร้อยละ 92.9 และบันทึก วันหมดอายุ ทุกครั้งที่ จ่ายวัคซีน มีการจ่ายวัคซีนแบบ First Expire First Out (FEFO) ทุกแห่ง และไม่มีวัคซีนหรือตัวทำลายที่หมดอายุในตู้เย็น

ตอนที่ 2 วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบลูกโซ่ความเย็น

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบลูกโซ่ความเย็น

วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบลูกโซ่ความเย็น	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
6. ตู้เย็นมีคุณสมบัติ ดังนี้ ☐ ตู้เย็นที่มีฝาประตูปิดแสดงขนาดความจุเหมาะสมได้มาตรฐาน (ไม่ต่ำกว่า 5 คิว) ☐ อุณหภูมิในตู้เย็นอยู่ในระหว่าง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส		
ใช่	13	92.9
ไม่ใช่	1	7.1
7. กระติกวัคซีนมีคุณสมบัติครบถ้วน ดังนี้ ☐ มีความหนาของฉนวนไม่ต่ำกว่า 30 มม. ☐ ปริมาตรความจุที่เก็บวัคซีน (Vaccine Storage Capacity) ไม่ต่ำกว่า 1.7 ลิตร ☐ ไม่มีรอยแตกทั้งด้านในและด้านนอก สะอาด ฝากระติกปิดล็อกได้สนิท ☐ สามารถบรรจุของน้ำแข็ง ได้พอดีครบ 4 ด้าน		
ได้มาตรฐาน	10	71.4
ไม่ได้มาตรฐาน	4	28.6
8. Ice pack อย่างน้อย 4 อัน มีคุณสมบัติ ดังนี้ ☐ ขนาดพอดีกับกระติก ☐ บรรจุในช่องแช่แข็ง สภาพพร้อมใช้งาน		
ได้มาตรฐาน	14	100
ไม่ได้มาตรฐาน	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่าแต่ละรพ.สต.มีตู้เย็นมีคุณสมบัติเหมาะสมได้มาตรฐาน อุณหภูมิในตู้เย็นอยู่ในระหว่าง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียสคิดเป็นร้อยละ 92.9 กระติกวัคซีนมีคุณสมบัติครบถ้วนได้มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 71.4 มี Ice pack พร้อมใช้อย่างน้อย 4 อัน

ตอนที่ 3 การเก็บรักษาวัคซีน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของการเก็บรักษาวัคซีน

การเก็บรักษาวัคซีน	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
9. การจัดเก็บวัคซีนในตู้เย็นตามมาตรฐาน		
9.1 เก็บวัคซีนแยกเป็นสัดส่วนแต่ละชนิด		
ใช่	14	100
ไม่ใช่	0	0
9.2 มีป้ายแสดงชื่อของวัคซีนแต่ละชนิด		
ใช่	1	7.1
ไม่ใช่	13	92.9
9.3 เก็บวัคซีนมีช่องว่างให้ความเย็นไหลเวียนได้ทั่วถึง		
ใช่	14	100
ไม่ใช่	0	0
9.4 เก็บวัคซีนชนิดผงแห้ง (BCG, MMR, M) ไว้ในกล่องทึบแสง เช่น กล่องวัคซีน/กล่องกระดาษ หรือซองยาสีขาวที่ป้องกันแสง		
ใช่	1	7.1
ไม่ใช่	13	92.9
9.5 การจัดเรียงวัคซีนในแต่ละชั้น		
เก็บ OPV	14	100
ไม่เก็บ OPV	0	0
ช่อง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส (ไม่รวมช่องแช่แข็ง)		
ไม่เก็บวัคซีนในชั้นนี้	0	0
เก็บวัคซีนในชั้นนี้	14	100

จากตารางที่ 3 การจัดเก็บวัคซีนในตู้เย็นตามมาตรฐาน พบว่า แต่ละรพ.สต.เก็บวัคซีนแยกเป็นสัดส่วนแต่ละชนิด แต่ไม่มีป้ายแสดงชื่อของวัคซีนแต่ละชนิดคิดเป็นร้อยละ 92.9 ไม่มีการเก็บวัคซีนชนิดผงแห้ง (BCG, MMR, M) ไว้ในกล่องทึบแสง เช่น กล่องวัคซีน/กล่องกระดาษ หรือซองยาสีขาวที่ป้องกันแสงคิดเป็นร้อยละ 92.9 การจัดเรียงวัคซีนในแต่ละชั้นช่องแช่แข็ง OPV ทุกแห่ง

ตอนที่ 4 การดูแลรักษาตุ่มเฝ้าระวังวัคซีน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของการดูแลรักษาตุ่มเฝ้าระวังวัคซีน

การดูแลรักษาตุ่มเฝ้าระวังวัคซีน	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
10. การดูแลรักษาตุ่มเฝ้าระวังวัคซีน		
10.1 ในช่องแช่แข็งไม่มีน้ำแข็งเกาะหนาเกิน 5 มม.		
มี	13	92.9
ไม่มี	1	7.1
10.2 ใส่ขวดน้ำที่มีฝาปิด (ปริมาณน้ำไม่ต่ำกว่า 3 ใน 4 ของขวด) หรือ Cool Pack ไว้ให้เต็มในช่องแช่แข็ง หรือ ฝาประตูตู้เย็น เพื่อเก็บรักษาอุณหภูมิตู้เย็น		
ถูกต้อง	10	71.4
ไม่ถูกต้อง	4	28.6
10.3 ตั้งตู้เย็นให้มีระยะห่างจากฝาผนัง ทั้ง 3 ด้านไม่ต่ำกว่า 6 นิ้ว		
ถูกต้อง	8	51.1
ไม่ถูกต้อง	6	42.9
10.4 ปลั๊กตู้เย็นมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ☐ มี Breaker เฉพาะของตู้เย็นหรือ ☐ ตู้เย็นใช้เต้าเสียบชนิดเดี่ยว (ไม่ใช่ปลั๊กต่อพ่วง) พันเทปกาวยึดปิดทับให้แน่นหรือ ☐ ตู้เย็นใช้หลายเต้าเสียบ (ไม่ใช่ปลั๊กต่อพ่วง) ให้ใช้เทปกาวยึดปิดช่องที่เหลือ		
ใช่	14	100
ไม่ใช่	0	0
10.5 เทอร์มิเตอร์ อย่างน้อย 1 อัน อยู่ในช่อง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส		
ใช่	14	100
ไม่ใช่	0	0
10.6 เทอร์มิเตอร์ได้รับการสอบเทียบ/เทียบเคียง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		
ใช่	0	0
ไม่ใช่	14	100
10.7 การบันทึกอุณหภูมิ เข้า-เย็น ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ (ดูย้อนหลังอย่างน้อย 3 เดือน)		
ใช่	2	14.3
ไม่ใช่	12	85.7

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของการดูแลรักษาตู้เย็นเก็บวัคซีน (ต่อ)

การดูแลรักษาตู้เย็นเก็บวัคซีน	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
11. การจัดทำแผนเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น		
มี	14	100
ไม่มี	0	0
12. การจัดทำผังควบคุมกำกับการปฏิบัติงานกรณีฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น ติดไว้ในที่มองเห็นชัด		
มี	14	100
ไม่มี	0	0

จากตารางที่ 4 การดูแลรักษาตู้เย็นเก็บวัคซีน พบว่ามีการใส่ขวดน้ำที่มีฝาปิด หรือCool Pack ไว้ให้เต็มในช่องแช่แข็งหรือฝาประตูตู้เย็น เพื่อเก็บรักษาอุณหภูมิตู้เย็นคิดเป็นร้อยละ 71.4 ลักษณะการตั้งตู้เย็นให้มีระยะห่างจากฝาผนัง ทั้ง 3 ด้านไม่ต่ำกว่า 6 นิ้วคิดเป็นร้อยละ 51.1 มีเทอร์โมมิเตอร์ อย่างน้อย 1 อัน อยู่ในช่อง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียสทุกแห่ง แต่เทอร์โมมิเตอร์ไม่ได้รับการสอบเทียบ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งทุกแห่งไม่มีการการบันทึกอุณหภูมิเข้า-เย็น ทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 85.7 แต่มีการจัดทำผังควบคุมกำกับการปฏิบัติงานกรณีฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น ติดไว้ในที่มองเห็นชัดทุกแห่ง

ตอนที่ 5 อุณหภูมิการขนส่งวัคซีน

ระยะทางในการขนส่งวัคซีนจากคลังโรงพยาบาลถึงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 13.08 กิโลเมตร (SD=5.77) ระยะเวลาในการขนส่งเฉลี่ย 19.08 นาที (SD=6.59) อุณหภูมิเฉลี่ยของคลังโรงพยาบาลมีสถานะอุณหภูมิที่เหมาะสม (+2 ถึง +8°C) การติดตามการขนส่งพบว่าไม่มีเส้นทางใดที่สัมผัสอุณหภูมิต่ำกว่า 0°C

อภิปรายผล

จากการศึกษาอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บวัคซีนและการขนส่งวัคซีนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า ในเครือข่ายมีตู้เย็นที่ได้มาตรฐานสอดคล้องกับมาตรฐานการดำเนินงานด้านคลังและการเก็บรักษาวัคซีน คือ ตู้เย็นมีฝาประตูทึบแสง และสามารถรักษาอุณหภูมิอยู่ระหว่าง +2 ถึง +8 °C ได้ แต่มีเทอร์โมมิเตอร์ที่ไม่ได้รับการตรวจสอบเทียบทุกปี ในบางรพ.สต.ทำให้ความมั่นใจว่าอุณหภูมิอยู่ในช่วง +2 ถึง +8 °Cจริงหรือไม่ซึ่งต้องมีการปรับปรุงพัฒนาสำหรับการบันทึกอุณหภูมิเข้า เย็น ควรมีการบันทึกเป็นปัจจุบันทุกวัน

ข้อเสนอแนะ

1. การเก็บวัคซีนที่ไม่ถูกต้อง ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของวัคซีน ดังนั้นควรมีป้ายแสดงชื่อของวัคซีนแต่ละชนิดให้ชัดเจน
2. รูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นเป็นรูปแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ จึงต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติมขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้รูปแบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อผู้มารับบริการอย่างสูงสุด และปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมมล รุกขพันธ์, พิษญา นวลไธศรี และวีรศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์. (2554). การติดตามอุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นในคลังความเย็นระดับอำเภอและตำบล. (ฉบับอิเล็กทรอนิกส์). สาขาสังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชูชาติ คล้ายหิรัญ, บุญจันทร์จันทร์มหา และหทัย ทบวงษ์ศรี. (2549) การประเมินผลบริการจัดการ และระบบลูกโซ่ความเย็นของหน่วยบริการคู้สัญญา ของบริการระดับปฐมภูมิกระทรวงสาธารณสุขในเขตที่ 6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 13(2).
- สมคิด เพชรชาติ. (2546). การประเมินการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและระบบลูกโซ่ความเย็น เขต 12. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547). คู่มือการบริหารวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น พ.ศ. 2547. 34-7.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2550; หน้า 33-6.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). มาตรฐานการดำเนินงานด้านคลังและการจัดเก็บวัคซีน; 2556. หน้า 8-30.
- ศิริรัตน์ เตชะธวัช, พอพิศ วรินทร์เสถียร, เอมอรราชูร์จำเริญสุข และคณะ. (2549). การสำรวจคุณภาพวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐในเขตพื้นที่สาธารณสุขเขต 12. วารสารควบคุมโรค, 32 (1). 20-30
- ศิริลักษณ์ทวีรัตน์, บุญญลิล คะหาวงษ์ และคณะ. (2561). การพัฒนาวิธีจัดส่งวัคซีนของโรงพยาบาลในจังหวัดนครนายก. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 25(2).
- ลิขิตกิจขุนทด, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอสำโรงทาบจังหวัดสุรินทร์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 22(2).

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- พิชญา นวลได้ศรี. (2554) การศึกษาอุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเขตนครชัยบุรินทร์.
ผลงานเอกสารวิชาการ
- วิเชียร ชนะชัย. (2556). ประสิทธิภาพของการนำแนวทางระบบลูกโซ่ความเย็นของโรงพยาบาลเทพสถิตไปปฏิบัติใน
โรงพยาบาลที่สมัครใจ. [สารนิพนธ์การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ภ.ม.]. สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน
มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน

อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

เชาวลิต เลื่อนลอย

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

(วันที่รับบทความ : 24 มกราคม 2565 ; วันที่แก้ไข : 2 กุมภาพันธ์ 2565 ; วันที่ตอบรับ : 5 กุมภาพันธ์ 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ตัวอย่าง จำนวน 409 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามด้านความรู้ ทักษะคิด แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คุณภาพเครื่องมือด้านความรู้ ใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านทักษะคิด แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.78, 0.80, 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\beta = 0.223, p < 0.01$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ($\beta = 0.174, p = 0.05$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค ($\beta = 0.167, p < 0.05$) และการศึกษาประถมศึกษา ($\beta = 0.129, p = 0.01$) ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ในการป้องกันตนเองเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Factors Influencing Preventive Behavior of Coronavirus Disease 2019 among People in Si Nakhon District, Sukhothai Province

Chawalit Luanloy

Srinakhon District Health Officer, Sukhothai Province

Abstract

The objective of this analytical cross-sectional research was to examine factors Influencing preventive behavior of Coronavirus Disease 2019 among people in Si Nakhon District, Sukhothai Province. Of 406 samples were selected by multi-stage sampling including stratified random sampling and simple random techniques (SRS). The research instrument was a questionnaire on knowledge, attitude, social support, awareness of risk Coronavirus 2019 and prevention behavior of Coronavirus 2019. The research tools were test, knowledge tool was using KR-20 and getting confidence value of 0.72. The attitude questionnaire, social support, awareness of risk coronavirus 2019 and prevention behavior coronavirus 2019 was using Cronbach's Alpha that confidence values were 0.78, 0.80, 0.86 and 0.80, respectively. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum, and multiple linear regression.

The results found the factors that predicting the prevention behavior of coronavirus 2019 were awareness risk of disease ($\beta = 0.223$, $p < 0.01$), perceived severity of disease ($\beta = 0.174$, $p = 0.05$), perceived benefits of disease prevention practice ($\beta = 0.167$, $p < 0.05$) and primary education level ($\beta = 0.129$, $p = 0.01$). The results of this study can be used to promote awareness of risk, the severity of the disease, and the benefits of self-defense to support the people's preventive behaviors from coronavirus 2019.

Keywords: Preventive behavior, Coronavirus 2019,

* Corresponding author : Chaw_paknam@hotmail.com, 080 116 9159

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุด ไวรัสและโรคอุบัติใหม่นี้ไม่เป็นที่รู้จักมาก่อนที่จะมีการระบาดในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในเดือนธันวาคมปี 2019 (World Health Organization, 2020) จากนั้นองค์การอนามัยโลกได้ประกาศ ให้เป็น ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2562 และยกระดับให้เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลกในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 สำหรับสถานการณ์การระบาดในประเทศไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุขยืนยันพบ ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกในวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 และปัจจุบันในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 มีรายงานผู้ติดเชื้อทั่วโลก มากกว่า 379 ล้านคน เสียชีวิต 5,694,132 คน ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ 2,432,573 ราย และมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 22,185 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565)

โรคติดต่ออุบัติใหม่ส่วนใหญ่มีความซับซ้อนและยากต่อการจัดการ หากขาดระบบเครื่องมือป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพแล้วโรคเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน และอาจส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ซึ่งในแต่ละประเทศย่อมมีมาตรการการรับมือที่แตกต่างกันตามความรุนแรงของการแพร่ระบาด โดยในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และเนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มี การค้นพบยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นเป้าหมายหลักในการควบคุมโรค คือการป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น รวมไปถึงการป้องกันตนเองจากเชื้อโรคของประชาชน (อภิวดี อินทเจริญ และคณะ, 2564) ทั้งนี้โรคติดต่อเป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม หากประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี จะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคได้ดีมากยิ่งขึ้น และป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปสู่บุคคลอื่น ซึ่งก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิต รวมไปถึงการมีมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาด เช่น การสั่งปิดกิจการ ร้านอาหาร การห้ามเดินทางข้ามจังหวัด ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจรายได้ และอาชีพ ตามมา (ณัฐวรธรณ คำแสน, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมามีพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับ อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (อภิวดี อินทเจริญ และคณะ, 2564) เนื่องจากประชาชนทุกกลุ่มมีความเสี่ยงในการสัมผัสกับบุคคลอื่น การรับรู้จะนำไปสู่ความรู้ ความคิด ความเข้าใจ จนก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้น การรับรู้จึงมีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น (Becker, 1974) และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคที่ถูกต้อง เหมาะสม จะเป็นการคัดกรอง เฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยนำกรอบแนวคิด ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ของ Becker (1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ หาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน โดยเลือกศึกษาในพื้นที่อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย เนื่องจากรายงานของกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 พบว่า จังหวัดสุโขทัยมีผู้ติดเชื้อ รวมทั้งสิ้น 7,219 ราย เสียชีวิตสะสม 69 ราย พบผู้ติดเชื้อในพื้นที่อำเภอศรีนคร จำนวน 313 ราย และผู้เสียชีวิต ในพื้นที่อำเภอศรีนคร จำนวน 2 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2565) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ โดยอำเภอศรีนครเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเป็นสังคมชนบท เหมาะแก่การดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นต้นแบบในการเรียนรู้ของพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบ วางแผน และกำหนดวิธีการที่เหมาะสมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไปได้ในอนาคต

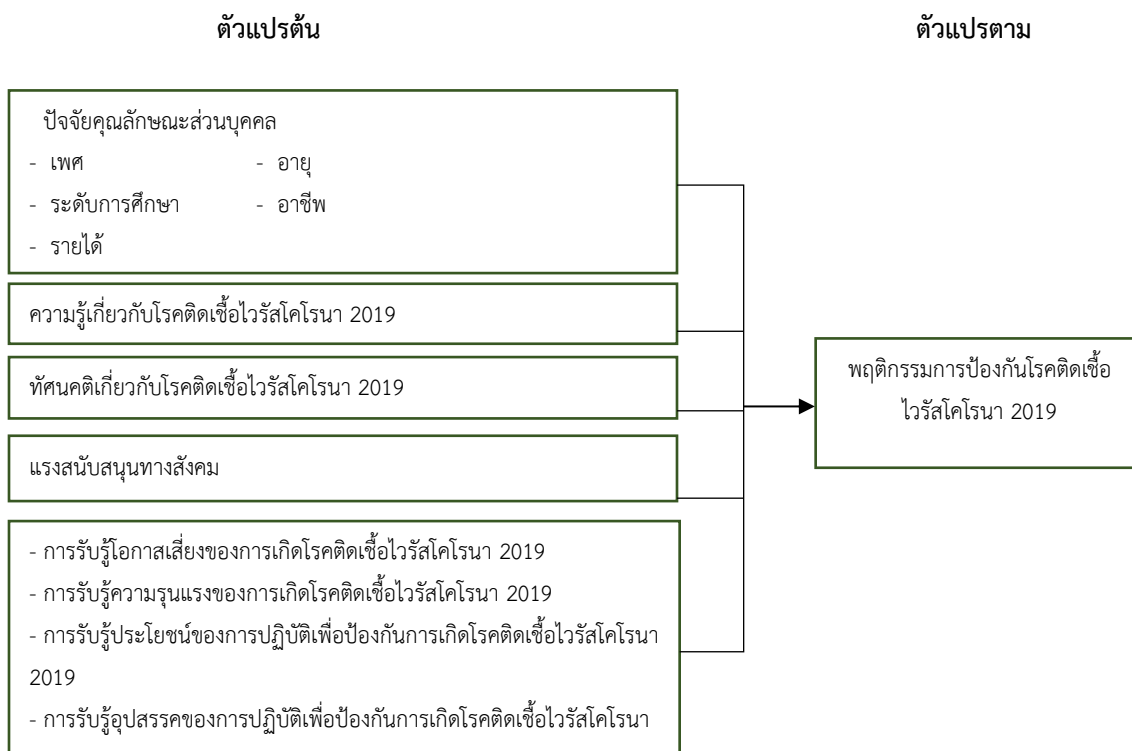
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 8,356 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ที่อาศัยอยู่ในตำบลศรีนคร ตำบลนครเจริญ ตำบลน้ำชุม ตำบลคลองมะพลับ และตำบลหนองบัว

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างประกอบด้วย การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนประชาชนของแต่ละตำบล ใช้สูตรกำหนดสัดส่วน $n_i = nN_i/N$ และการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของประชาชนในแต่ละตำบลมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัยครบทุกรายตำบล รวมทั้งสิ้น 409 ราย ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาดังนี้ 1) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย มาแล้วเป็นเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) มีอายุ 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น 2) พุดคุยไม่รู้เรื่อง เกิดการสับสน และ 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอนจากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 2.89 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32 (อภิวดี อินทเจริญ และคณะ, 2564) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 368 คน แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล และลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนดหรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 10 ดังนั้น ในการศึกษาคั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 409 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงจากแนวคิดของสุภาภรณ์ วงธิ (2564) โดยศึกษาเพิ่มเติมจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ โดยศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ สาเหตุ แหล่งรังโรค การติดต่อ อาการและอาการแสดงในคน การรักษา และการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ แบ่งเป็น ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์และการวิเคราะห์คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลความหมายการให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้ ความรู้ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 9 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 14 ข้อ การแปลความหมายระดับทัศนคติที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้ ทัศนคติระดับสูง (56คะแนนขึ้นไป) ทัศนคติระดับปานกลาง (42-55 คะแนน) ทัศนคติระดับต่ำ (ต่ำกว่า 42 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า ค่า โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 13 ข้อการแปลความหมายระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975)

ดังนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (52 คะแนนขึ้นไป) แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (39-51คะแนน) แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (ต่ำกว่า 39 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งเป็น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลความหมายระดับการรับรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (12-16 คะแนน) ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 9 คะแนน)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 9 คะแนน)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ (16 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (12-16 คะแนน) ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ ประจํา บ่อย นานๆครั้ง บางครั้ง ไม่เคย จำนวน 10 ข้อ การแปลความหมายระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้ พฤติกรรมป้องกันการป้องกันระดับสูง (40คะแนนขึ้นไป) พฤติกรรมป้องกันการป้องกันระดับปานกลาง (30-39คะแนน) พฤติกรรมป้องกันการป้องกันระดับต่ำ (ต่ำกว่า 30 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มประชาชนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.แห่งหนึ่งในอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ดำเนินการ ดังนี้ แบบสอบถามความรู้ใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 3-6 ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละด้าน ได้แก่ ทักษะคิด แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่น 0.78, 0.80, 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสุโขทัย เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน และผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัยเพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง
5. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีนคร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่
6. ผู้วิจัยประสานผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชุมชี้แจงและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง
7. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลา 30 นาที โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา
8. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โดยใช้สถิติจำนวน และร้อยละ กรณีเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด กรณีเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีอิทธิพลเข้าสู่สมการ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional research) ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. 43/2021 เอกสารรับรองเลขที่ IRB No.46/2021 รับรองเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2564 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยอิสระ การยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตชุมชน

การรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างในวันที่เริ่มเก็บข้อมูล เมื่อมีผู้สนใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.6 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 46.03 ± 10.55 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.8 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 56.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=409)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	55	13.4
หญิง	354	86.6
อายุ (ปี)		
20-29	52	12.7
30-39	65	15.9
40-49	113	27.6
50-59	179	43.8
(Mean=46.03 , S.D.= 10.55, Median= 48.0, Min=21.0, Max=59.0)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	139	34.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	60	14.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	186	45.5
อนุปริญญา/ปวส.	15	3.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	9	2.1
สถานภาพสมรส		
โสด	123	30.1
สมรส	240	58.7
หม้าย/หย่า/แยก	46	11.2
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	257	62.9
รับจ้าง	80	19.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	36	8.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
งานบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	3.2
พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	21	5.1
นักการเมืองท้องถิ่น , พนักงานเอกชน	2	0.4
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	232	56.7
5,000-10,000	158	38.6
มากกว่า 10,000	19	4.7

(Mean=5,191.44 ,S.D.=5,245.96, Median= 4,000, Min=500, Max=50,000)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 57.7 ความรู้เฉลี่ย 9.11 ± 1.54 คะแนน มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.3 คะแนน ทัศนคติเฉลี่ย 49.17 ± 8.19 คะแนน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับสูง ร้อยละ 69.7 คะแนน แรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 53.80 ± 8.44 คะแนน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ระดับสูง ร้อยละ 68.7 เฉลี่ย 17.86 ± 2.53 คะแนน มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.5 เฉลี่ย 13.32 ± 1.92 คะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.1 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.3) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=409)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป)	24	5.9
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	236	57.7
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 9 คะแนน)	149	36.4
(Mean= 9.11, S.D.= 1.54, Median= 9.0, Min=5.0, Max=14.0)		
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับสูง (56 คะแนนขึ้นไป)	90	22.0
ระดับปานกลาง (42-55 คะแนน)	259	63.3
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 42 คะแนน)	60	14.7
(Mean= 49.17, S.D.= 8.19, Median= 49.0, Min=22.0, Max=70.0)		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ ทักษะคิ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=409) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคม		
ระดับสูง (52 คะแนนขึ้นไป)	285	69.7
ระดับปานกลาง (39-51 คะแนน)	109	26.7
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า39คะแนน)	15	3.6
(Mean= 53.80, S.D.= 8.44, Median= 54.0, Min=21.0, Max=65.0)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	281	68.7
ระดับปานกลาง (12-16 คะแนน)	121	29.6
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า12คะแนน)	7	1.7
(Mean= 17.86 ,S.D.= 2.53, Median= 19.0, Min=4.0, Max=20.0)		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป)	276	67.5
ระดับปานกลาง (9-11คะแนน)	127	31.1
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า9คะแนน)	6	1.5
(Mean= 13.32 ,S.D.= 1.92, Median= 14.0, Min=3.0, Max=15.0)		
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป)	262	64.1
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	142	34.7
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า11คะแนน)	5	1.2
(Mean= 13.30 ,S.D.= 1.96, Median= 14.0, Min=3.0, Max=15.0)		
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	70	17.2
ระดับปานกลาง (12-16 คะแนน)	174	42.5
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า12คะแนน)	165	40.3
(Mean= 12.30 ,S.D.= 4.56, Median= 12.0, Min=4.0, Max=20.0)		

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง ร้อยละ 98.8 รองลงมา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.7 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ย 45.94 ± 4.34 คะแนน ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=409)

พฤติกรรมการป้องกันโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (40 คะแนนขึ้นไป)	404	98.8
ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	3	0.7
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 30 คะแนน)	2	0.5
(Mean= 45.94 , S.D.= 4.34, Median= 48.0, Min=27.0, Max=50.0)		

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p=0.010) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p=0.028) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p=0.019) และการศึกษาประถมศึกษา (p=0.003) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 27.1 และสามารถสร้างสมการในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 = 1.644 + 0.015 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) + 0.015 (การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) + 0.014 (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) + 0.044 (การศึกษาประถมศึกษา)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) (n = 409)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	t	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.015	0.223	2.592	0.010
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	0.015	0.174	2.211	0.028
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค	0.014	0.167	2.352	0.019
การศึกษาประถมศึกษา	0.044	0.129	3.009	0.003

Constant (a) = 1.644, R Square=0.278, Adjusted R Square=0.271, F=38.663, P<0.001

อภิปรายผล

ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน และหากประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ได้ ผู้วิจัยจึงอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิชาติ อินทเจริญและคณะ (2564) ที่พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง

อาจเนื่องมาจาก ประชาชนได้รับความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น โลกออนไลน์ เสี่ยงตามสายโทรศัพท์ เป็นต้น ประกอบกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องแต่อาจเกิดความสับสนอยู่บ้าง

มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐวรรณ คำแสน (2564) ที่พบว่า ประชาชนมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ประชาชนต้องเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างจากบริบทเดิมที่เคยปฏิบัติ และอาจเกิดความไม่คุ้นชิน

มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาภรณ์ วงษ์ (2564) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจาก จังหวัดสุโขทัยมีบริบทการทำงานถึงระดับชุมชน การดำเนินการขับเคลื่อนการทำงานอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ และผู้นำชุมชน มีส่วนช่วยสนับสนุนทางด้านสังคม

มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของอภิวดี อินเจริญและคณะ (2564) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อและอัตราการตายที่สูงมากขึ้นในจังหวัดสุโขทัย ประชาชนได้รับข้อมูลชัดเจนถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยมีการระบุพื้นที่ที่ผู้ติดเชื้อแต่ละรายเดินทางไป เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ระดับต่ำ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิวดี อินทเจริญและคณะ (2564) ที่พบว่าประชาชนมีการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติ ทำให้เป็นเรื่องที่ทำได้ยากขึ้น จึงมองเป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมในการป้องกันโรคจะเพิ่มขึ้น 0.015 หน่วย ทั้งนี้เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีสื่อให้ความสนใจและหน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการให้ข้อมูลในหลากหลายช่องทาง จึงช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมายิ่งขึ้น อภิวดี อินทเจริญและคณะ (2564) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน และสอดคล้องกับ

การศึกษาที่พบว่า บุคคลจะมีการกระทำใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น (ประเทือง ฉำน้อย, 2559)

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการป้องกันโรค จะเพิ่มขึ้น 0.015 หน่วย โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรค อาจเป็นผลเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลที่มีการกล่าวถึงความรุนแรง เช่น การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ และเป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้ประชาชนตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมามากขึ้น สอดคล้อง ของงานวิจัยของกิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม และนพพร คำสวัสดิ์ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนได้ และ สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคนั้นๆได้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อมีการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการป้องกันโรคจะเพิ่มขึ้น 0.014 หน่วย โดยประโยชน์ของการปฏิบัติที่บุคคลสามารถรับรู้ได้เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น หากไม่ติดเชื้อ จะไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่สูญเสียเวลาในการรักษา และกักตัว และไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการหรือเสียชีวิตจากการติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ดีและมีความเหมาะสมในการป้องกันโรคได้จริง บุคคลจะเกิดแรงจูงใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับงานวิจัยของวิญญู ทัศนัญ และคณะ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้

การศึกษาประถมศึกษามีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาจบระดับประถมศึกษา ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ต้องมีการเรียนรู้ใหม่ และรับรู้ข้อมูลข่าวสารใหม่จึงมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับงานวิจัยของอภิวดี อินทเจริญและคณะ (2564) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน

สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชนได้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.2 ควรส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชนได้มีตระหนักงานมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.3 ควรส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชนได้ปฏิบัติตามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.4 ควรให้ความสำคัญกับการศึกษา พัฒนาความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มประชาชนทุกระดับ

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้วิธีระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม ตามบริบทของพื้นที่ เช่น ตำบล หรือเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 ควรนำปัจจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ มาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยคำนึงถึงระดับการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. สืบค้น 1 กุมภาพันธ์ 2565, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, และนพพร คำสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92-103.
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 33-48.
- ประเทือง ฉำน้อย. (2559). การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาอำเภอรามกระต่ายจังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารควบคุมโรค*, 42(2), 138-150.
- วิญญ์ทัต บุญทัน, พชรภรณ์ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุตินา สร้อยนาค. (2563) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2), 323-337.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุโขทัย. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
- สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อภิชาติ อินทเจริญ, คันธมาตร์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล และ สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองทองหล่อ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 19-30.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company.
- Daniel, W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Retrieved October 2, 2020, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดกรุงเทพมหานคร

สมรักษ์ ศิริเชตรกรณ

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค

(วันที่รับบทความ : 27 พฤศจิกายน 2564 ; วันที่แก้ไข : 17 กุมภาพันธ์ 2565 ; วันที่ตอบรับ : 30 มีนาคม 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดกรุงเทพมหานคร ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2563–31 มีนาคม 2564 โดยทบทวนแบบรายงานผู้ป่วยที่เข้าข่ายตามนิยามการรายงาน และสอบสวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ 10 โรงพยาบาล (โรงพยาบาลรัฐ 5 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง) ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังโรค และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อประเมินความไว ค่าพยากรณ์บวก ความเป็นตัวแทน และความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า จากแบบรายงานที่มาทบทวนจำนวน 1,115 ราย พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตรงตามนิยามและรายงานเข้ามา จำนวน 884 ราย ประเมินความไว ร้อยละ 79.28 ข้อมูลที่รายงานทันเวลาภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 37.61 ค่าพยากรณ์บวกอยู่ในระดับสูงร้อยละ 92.95 สำหรับความถูกต้องของข้อมูล จำแนกตัวแปรเพศ อายุ วันเริ่มป่วย คิดเป็นร้อยละ 100 99.16 และ 90.21 ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลเอกชนมีความไวของการรายงานต่ำ พยาบาลเฉพาะทางด้านการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีจำนวนจำกัด ไม่มีผู้ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง ภาระงานมาก โดยเฉพาะช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค ข้อเสนอแนะ หน่วยบริการควรร่วมกันเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยสนับสนุนเทคโนโลยีที่ทันสมัย ใช้งานง่าย ทันเวลาต่อการวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินงานจัดการควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค

คำสำคัญ: ประเมิน, ระบบเฝ้าระวัง, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Evaluation of the Coronavirus Disease 2019 Surveillance System in Bangkok

Somrak Sirikhetkon

Institute for urban disease control and prevention, Department of disease control

Abstract

The aim of study was to assess the Coronavirus Disease 2019 surveillance system in Bangkok Province during December 1, 2020– March 31, 2021. Retrospective reviewed the coronavirus disease 2019 patient report form of 10 hospitals (5 government hospitals and 5 private hospitals). Review of disease surveillance guidelines and interviewed 20 workers. Qualitative and quantitative data analysis assessed for sensitivity, positive predictive value, data accuracy by using descriptive statistics.

The results found 884 patients of 1,115 review forms that met the criteria of surveillance reported system. The sensitivity was 79.28%. The data reporting within 24 hours was 37.61%. The positive predictive value was 92.95%. The accuracy of the information of the gender, age, onset date was 100%, 99.16% and 90.21%. respectively. The private hospitals had low reporting sensitivity. There were a limited number of nurses specialized in infection prevention and control in hospitals. There were no personnel to operate around 24 hours and the workload was high during the epidemic situation of COVID-19. Recommendations for public health service networks should coordinate monitoring and surveillance system the coronavirus disease 2019. The modern technology should be supported for easily to use, timely analysis, planning, operation, disease control management to prevent the spread of the disease.

Keywords : Evaluation, Surveillance system, the coronavirus disease 2019

* Corresponding author : สมรักษ์ ศิริเขตกรณ์ เบอร์โทร : 099-097-1744 ,

E-mail : sowonsomrak143@gmail.com

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกจากข้อมูลการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ทำให้ WHO ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และเป็นการแพร่ระบาดใหญ่ระดับโลก ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว (WHO, 2020) ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจสังคมอย่างมาก สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและขยายการแพร่ระบาดไปเกือบทุกจังหวัด ตั้งแต่ช่วงเดือนมีนาคม 2563 ทำให้รัฐบาลได้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข เพื่อรับมือ COVID-19 และลดการแพร่ระบาดของโรค โดยรัฐบาลประกาศใช้พระราชกำหนดฉุกเฉินทั่วประเทศ มีการห้ามการเดินทาง มีการบังคับใช้เคอร์ฟิว รวมถึงการปิดห้างสรรพสินค้า สถานที่สาธารณะ สถานประกอบการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาตรการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรง - ทางอ้อมต่อประชาชนในทุกมิติ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ ความมั่นคงในชีวิต และประเด็นปัญหาอื่นๆ (Department of disease control, 2020)

จากข้อมูลสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 9 สิงหาคม 2563 สถานการณ์ทั่วโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 1,567,751 ราย คิดเป็น 25,980 รายต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 223,965 รายต่อวัน มีผู้เสียชีวิต 729,809 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 3.68 โดยประเทศที่มีการพบผู้ป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา บราซิล อินเดีย รัสเซีย และแอฟริกาใต้ อัตราการพบผู้ป่วยยืนยันของประเทศเหล่านี้เฉลี่ยอยู่ที่ 2,900-22,000 รายต่อวัน สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยยืนยันสะสม 3,382 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.09 ต่อแสนประชากร (Department of disease control, 2020)

สถานการณ์โรคติดเชื้อ COVID-19 ประเทศไทยระลอกแรก ตั้งแต่มีนาคม-ธันวาคม 2563 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ติดเชื้อที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ซึ่งประเทศที่เดินทางมาล้วนแต่เป็นประเทศมียังคงพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉลี่ยมากกว่า 3,000 รายต่อวัน ทั้งนี้พบจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี และเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา โดยผู้ติดเชื้อในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,987 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน อาชีพรับจ้าง พนักงานบริษัท/โรงงาน ที่มีปัจจัยเสี่ยงสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยัน เดินทางมาจากต่างประเทศ และมีประวัติไปสนามมวย และสถานบันเทิง ผู้ป่วยส่วนใหญ่กระจายอยู่ในทุกเขตของกรุงเทพมหานคร พบมากที่สุด 3 เขตในเขตวัฒนา เขตราชเทวี และเขตปทุมวัน ผู้เสียชีวิตจากโรค COVID-19 พื้นที่กรุงเทพมหานคร พบ 29 ราย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ มีประวัติโรคประจำตัว เช่น HT, DM, CKD เป็นต้น และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรคปอดอักเสบ และโรคไข้หวัดใหญ่พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ และไข้หวัดใหญ่ลดลงตั้งแต่เดือนมีนาคม ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนการตรวจตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ ที่เกิดจากการปรับนิยามของผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง

อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ พื้นที่เสี่ยง อาชีพเสี่ยง เช่น เจ้าหน้าที่ด่านตรวจคนเข้าเมือง พนักงานสถานบันเทิง คนงานในโรงงาน แค้มป์ก่อสร้าง เป็นต้น (Department of disease control, 2020)

โรคหรือปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเท่านั้น ที่อยู่ในข่ายของการเฝ้าระวัง ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือเป็นโรคติดต่ออันตราย-อุบัติใหม่ จึงมีผลทำให้ระบบการเฝ้าระวังโรคทำได้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ สามารถที่จะดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินระบบเฝ้าระวัง จะทำให้คาดประมาณขนาดปัญหา ค้นหาความผิดปกติหรือการระบาดได้ทันต่อเหตุการณ์ เข้าใจธรรมชาติของการเกิดโรค ซึ่งจะช่วยสนับสนุนหรือส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุด สามารถบอกว่าการระบาดเกิดขึ้นหรือไม่เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว แต่ด้วยระบบการเฝ้าระวังโรคต่าง ๆ มีความแตกต่างกันมากทั้งในด้านวิธีการ ขอบเขต และวัตถุประสงค์ วิธีการประเมินผลจะต้องยืดหยุ่นและยอมรับได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับการเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินในอนาคต (Suriya Kuharat, 1999)

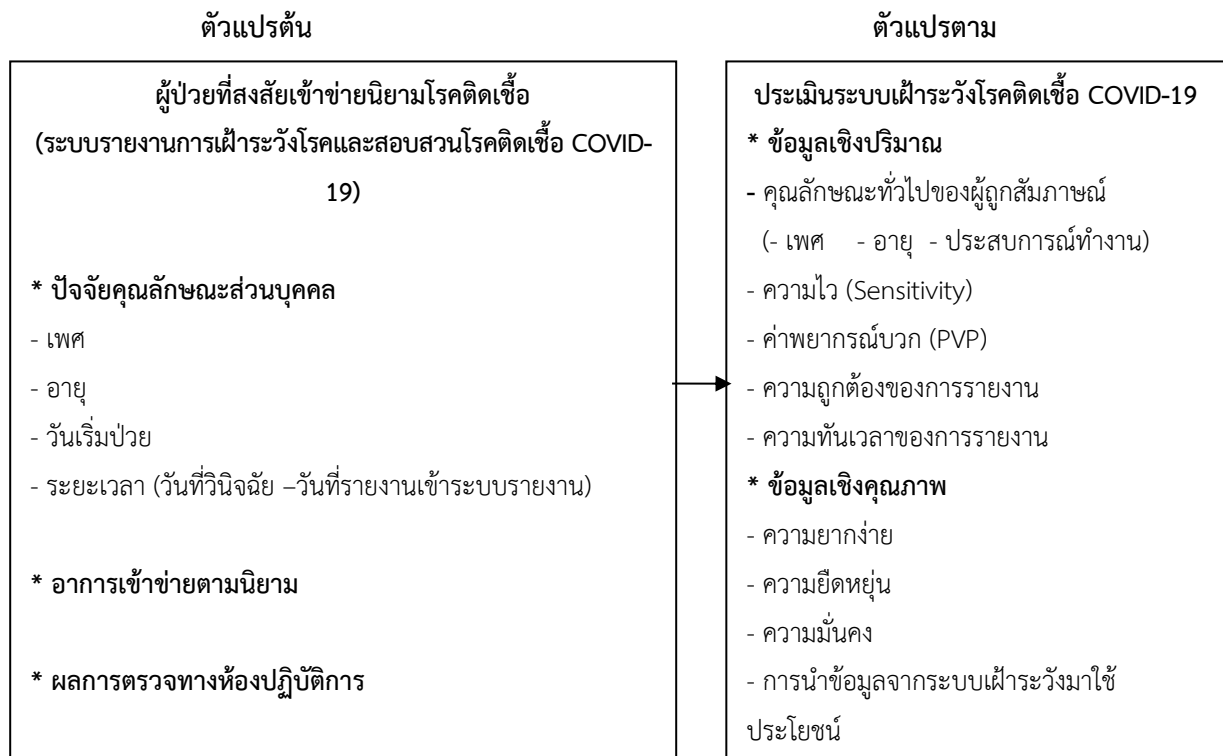
ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการประเมินผลระบบเฝ้าระวัง งานระบาดวิทยา มาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของการดำเนินงานทางระบาดวิทยา ซึ่งการประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่ดีจำเป็นต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ความง่าย (Simplicity) พิจารณาจากจำนวนและประเภทของข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรค จำนวนและประเภทของแหล่งที่รายงานข้อมูลผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการส่งรายงาน-ข้อมูลผู้ป่วยไปยังผู้ใช้ข้อมูล 2) ความยืดหยุ่น (Flexibility) คือ ระบบที่สามารถปรับเปลี่ยนให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงความต้องการข้อมูล ในกรณีที่มีโรคใหม่หรือภาวะทางสุขภาพเกิดขึ้น 3) การยอมรับ (Acceptability) เป็นผลสะท้อนมาจากความพึงพอใจของบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนร่วมในระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 4) ความไว (Sensitivity) ของระบบเฝ้าระวังโรค พิจารณาจากข้อมูลการรายงานผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงความชำนาญในการตรวจรักษา และความไวของการทดสอบการวินิจฉัยโรค 5) ค่าทำนายผลบวก (Predictive value positive) คือ ค่าสัดส่วนของคนที่ถูกบอกว่าเป็นโรคตามสภาพเงื่อนไขของระบบการเฝ้าระวังโรค ซึ่งการรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบจากระบบการเฝ้าระวัง จะมีผลต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆทางด้านสาธารณสุข 6) การเป็นตัวแทน (Representativeness) ถ้าประชากรภายใต้ระบบการเฝ้าระวังเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรเป้าหมาย จะช่วยทำให้การจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุขเป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม 7) ความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ (Correct & Complete) ความน่าเชื่อถือและความครบถ้วนของข้อมูลที่รายงาน สามารถประเมินได้จากการอบรมผู้ที่เกี่ยวข้อง การใช้แบบฟอร์มรายงานที่ง่ายต่อการใช้งาน 8) ความทันเวลา (Timeliness) สะท้อนถึงความเร็ว หรือความล่าช้าของการปฏิบัติงานของระบบเฝ้าระวังโรค จะประเมินลักษณะของการได้มาซึ่งข้อมูลการควบคุมโรค ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมโรคทันที หรือการวางแผนควบคุมระยะยาว

จากข้อมูลดังกล่าวสถานการณ์โรคติดเชื้อ COVID-19 ยังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง เป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ และพื้นที่กรุงเทพมหานครยังคงพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมากเป็นลำดับแรกของประเทศ ซึ่งในช่วงที่ผ่านมา กรมควบคุมโรคได้จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อติดตามสถานการณ์ลักษณะทางระบาดวิทยา ตรวจจับการระบาดสอบสวน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แต่ยังไม่พบการศึกษาในเรื่องการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ซึ่งข้อมูลการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีความซับซ้อน ยุ่งยากแตกต่างจากจังหวัดอื่น ในประเทศไทย เนื่องจากข้อมูลมาจากโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกรมต่างๆ ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตต่างๆ ในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งคลินิกเอกชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกรายงานมาที่สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เพื่อเก็บรวบรวม วิเคราะห์แปลผล ก่อนนำเสนอผู้บริหาร ซึ่งผู้ศึกษาเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาในเรื่องนี้ เพื่อตรวจจับการระบาดของทันต่อเหตุการณ์ สามารถสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรค รวมทั้งช่วยในการป้องกันควบคุมโรค ในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่สุ่มเลือก ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564

2) ผู้ป่วยที่รายงานตามระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคและสอบสวนโรคติดเชื้อ COVID-19 ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564 (จากโรงพยาบาลเป้าหมาย 10 โรงพยาบาล เท่ากับ 1,115 ราย)

3) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ COVID-19 พื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา แพทย์และ/หรือพยาบาลงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (95 คน)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1) ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เข้าข่ายนิยามและมีความครบถ้วนของข้อมูลในโรค COVID-19 และรายงานมาที่สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564

ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

Z คือ ความเชื่อมั่นที่กำหนด

d คือ precision ค่าที่ยอมรับได้

P คือ สัดส่วน, อัตรา เช่น ความชุก ฯลฯ

$$\begin{aligned}\text{แทนค่าในสูตร } n &= \frac{(1.96)^2 (0.025) (0.975)}{(0.01)^2} \\ &= 976\end{aligned}$$

ดังนั้น ต้องทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างน้อย 976 ราย แต่ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังแต่ วันที่ 1 ธันวาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564 โรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีข้อมูลผู้ป่วย 1,115 ราย พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตรงตามนิยามและรายงานมาที่สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จำนวน 884 ราย จึงทำการศึกษาจำนวน 884 ราย

2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ COVID-19 พื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา 1 คน/ โรงพยาบาล แพทย์และ/ หรือพยาบาลงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 คน / โรงพยาบาล รวม 20 คน

เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ COVID-19 ประกอบด้วยลักษณะข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และประสบการณ์ทำงาน และข้อคำถามที่ประยุกต์มาจากแนวทางการรายงานการเฝ้าระวังโรคและสอบสวนโรคติดเชื้อ COVID-19 ของกรมควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อ เพื่อประเมินการยอมรับความยากง่าย ความยืดหยุ่น ความมั่นคง และการนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมาใช้ประโยชน์ รวมทั้งปัญหาข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข

ส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกรายงานตามรายงานการเฝ้าระวังโรคและสอบสวนโรคติดเชื้อ COVID-19 พื้นที่กรุงเทพมหานคร, แบบทบทวนรายงานผู้ป่วยที่เข้าข่ายตามนิยามการรายงานและสอบสวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Novel corona) ของกรมควบคุมโรค โดยมีอาการตามเกณฑ์การคัดกรองการตรวจหาเชื้อไวรัส COVID-19 โดยมีอาการและอาการแสดงร่วมกับประวัติอย่างใดอย่างหนึ่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธี Real-time chain reaction (RT-PCR) เป็นการ Swab เก็บตัวอย่างเชื้อหลังโพรงจมูก เพื่อหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ใช้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI =0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. สถานการณ์ฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมต่อไป จึงยกเว้นการขอรับการพิจารณาทางด้านจริยธรรม และทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ไม่มีการนำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคลหรือไม่มีข้อมูลที่บ่งชี้ตัวตน ข้อมูลสรุปเป็นภาพรวม

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้รับผิดชอบงานและกลุ่มเป้าหมายที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ตามประเด็นข้อคำถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยนัดหมายวัน-เวลาที่สัมภาษณ์ตามลำดับโรงพยาบาลที่สุ่มเลือก

4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล และนำมาสรุปวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

นำข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคและสอบสวนโรคติดเชื้อ COVID-19 ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 (จากโรงพยาบาลเป้าหมาย 10 โรงพยาบาล) มาตรวจสอบข้อมูลจากแบบรายงาน และวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อมูล คุณลักษณะทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ และประสบการณ์ทำงาน โดยใช้สถิติจำนวนและร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลหาความไว (sensitivity) โดยคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่ตรงตามนิยาม และมีการรายงานหารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ตรงตามนิยามในระยะเวลาที่ศึกษา * 100
3. วิเคราะห์หาค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value: PPV) คำนวณจากจำนวนรายงานผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้าได้ตามนิยามหารด้วยจำนวนรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ทั้งหมด * 100
4. ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง (Data Accuracy) โดยตรวจสอบจากแบบรายงานการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อ COVID-19 นับข้อมูลที่บันทึกตรงกันระหว่างข้อมูลรายงานผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโรค COVID-19 กับข้อมูลที่เข้าได้ตามนิยามจากแบบบันทึก Novel corona1 และ Novel corona2 ตัวแปรที่ตรวจสอบ ประกอบด้วย ความถูกต้องของตัวแปรเพศ, อายุ และวันเริ่มป่วย
5. ตรวจสอบความทันเวลา (Timeliness) ในการรายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งมาที่สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยนับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าพบเชื้อ (Positive) ซึ่งการรายงานผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคระบาดตามนิยามการเฝ้าระวังโรค แจ้งภายใน 24 ชั่วโมง

ผลการวิจัย

ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Samuel L, Groseclose and David L. Buckeridge, 2017) สรุปได้ดังนี้

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 เพศชาย ร้อยละ 25 อายุเฉลี่ย 43 ปี (อายุน้อยที่สุด 32 ปี อายุมากที่สุด 55 ปี) ประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับงานระบาดวิทยา และงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล มีค่ามัธยฐาน 15 ปี น้อยที่สุด 9 ปี มากที่สุด 22 ปี

2. ผลการประเมินความไว ค่าพยากรณ์บวก

ข้อมูลการรายงานของระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม พบว่า มีความไวของการรายงาน (Sensitivity) ร้อยละ 79.28 สำหรับค่าพยากรณ์บวกของการรายงานภาพรวม (Positive Predictive Value: PPV) เท่ากับร้อยละ 92.95 เมื่อจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลรัฐ-โรงพยาบาลเอกชน พบว่า โรงพยาบาลเอกชน A B C D E มีความไวร้อยละ 25.00, 45.45, 75.86, 37.50 และ 61.54 ตามลำดับ ค่าความไวภาพรวมของโรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.43 สำหรับค่าพยากรณ์บวก โรงพยาบาลเอกชน A B C D E มีค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 71.43, 93.75, 79.52, 75.00 และ 82.76 ตามลำดับ ค่าพยากรณ์บวก รวมของโรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.29 เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลรัฐ F G H I J มีความไวร้อยละ 65.52, 84.00,

81.51, 77.42 และ 85.60 ตามลำดับ ค่าความไวภาพรวมของโรงพยาบาลรัฐ 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.08 สำหรับค่าพยากรณ์บวก โรงพยาบาลรัฐ F G H I J มีค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 82.61, 97.79, 87.39, 88.89 และ 96.30 ตามลำดับ ค่าพยากรณ์บวกรวมของโรงพยาบาลรัฐ 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.95 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความไว (Sensitivity) และค่าพยากรณ์บวก (PVP) ของการรายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน พื้นที่กรุงเทพมหานคร (1 ธันวาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564)

โรงพยาบาล	Sensitivity	Positive Predictive Value
A	25.00	71.43
B	45.45	93.75
C	75.86	79.52
D	37.50	75.00
E	61.54	82.76
รวมรพ.เอกชน	60.43	81.29
F	65.52	82.61
G	84.00	97.79
H	81.51	87.39
I	77.42	88.89
J	85.60	96.30
รวมรพ.รัฐ	83.08	94.95
รวมทั้งหมด	79.28	92.95

3. ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง (Data Accuracy) ในภาพรวมของโรงพยาบาลที่ประเมิน พบว่า มีความถูกต้องของตัวแปรเพศ ร้อยละ 100 ความถูกต้องของตัวแปรอายุ ร้อยละ 99.16 และความถูกต้องของตัวแปรวันเริ่มป่วย ร้อยละ 90.21 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความถูกต้องของการรายงานตามเพศ อายุ และวันเริ่มป่วยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาล พื้นที่กรุงเทพมหานคร (1 ธันวาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564)

โรงพยาบาล	เพศ (ร้อยละ)	อายุ (ร้อยละ)	วันเริ่มป่วย (ร้อยละ)
A	100	100	71.43
B	100	100	81.25
C	100	98.80	90.36
D	100	100	75.00
E	100	100	68.97

ตารางที่ 2 ความถูกต้องของการรายงานตามเพศ อายุ และวันเริ่มป่วยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาล พื้นที่กรุงเทพมหานคร (1 ธันวาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564) (ต่อ)

โรงพยาบาล	เพศ (ร้อยละ)	อายุ (ร้อยละ)	วันเริ่มป่วย (ร้อยละ)
J	100	99.54	87.04
F	100	100	86.36
G	100	99.26	95.10
H	100	100	86.49
I	100	100	92.59
รวมทั้งหมด	100	99.16	90.21

4. ความทันเวลา (Timeliness) ในการรายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมของโรงพยาบาลที่มีการรายงานภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 37.61 ในช่วงเวลามากกว่า 24 ชั่วโมง ร้อยละ 62.39 พบว่า โดยส่วนใหญ่ทุกโรงพยาบาลมีการรายงานไม่ทันเวลา โดยโรงพยาบาลรัฐมีการรายงานได้ทันเวลามากกว่าโรงพยาบาลเอกชน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความทันเวลาของการรายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามโรงพยาบาลพื้นที่กรุงเทพมหานคร (1 ธันวาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564)

โรงพยาบาล	รายงานภายใน 24 ชั่วโมง (ร้อยละ)	รายงานมากกว่า 24 ชั่วโมง (ร้อยละ)
A	57.14	42.86
B	12.50	87.50
C	33.73	66.27
D	0.00	100
E	37.93	62.07
รวมรพ.เอกชน	32.37	67.63
F	54.55	45.45
G	37.99	62.01
H	46.85	53.15
I	53.70	46.30
J	26.39	73.61
รวมทั้งหมด	37.61	62.39

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานตามแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมควบคุมโรค ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 พบว่า

1. ความง่ายของระบบเผื่อระวัง (Simplicity) จากการสัมภาษณ์ พบว่า ขั้นตอนการปฏิบัติในส่วน
ของโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านหน้าในการรับผู้ป่วยหรือผู้มีอาการเข้าข่ายสงสัย มีขั้นตอนที่ง่าย เพียงคัดกรอง
ตามแนวทางปฏิบัติและเขียนแบบรายงานและสอบสวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Novel corona) ของ
กรมควบคุมโรค แต่มีบางกรณีต้องรอการประเมิน เพื่อยืนยันความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะกลุ่ม
แรงงานต่างด้าว เพื่อยืนยันข้อมูลตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 จึงจะส่งข้อมูลมาตามโปรแกรม DDC
COVID รายงานปกติ และทาง E-mail สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค โดยในแต่ละหน่วยงานมี
เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ 1-2 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล การดูแลระบบ
เผื่อระวังและการรายงาน เมื่อพบกรณีที่มีการระบาดหรือมีโรคที่ต้องรายงานในระบบเผื่อระวัง โดยแจ้งข้อมูลผ่านทาง
โทรศัพท์ Line E-mail และแบบฟอร์มรายงานที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ ทั้งในและนอกเวลาราชการ

2. ความยืดหยุ่นของระบบเผื่อระวัง (Flexibility) ด้านบุคคล พบว่าโรงพยาบาลในภาครัฐมีอัตรากำลัง
ลักษณะปฏิบัติงานเต็มเวลาในการให้บริการ ดูแลผู้ป่วย/ผู้เข้าข่าย สงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการ
หมุนเวียนในการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีกว่าโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีอัตรากำลังน้อย โดยเฉพาะพยาบาลปฏิบัติงานด้านการ
ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลรัฐมีบุคลากรที่สามารถทำงานในระบบเผื่อระวังทดแทนกันได้
ส่วนโรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 80 มอบหมายให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการคัดกรองผู้ป่วยและผู้สงสัยโรคติดเชื้อ COVID-19 รวมทั้งดำเนินการในระบบเผื่อระวัง
สอบสวนโรค ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลมีพยาบาลดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเพียง 1- 2 คนเท่านั้น
หากติดภารกิจไปประชุมหรือติดราชการไปสอบสวนโรค จะทำให้ระบบเผื่อระวังหยุดชะงักหรือล่าช้าไป ส่วนขั้นตอน
ในการรายงานสามารถทำได้สะดวก เนื่องจากมีแนวทางการดำเนินงานที่แจ้งให้ทราบ และค้นหาได้ง่ายทางเว็บไซต์
ของกรมควบคุมโรค แต่ปัญหาการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินงานที่รวดเร็วบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสับสน
และให้ข้อมูลที่ผิดพลาดไม่ทันต่อเหตุการณ์แก่เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการได้ ส่วนด้านเทคโนโลยีของระบบรายงาน
ยังใช้แบบฟอร์มรายงานกระดาษ และแนบไฟล์ทาง E-mail ทำให้เกิดความล่าช้าในการยืนยันข้อมูล เพื่อวางแผนเผื่อระวัง
ป้องกันควบคุมโรคให้ทันต่อสถานการณ์การระบาดของโรคในแต่ละพื้นที่

3. ความมั่นคงของระบบเผื่อระวัง (Stability) ด้านบุคลากร ผู้บริหารทุกโรงพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญ
ระบบเผื่อระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากเป็นสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อที่แผ่ขยายเป็นวงกว้างทั้ง
ในประเทศและต่างประเทศ อย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยเน้นย้ำการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาลอย่างเคร่งครัด
ในการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและเผื่อระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการสนับสนุน
ทั้งงบประมาณ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ คู่มือ แนวทางการดำเนินงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เพียงพอมากขึ้น
กว่าในช่วงที่มีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกแรก แต่ยังพบข้อจำกัดเรื่องสถานที่คับแคบไม่เพียงพอ
ไม่ถูกต้องตามหลักการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงต้องประยุกต์ใช้สถานที่อื่น ๆ ตามความเหมาะสมแต่ละ
โรงพยาบาล

2.4 การนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมาใช้ประโยชน์ (Usefulness) การจัดทำรายงานสถานการณ์โรคเพื่อดูแนวโน้มการเกิดโรคและมาตรการสรุปลักษณะการเกิดโรคและภัยสุขภาพ เพื่อนำเสนอในที่ประชุมผู้บริหารไม่สามารถดำเนินงานได้ในระดับโรงพยาบาล เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและภาระงาน ในการบริการตรวจคัดกรอง ดูแลรักษา สอบสวนโรคผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ไม่สามารถสรุปข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นประจำทุกเดือน และเผยแพร่ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ ซึ่งภาพรวมระดับจังหวัด ระดับเขต พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ร่วมกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ร่วมกันสรุปวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย สอบสวนโรค ควบคุมโรคในกลุ่มเสี่ยง อาชีพเสี่ยง พื้นที่เสี่ยงที่สำคัญ และนำข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารตัดสินใจในการขับเคลื่อนนโยบายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

อภิปรายผล

ในการศึกษานี้พบว่า ระบบการเฝ้าระวังในภาพรวมของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา พื้นที่กรุงเทพมหานคร มีกระบวนการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ แปลผลข้อมูลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีความชัดเจนต่อเนื่อง ขับเคลื่อนกระบวนการทำงานผ่านมาจากกรมควบคุมโรค โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เป็นผู้ประสานข้อมูล สนับสนุนเชื่อมโยงประสานเครือข่ายโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ แพทย์และ/หรือพยาบาลงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการดำเนินงานระบบเฝ้าระวัง และสนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดี สำหรับผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ความครบถ้วนของข้อมูล ความไวของการรายงาน (Sensitivity) ภาพรวมของทุกโรงพยาบาลร้อยละ 79.28 โดยโรงพยาบาลเอกชนมีความไวของการรายงานต่ำ เนื่องมาจากผู้รับผิดชอบงานมีจำนวนจำกัด ไม่มีผู้ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง มีภาระงานมาก และผู้รับผิดชอบมีความเหนื่อยล้าจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่ ทำให้การดำเนินงานล่าช้า ไม่ทันตามเวลาที่กำหนด ข้อมูลที่รายงานทันเวลา ภายใน 24 ชั่วโมงมีเพียงร้อยละ 37.61 สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส และโรคหนองใน โรงพยาบาลผาขาว อำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2558 ของ Ronnarong Sripol, 2017 พบว่า ผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลศูนย์มีความยุ่งยากมากกว่า การจัดส่งรายงานตามโปรแกรมรายงาน 506 ใช้วิธีการดึงข้อมูลจากระบบ HOSxP ยกเว้นโรคไข้เลือดออกที่ผู้รับผิดชอบใช้วิธีการบันทึกลงในโปรแกรมเอง การเผยแพร่ข้อมูลทำเป็นครั้งคราว 2-3 เดือนต่อครั้ง แต่การศึกษาของ Ratchanee Nantanuch et al, 2014 มีความขัดแย้ง ซึ่งพบว่า ถึงแม้ผู้รับผิดชอบของทั้งสองโรงพยาบาลที่ศึกษา ไม่ทราบว่าจะต้องนำรหัสโรค Herpangina เข้ามาในระบบรายงาน 506 ส่วนใหญ่มีการรายงานทันเวลา โดยรายงานในช่วง 0-3 วัน ร้อยละ 90.46 และการศึกษาของ Nalineet et al, 2014 พบว่า การรายงานผู้ป่วยเข้าระบบเฝ้าระวังภายใน 24 ชั่วโมงนับจากวันที่วินิจฉัย ร้อยละ 93.7

โดยทุกโรงพยาบาลมีความทันเวลาของการรายงาน ร้อยละ 100 ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนราธิวาส ที่มีความทันเวลาของการรายงาน ร้อยละ 84.6

สำหรับค่าพยากรณ์บวกของการรายงานภาพรวม (Positive Predictive Value: PPV) พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 92.95 สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ส่วนความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลในระบบเฝ้าระวังที่ประเมิน พบว่าภาพรวมมีความถูกต้องของตัวแปรที่ประเมินค่อนข้างสูงมากกว่าร้อยละ 90 ในทุกตัวแปร ขัดแย้งกับการศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ทางเดินหายใจ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2559 ของ Napat Watcharapom et al, 2017 ที่มีค่าความไวของการรายงานเพียง 27.5 และค่าพยากรณ์บวกของการรายงาน ร้อยละ 26.6 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำอาจเนื่องจากในปี 2558 ระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหลายแห่งขัดข้อง ส่งผลให้ข้อมูลบางส่วนเสียหาย เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่รายงานข้อมูลเข้าสู่ระบบไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา อาจทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในระบบเฝ้าระวังและการรายงานโรคไข้หวัดใหญ่ที่เพียงพอ และด้วยเจ้าหน้าที่มีภาระงานค่อนข้างมาก จึงขาดการตรวจสอบก่อนนำเข้าสู่ระบบรายงานได้ การศึกษาของ Nalinee et al, 2014 มีค่าความไวในการรายงานของระบบเฝ้าระวังโรคค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 16.4 โดยโรงพยาบาลชุมชนมีค่าความไวของการรายงานมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 54 โดยโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีค่าพยากรณ์มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน

ในการศึกษาข้อมูลการประเมินผลระบบเฝ้าระวังทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้สามารถบอกได้ว่าทิศทางการระบาดเพิ่มขึ้นหรือลดลง ทำให้เข้าใจธรรมชาติของการเกิดโรคในพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานครที่เป็นเมืองหลวงของประเทศ มีความหลากหลายของประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ การมีจำนวนนักท่องเที่ยวจำนวนมาก และแนวโน้มสถานการณ์แรงงานต่างด้าวกลุ่มที่เข้ามาอาศัยและทำงานในประเทศไทย ข้อมูลเหล่านี้จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ความทันเวลาของการเฝ้าระวังโรค จะนำไปวางแผนในการตรวจจับการระบาด เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง พื้นที่เสี่ยง และอาชีพเสี่ยง รวมทั้งการวางแผนการใช้ทรัพยากร การป้องกัน และควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สำหรับจุดแข็งในการดำเนินการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุนการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานครถือเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยและอัตราตายสูงเป็นลำดับแรก ๆ ของประเทศไทย จึงได้รับการขับเคลื่อนนโยบาย เป็นต้น แบบในการดำเนินงานมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ถ้าไม่มีระบบเฝ้าระวังที่ดี จะทำให้การควบคุมโรคทำได้ยาก เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะประสบการณ์ในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังเป็นอย่างดี อีกทั้งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย มีโปรแกรมที่ใช้งานง่าย ช่วยให้ผู้รับผิดชอบงานปฏิบัติงานได้ง่าย ทันเวลาต่อการวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินงานจัดการควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดไปในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานในระดับส่วนกลาง ได้แก่ กองระบาดวิทยา ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง รวมทั้งการพัฒนาปรับปรุงแบบรายงานให้มีความชัดเจน พร้อมทั้งมีคู่มือที่ชัดเจนในการวินิจฉัยโรค
2. หน่วยงานในระดับส่วนกลาง ควรกำหนดบทบาทการสนับสนุนระบบเฝ้าระวังด้านวิชาการ ได้แก่ การกำหนดรูปแบบการเฝ้าระวัง กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ระบบฐานข้อมูล ตัวชี้วัด และขั้นตอนการเฝ้าระวัง
3. หน่วยงานในระดับเขต ระดับส่วนกลาง ควรมีการประเมินมาตรการควบคุมโรค ติดตามระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง สรุปรายงานผลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาปรับปรุง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยายผลให้เขตสุขภาพอื่น ๆ ทราบเพื่อให้เห็นความสำคัญระบบเฝ้าระวัง ซึ่งจะช่วยให้ประเมินสถานการณ์การเกิดโรคได้อย่างรวดเร็ว นำไปสู่การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
4. หน่วยงานระดับมหาวิทยาลัยต่างๆ ส่งเสริมให้มีการวิจัย การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดต่ออันตราย/โรคติดเชื้ออุบัติใหม่
5. หน่วยงานระดับจังหวัด - โรงพยาบาล ควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเผยแพร่ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการดำเนินการแก้ไขปัญหา ประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติม : เปรียบเทียบการประมาณค่าใช้จ่ายในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
6. หน่วยงานระดับส่วนกลาง ควรกำหนดรหัสในการวินิจฉัยโรคตามอาการและอาการแสดง ความรุนแรงของโรคที่ชัดเจน เป็นแนวทางที่หน่วยงานบริการสามารถนำไปใช้ดำเนินการ และวิเคราะห์ข้อมูลได้
7. หน่วยงานในระดับเขต ระดับส่วนกลาง ควรเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประชุมทบทวนความเข้าใจในการดำเนินงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยเฉพาะระบบการรายงานควรมีความชัดเจน เข้าใจง่าย เพื่อจะนำสู่การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Chonticha Jianjaroen, Warangkhan Chaisowwong, Kannika Na Lampang, Veerasak Punyapornwithaya, Karoon Chanachai and Lertrak Srikijakarn. (2020). Evaluating of one health disease surveillance system using digital technology PDD application in Chiang Mai province. *Journal of disease and health risk DPC3*, 14(3). 18-28.
- Department of disease control. (2020). *Health worker's manual in response to emergencies case of the coronavirus disease 2019 outbreak in Thailand*. Nonthaburi: Department of disease control Ministry of public health.
- Department of disease control. (2020). *Guidelines for surveillance and investigation of coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Nonthaburi: Department of disease control Ministry of public health.

- Kim Sui Wan, Peter Seah Keng Tok, Kishwen Kanna Yoga Ratnam, Nuraini Aziz, Marzuki Isahak, Rafdzah Ahmad Zaki and et.al. (2021). Implementation of a COVID-19 surveillance programme for healthcare workers in a teaching hospital in an upper-middle-income country. *PLOS ONE*; April 14 2021: 1-15.
- Kotchaporn Intravong. (2017).Evaluation of Dengue Surveillance System of Chiang Dao Hospital, Chiang Mai Province. *Lanna Public Health Journal*, 13(1). 37-47.
- Nalinee Chuaydamrong, Laddawan Sukhum, Suparaporn Phuntara. (2014). Evaluating measles surveillance system, 3 southern border provinces. *Disease control journal*, 40(4). 302-308.
- Napat Watcharaporn, Tuenjai Nuttien, Wanida Diswiset, Pattarapha Kaewprasert, Sophon Iamsirithaworn. (2017). Influenza surveillance system and policies for improving responses to emerging respiratory infectious diseases in Bangkok. *Journal of health science*, 26(1). 63-72.
- Pelagie Babakazo, Joelle Kabamba-Tshilobo, Emile Okitolonda Wemakoy, Leopold Lubula, Leonie Kitoko Many, Benoïl Kebela Ilunga and et.al. (2019). Evalution of the influenza sentinel surveillance system in the Democratic Republic of Congo, 2012-2015. *BMC Public Health*, 19. 1652: 1-12.
- Ratchanee Nantanuch, Nittaya Duangsang and Kanokkarn yangngeon. (2014). Evaluation of hand foot and Mouth disease and enterotoxin viral infections surveillance system, KhonKaen province. *Journal of the office of DDC7 Khon Kaen*, 21(2). 54-63.
- Ronnarong Sripol. (2017). Evaluation of dangue virus infection, leptospirosis and gonorrher surveillance in Pha Khao hospital, Pha Khao district, Loei proveince, 2015. *Journal of the office of DDC7 Khon Kaen*, 24(1). 80-90.
- Samuel L, Groseclose and David L. Buckeridge. (2017). Public health surveillance systems: Recent advances in their use and evaluation. *Annu. Rev Public Health*, 38. 57-79.
- Stephanie J Curtis, Zoe Cutcher, Judith A Brett, Simon Burrell, Michael J Richards, Daneeta Hennessy, Rebecca F Gang, Colleen L Lau and Stacey L Rowe. (2020). An evaluation of enhanced surveillance of hospitalized COVID-19 patients to inform the public health response in Victoria. *Commun Dis Intell*; 44: 1-11.

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี

ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์*, ยอดชาย สุวรรณวงษ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

(วันที่รับบทความ : 14 กุมภาพันธ์ 2565 ; วันที่แก้ไข : 13 มีนาคม 2565 ; วันที่ตอบรับ : 31 มีนาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานวิธีครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2564 แบ่งการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การพัฒนารูปแบบเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการบำบัดรักษา จำนวน 13 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการบำบัดรักษายาเสพติด จำนวน 15 คน เลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัย 2) การทดสอบรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ จำนวน 7 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการบำบัดรักษายาเสพติด จำนวน 130 คน เลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี มี 5 องค์ประกอบ คือ (1) แนวคิดรูปแบบ: ชุมชนมีความตระหนักเข้าใจและยอมรับผู้ติดยา, การใช้ศักยภาพชุมชนร่วมบำบัด, องค์กรท้องถิ่นเป็นแกนนำขับเคลื่อนการบำบัดยาเสพติด (2) หลักการรูปแบบ: สร้างค่านิยมความรับผิดชอบระดับครอบครัว, เสริมสร้างและสนับสนุนศักยภาพชุมชน, ส่งเสริมผู้นำท้องถิ่นเป็นแกนนำการบำบัดยาเสพติด, ส่งเสริมการบำบัดยาเสพติดเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิต, พัฒนาระบบการสื่อสารด้านยาเสพติด (3) เป้าหมายรูปแบบ: ผู้เสพยาเสพติดเข้าถึงการบำบัดที่มีคุณภาพ, ประชาชนมีความรอบรู้ด้านยาเสพติด, เกิดการบูรณาการทำงานของภาคีเครือข่าย (4) กระบวนการรูปแบบ: การบริหารศักยภาพเครือข่าย, การสร้างความร่วมมือภาคประชาชน, การจัดกิจกรรมบำบัดยาเสพติดด้วย 3 ฐานบำบัด, การติดตามเสริมพลัง และ (5) การประเมินผลรูปแบบ: การประเมินผลบุคคล, การประเมินผลเครือข่าย ประเมินรูปแบบพบว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{x}=4.03$, S.D.=.731) และมีความเป็นไปได้ในระดับมาก ($\bar{x}=3.93$, S.D.=.305) สามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้กับบริบทของสังคมในจังหวัดสระบุรีได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การบำบัดรักษาฟื้นฟูยาเสพติด, การเรียนรู้จากประสบการณ์, พลังภาคีเครือข่าย

Development of the Drug Abuse Treatment and Rehabilitation model Based on the Conceptual of Experiential Learning and Network Power for Drug Addict in Voluntary System of Saraburi Province

Chadakhon Chaleerat, Yodchai Suwannawong
Saraburi Provincial Public Health Office

Abstract

The purposes of this mixed-method research were to development and evaluate of the drug abuse treatment and rehabilitation model based on the conceptual of experiential learning and network power for drug addict in voluntary system. The research was conducted during September – December 2021 that divided into two phases. The first phase was quality study to developing the Model process that purposive informants consisted of the 13 drug addiction treatment workers, and the 15 of stakeholders of drug abuse treatment and rehabilitation process. The semi-structured interview and focus group discussion were employed for data collection; and content analysis was used to analyzing data. The second phase was the quantitative study to evaluate the Model. The samples were the 7 academic experts and the 130 of stakeholders of drug abuse treatment and rehabilitation process that selected by the purposive sampling technique. The questionnaire was used for data collection. The data was analyzed by using descriptive statistics.

The research findings showed that the drug abuse treatment and rehabilitation model based on the conceptual of experiential learning and network power for drug addict in voluntary system concise of 5 components. (1) Conceptual; included understanding and acceptable in drug addict, community participation, and local administrative driving force of drug addict. (2) Principles; included building the family values on drug responsibility, strengthen and support community potential, promote local leaders as leaders in drug treatment, promoting the drug addict treatment as a strategy of the development quality of life, and development of a community communication system. (3) Goals; included drug addict literacy, collaboration network and access to service drug addict. (4) Process; included the capital management on the network, building participation of the people's sector, drug addiction treatment in 3 module, empower and monitoring after drug addiction treatment. (5) Evaluation; included personal evaluation and network evaluation. The model was evaluated and found that the model was considered high level in actually utility ($\bar{x} = 4.03$, S.D. $\pm .731$) and feasibility ($\bar{x} = 3.93$, S.D. $\pm .305$). The model could be applied to the context of the society in Saraburi Province.

Key words : Development Model, Drug Abuse Treatment and Rehabilitation, Experiential Learning, Network Power

* Corresponding author : chadakhon2557@gmail.com , โทรศัพท์ : 093 526 9956

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบเชื่อมโยงไปในหลายมิติทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพ ครอบครัว ชุมชนและสังคม ตลอดจนส่งผลในเชิงลบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของชาติ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการขยายตัวของการผลิตยาเสพติด และถูกใช้เป็นทางผ่านและปลายทางของขบวนการค้ายาเสพติด เฉพาะยาบ้า ซึ่งจากข้อมูลการประเมินสถานะหมู่บ้าน/ชุมชน ของกระทรวงมหาดไทย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พบหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีปัญหายาเสพติด จำนวน 24,500 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30 ของหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ และผู้เสพยาเสพติดมีอายุ 15 - 24 ปี (ร้อยละ 36) โดย 1 ใน 3 ของผู้เสพทั้งหมดเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) และจากการสำรวจสถานการณ์ด้านยาเสพติดในประเทศไทยของศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ระบุว่าในปี 2562 มีคนไทย 3.75 ล้านคน เคยใช้ยาเสพติด โดยใช้สารเสพติดประเภทกัญชา 6.7 แสนคน ยาบ้า 6.5 แสนคน กระท่อม 4.9 แสนคน และยาไอซ์ 3.7 แสนคน (ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด, 2563)

ประเทศไทยดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2563 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563 – 2565 ภายใต้วิสัยทัศน์ ประเทศไทยมั่นคงปลอดภัย จากยาเสพติดอย่างยั่งยืน ด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคมและความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยประกอบด้วย 5 มาตรการสำคัญ คือ 1) มาตรการความร่วมมือระหว่างประเทศ 2) มาตรการการปราบปรามและบังคับใช้กฎหมาย 3) มาตรการการป้องกันยาเสพติด 4) มาตรการการบำบัดรักษายาเสพติด และ 5) มาตรการการบริหารจัดการอย่างบูรณาการ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในด้านการบำบัดรักษา โดยถือว่าผู้เสพทุกคนเป็นผู้ป่วยที่จะต้องได้รับโอกาสในการบำบัดรักษา และการดูแลช่วยเหลือให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายใต้การดำเนินงานที่มุ่งเน้นให้ผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาที่ในระบบปกติเพื่อลดอันตรายหรือผลกระทบจากยาเสพติด โดยส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติด (Community Based Treatment and care : CBTx) และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในระดับครอบครัวให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรหลานที่มีการใช้ยาเสพติด และช่วยติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดไม่ให้กลับเสพยา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2563)

จังหวัดสระบุรี ตระหนักถึงความสำคัญในการนำผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ ซึ่งในปี 2563 – 2564 จังหวัดสระบุรี นำแนวทางของรูปแบบการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรม แห่งสหประชาชาติ (2563) เป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษาผู้เสพติดในระบบสมัครใจ และดำเนินการติดตามประเมิน พฤติกรรมการเสพยาเสพติดซ้ำ ซึ่งมีผู้เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจในปี 2563 – 2564 จำนวน 272 และ 377 ราย ตามลำดับ และจากการติดตามหลังการบำบัดพบว่าผู้เสพติดซ้ำ จำนวน 40 (ร้อยละ 14.70), และ 23 (ร้อยละ 6.10) ราย ตามลำดับ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าแม้ว่าจำนวนของผู้เสพติดซ้ำจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีผู้เข้ารับการบำบัดกลับมาเสพติดซ้ำ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564)

สาเหตุสำคัญของการกลับเสพยา มีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยทั้งด้านทัศนคติและความตระหนักของตัวผู้เสพ ด้านสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพของครอบครัว (สายสุดา โฆชนกรณ, 2563) และหากพิจารณาในเชิงระบบยังอาจสะท้อนถึง

ประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัดรักษาและการติดตามดูแลของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้เช่นกัน ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินการทบทวนโอกาสในการพัฒนาโดยถอดบทเรียนของคณะทำงานด้านการบำบัดรักษา (Care Team) ซึ่งพบประเด็นที่สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดที่อาจเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและนำมาสู่ผลลัพธ์ของการกลับเสพยา ได้แก่ การขาดทักษะและความเชี่ยวชาญของบุคลากรในด้านการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้เสพยาซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรับรู้ของผู้เสพยาที่ไม่ชัดเจนด้านบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขาดความเข้าใจในกระบวนการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การขาดความต่อเนื่องของกระบวนการติดตามและทรัพยากรในการช่วยเหลือของเครือข่าย และการขาดศักยภาพและทักษะของครอบครัว และชุมชนในด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2563) ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของกระบวนการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อีกทั้งคุณลักษณะของรูปแบบการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นรูปแบบที่มีความยืดหยุ่นสูงและมีข้อจำกัดของการใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน หากองค์กร หน่วยงานหรือชุมชนที่จะนำรูปแบบไปใช้ขาดความเข้าใจไม่สามารถประยุกต์กระบวนการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ก็จะส่งผลให้เกิดช่องว่างของความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนในพื้นที่ และส่งผลต่อประสิทธิผลของกระบวนการบำบัดรักษาได้

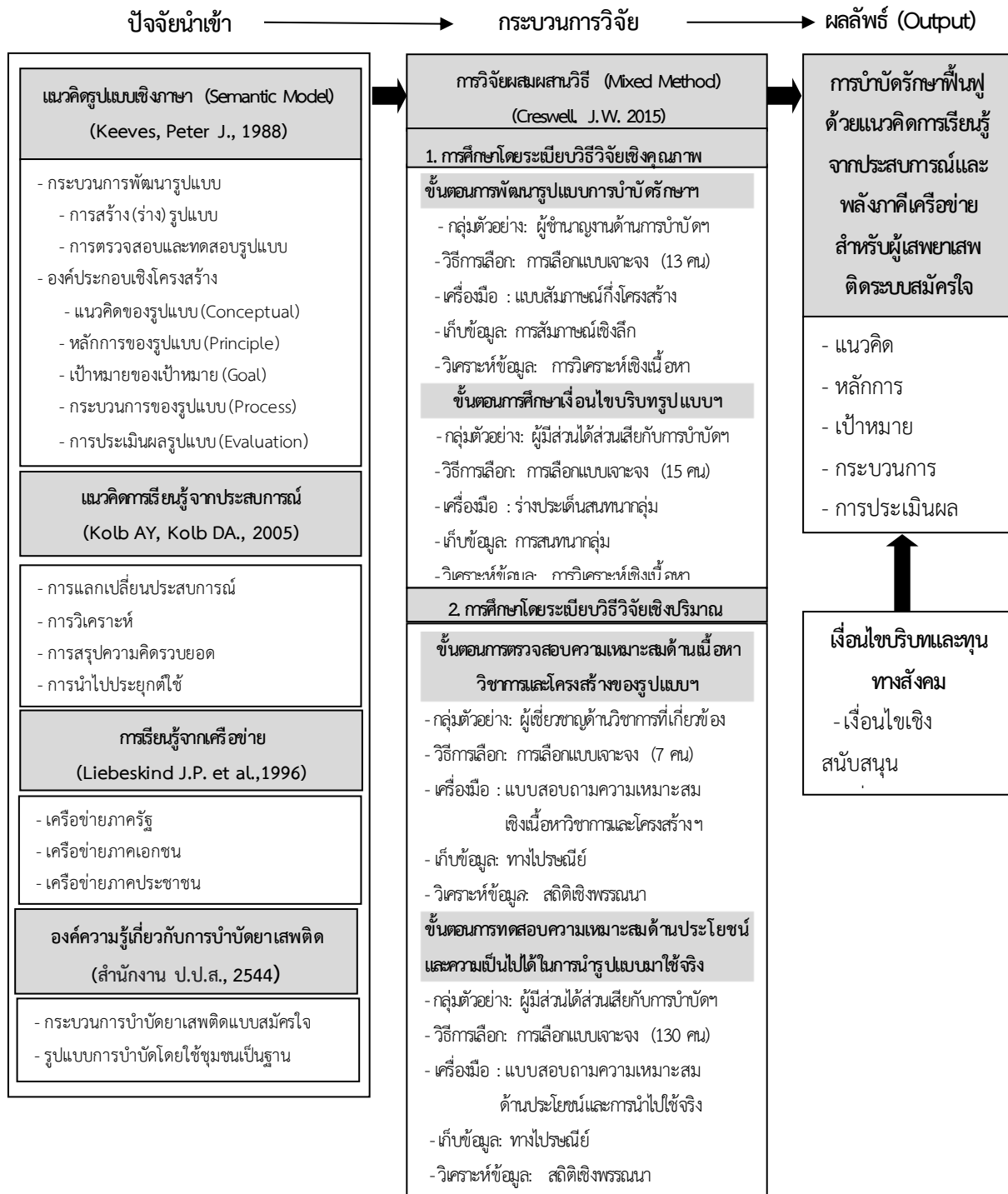
ผู้วิจัยตระหนักว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกระบวนการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จำเป็นต้องสนับสนุนเครือข่ายของคณะทำงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานและหลักการในกระบวนการบำบัดรักษา ด้วยการสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม โดยให้คุณค่ากับประสบการณ์ที่หลากหลาย ร่วมกับการกระตุ้นและดึงศักยภาพของเครือข่ายมาใช้ในการแก้ไขจุดอ่อนหรือข้อจำกัดข้างต้น โดยส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องได้นำประสบการณ์มาสร้างการเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ที่อยู่ในบทบาทของผู้ให้การบำบัดผู้เข้ารับการบำบัด และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับครอบครัวและชุมชน เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หรือการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เชิงประจักษ์ เป็นการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากกิจกรรมหรือการปฏิบัติซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมเพื่อนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจเชิงนามธรรมผ่านการสะท้อนประสบการณ์ การคิดวิเคราะห์ การสรุปเป็นหลักการ ความคิดรวบยอด และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง (Kolb AY, Kolb DA., 2005) ร่วมกับการจัดการเพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ สร้างความชำนาญในการทำงาน และเพิ่มศักยภาพด้านการระดมสรรพกำลังของทรัพยากร และความร่วมมือไปสู่ความสำเร็จของเป้าหมายร่วมกัน (Liebeskind J.P. et al., 1996)

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ โดยนำแนวคิดรูปแบบเชิงข้อความของ Keeses, Peter J. (1988) ในการอธิบายโครงสร้างเชิงองค์ประกอบของชุดความรู้สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายให้มีทักษะในการจัดการเชิงระบบบนพื้นฐานของประสบการณ์และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงสำคัญสำหรับสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งของการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) (Creswell, J. W. A., 2015) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณร่วมกันในการศึกษาข้อมูล ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 4 เดือน ระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2564 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1) การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสียหายเสพติระบบสมัครใจ โดยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อพัฒนารูปแบบขึ้นจากความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นผู้มีประสบการณ์และความชำนาญในการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาเสพติในระบบสมัครใจ จำนวน 13 ตัวอย่าง โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ซึ่งพิจารณาจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากความครบถ้วนเพียงพอของข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยและรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบโครงสร้างของรูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านแนวคิด ด้านหลักการ ด้านเป้าหมาย ด้านกระบวนการ และด้านการประเมินผล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และสรุปผลการศึกษาเป็นชุดข้อมูลตามองค์ประกอบโครงสร้างรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสียหายเสพติระบบสมัครใจ และนำผลการศึกษาในขั้นตอนนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับสร้างเครื่องมือการวิจัยในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2) การตรวจสอบความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการและโครงสร้างของรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสียหายเสพติระบบสมัครใจ โดยเป็นวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) จากมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ จำนวน 7 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลทางไปรษณีย์ด้วยแบบสอบถามความเหมาะสมเชิงเนื้อหาและโครงสร้างรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากข้อมูลของผลการวิจัยของขั้นตอนที่ 1 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์วิธีดัชนี IOC และปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 3) การตรวจทดสอบความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสียหายเสพติระบบสมัครใจไปใช้จริงในจังหวัดสระบุรี โดยเป็นวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) จากความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดรักษาแบบสมัครใจ จำนวน 130 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลทางไปรษณีย์ด้วยแบบสอบถามความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ที่พัฒนาขึ้นจากชุดข้อมูลของผลการศึกษาระดับขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสรุปผลการวิจัยเป็นรูปแบบสมบูรณ โดยแสดงเป็นผังความคิดเชิงข้อความ

ขั้นตอนที่ 4) การศึกษาเงื่อนไขบริบทและทุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อการนำรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสียหายเสพติระบบสมัครใจ ไปใช้ในบริบทสังคมจังหวัดสระบุรี ร่วมกับวิธีการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

(Qualitative research) กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการบำบัดรักษาด้วยวิธีสมัครใจ จำนวน 15 ตัวอย่าง โดยเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เครื่องมือที่ใช้คือแบบร่างประเด็นการสนทนากลุ่มเงื่อนไขเชิงสนับสนุน และเงื่อนไขเชิงอุปสรรค และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติดในระบบสมัครใจเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) เกี่ยวกับสภาพการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจของ จังหวัดสระบุรี ได้แก่ บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการปกครอง ด้านท้องถิ่น ด้านการศึกษา ด้านพัฒนาชุมชน ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง โดยพิจารณาจากเงื่อนไขการมีประสบการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 ปี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 13 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึก โดยการพิจารณาจากวัตถุประสงค์การวิจัยในด้านความเพียงพอของข้อมูล (Data Sufficiency) และความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) (จำเนียร จวงตระกูล, 2561)

2. ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ เป็นผู้ให้ความคิดเห็นต่อความเหมาะสมสอดคล้องเชิงเนื้อหา วิชาการของรูปแบบฯ และความเหมาะสมเชิงโครงสร้างของรูปแบบฯ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด และการวิจัยด้านสาธารณสุข และด้านกระบวนการทางการศึกษารวมจำนวน 7 คน ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง โดยพิจารณาจากคุณลักษณะของความเชี่ยวชาญ ทักษะด้านวิชาการ และประสบการณ์ความชำนาญงานด้านยาเสพติด

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดรักษาแบบสมัครใจ เป็นผู้ให้ความคิดเห็นต่อความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ปฏิบัติจริงร่วมกับวิธีการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ได้แก่ บุคลากรดังต่อไปนี้ 1) ด้านการแพทย์และสาธารณสุข 2) ด้านการปกครอง 3) ด้านท้องถิ่น 4) ด้านการศึกษา 5) ด้านพัฒนาชุมชน 6) ด้านผู้นำชุมชน 7) ด้านเอกชน 8) ด้านประชาชน 9) ด้านผู้นำทางศาสนา และ 10) ด้านผู้เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจที่สามารถเลิกเสพยาได้ โดยพิจารณาจากความครอบคลุมของลักษณะประชากรในด้านบทบาทหน้าที่ และครอบคลุมของพื้นที่ดำเนินกิจกรรมด้านการบำบัดจากทุกอำเภอของ จังหวัดสระบุรี (13 อำเภอ) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 10 คน/อำเภอ รวมจำนวนทั้งสิ้น 130 คน ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจงจากตัวแทนบุคลากรทั้ง 10 ด้าน ที่มีคุณสมบัติตามเงื่อนไขด้านประสบการณ์และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างศึกษาองค์ประกอบเชิงโครงสร้างรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 4 ข้อ และส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อองค์ประกอบเชิงโครงสร้างของรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ ด้านการให้ความหมาย ด้านแนวคิด ด้านหลักการ ด้านเป้าหมาย ด้านกระบวนการ และด้านประเมินผล จำนวน 8 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธีตรวจสอบประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC) และนำเครื่องมือไปทดลองสัมภาษณ์เพื่อดูความเหมาะสมด้านภาษาและความสั้นไหลของภาษา โดยค่า IOC เท่ากับ 1.00

1.2 แบบบันทึก (ร่าง) ประเด็นการสนทนากลุ่ม เจาะลึกบริบทและทุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อการนำรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ ไปใช้ในบริบทสังคมจังหวัดสระบุรี ร่วมกับวิธีการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จำนวน 2 ประเด็น คือ เจาะลึกเชิงสนับสนุน และเจาะลึกเชิงอุปสรรค และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีตรวจสอบประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC) และนำเครื่องมือไปทดลองสัมภาษณ์เพื่อดูความเหมาะสมด้านภาษาและความสั้นไหลของภาษาโดยค่า IOC เท่ากับ 1.00

1.3 เครื่องบันทึกเสียง MP 3 สำหรับช่วยบันทึกข้อมูลในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อใช้ประกอบการถอดข้อมูลและป้องกันการสูญหายของข้อมูล

2. เครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการ และเชิงโครงสร้างของรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการ และเชิงโครงสร้างของรูปแบบฯ จำนวน 50 ข้อ โดยเป็นคำถามให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (1 คะแนน) ไม่แน่ใจ (0 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (-1 คะแนน) และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการ และเชิงโครงสร้างของรูปแบบฯ โดยประยุกต์วิธีการวิธีทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่เรียกว่าค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) โดยเลือกเฉพาะข้อที่มีคะแนนความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการ และเชิงโครงสร้างของรูปแบบตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบฯ ให้มีความสมบูรณ์เชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง จำนวน 1 ข้อ โดยเป็นคำถามปลายเปิด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธีตรวจสอบประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC) และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในพื้นที่จังหวัดลพบุรีเพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of internal Consistency) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543) โดยภาพรวมของเครื่องมือมีระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .817

2.2 แบบสอบถามความเหมาะสมด้านประโยชน์ และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ

ไปใช้จริง ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อความเหมาะสมด้านประโยชน์ และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้จริง จำนวน 50 ข้อ โดยเป็นคำถามให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) และกำหนดเกณฑ์ของคะแนนและการแปลผลของความหมายจากการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยจากการหาอัตราค่าขึ้น ดังนี้ ระดับคะแนน 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับความเห็นด้วยมากที่สุด ระดับคะแนน 3.41 - 4.20 หมายถึง ระดับความเห็นด้วยมาก ระดับคะแนน 2.61 - 3.40 หมายถึง ระดับความเห็นด้วยปานกลาง ระดับคะแนน 1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับความเห็นด้วยน้อย ระดับคะแนน 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับความเห็นด้วยน้อยที่สุด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธีตรวจสอบประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC) และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในพื้นที่จังหวัดลพบุรีเพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of internal Consistency) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient โดยภาพรวมของเครื่องมือมีระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .835

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ทรงคุณวุฒิ และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติดในระบบสมัครใจ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์แบบ face to face และกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกให้เข้าพบเพื่อสัมภาษณ์ใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคลผ่านระบบ Zoom meeting
2. รวบรวมข้อมูลความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการ เชิงโครงสร้างของรูปแบบฯ และความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้จริง โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กับผู้ประสานงานโครงการวิจัยระดับอำเภอให้เป็นผู้ส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับให้กับผู้วิจัยโดยตรงผ่านทางไปรษณีย์
3. รวบรวมข้อมูลเงื่อนไขบริบทและทุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อการนำรูปแบบไปใช้ในบริบทสังคมจังหวัดสระบุรี โดยการสนทนากลุ่ม (เก็จนก เอื้อวงศ์, 2562) ตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติดในระบบสมัครใจ และผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจที่สามารถเลิกเสพยาได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) (เบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง, 2552) โดยการตรวจสอบความเหมือนและแตกต่างของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) และจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) ออกเป็นหมวดหมู่ตามประเภท ความหมาย และความเชื่อมโยงของชุดข้อมูลตามองค์ประกอบด้านแนวคิด หลักการ เป้าหมาย กระบวนการ การประเมินผลของรูปแบบการบำบัดรักษา

ฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี

2. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้วิธีการสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายผลการศึกษาความเหมาะสมเชิงเนื้อหา เชิงโครงสร้างของรูปแบบฯ และความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้จริง

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โครงการอนุมัติหมายเลข 009/2564 และผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตัวเอง ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ และผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ ในจังหวัดสระบุรี

รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี คือ ชุดความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการตกผลึกทางความคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพติดในระบบสมัครใจของจังหวัดสระบุรี และนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ในรูปแบบโครงสร้างทางความคิดที่ประกอบด้วยแนวคิด หลักการ เป้าหมาย กระบวนการ การประเมินผล เกี่ยวกับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี (รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 1)

แนวคิดรูปแบบ คือ การสร้างทัศนคติและความเชื่อพื้นฐานร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายที่มีผลมาจากประสบการณ์เดิมทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ในปรากฏการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้เสพติดในระบบสมัครใจของจังหวัดสระบุรี มี 3 ความเชื่อ คือ

1. การดูแลบำบัดรักษาผู้เสพติดเป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วนในสังคมบนพื้นฐานการสร้างทัศนคติและค่านิยมให้ชุมชนเชื่อและตระหนักว่าผู้เสพติดที่อยู่ในชุมชนเปรียบเสมือนมีคนป่วยในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนต้องยอมรับและเข้าใจพร้อมให้การดูแลรักษา

2. ชุมชนที่มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เข้มแข็ง ต้องมีความพร้อมด้านศักยภาพและทรัพยากรของชุมชนเอง โดยเชื่อว่าชุมชนที่มีความพร้อมด้านความรู้ และศักยภาพทุนทางสังคมที่เหมาะสมเพียงพอจะมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบำบัดบำบัดรักษาผู้เสพติดในชุมชน

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาครัฐต้องเป็นแกนนำหลัก โดยเชื่อว่ากระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในชุมชน ต้องมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาครัฐเป็นแกนหลักสำคัญและแทรกอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการบำบัดรักษา โดยมีการเชื่อมต่อความร่วมมือของเครือข่ายภาคประชาสังคม และภาคเอกชน

หลักการของรูปแบบ คือ สารสำคัญที่ยึดถือเป็นแนวปฏิบัติตามความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้เสพติดในระบบสมัครใจของจังหวัดสระบุรี โดยหลักการของรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี มี 5 หลักการ คือ

1. ส่งเสริมการสร้างค่านิยมความตระหนักรับผิดชอบของชุมชนในระดับครอบครัวให้มีความเข้าใจผู้เสพยาเสพติดและเห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้เสพยาเสพติดเข้าถึงกระบวนการบำบัดรักษา
2. เสริมสร้างและสนับสนุนการเตรียมความพร้อมศักยภาพของชุมชน ในการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติดด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการค้นหาทรัพยากรที่เป็นทุนทางสังคมของชุมชน ทั้งทรัพยากรด้านบุคคล ด้านวัสดุอุปกรณ์ และทรัพยากรทางธรรมชาติของชุมชน สำหรับเอื้อประโยชน์และช่วยสนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในชุมชน
3. การส่งเสริมความเข้มแข็งเชิงนโยบายของภาครัฐในการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาครัฐให้ความสำคัญกับบทบาทของการเป็นองค์กรหรือหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติดในชุมชน และเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษายาเสพติดตามบทบาทและภารกิจของหน่วยงาน
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้การบำบัดรักษายาเสพติดเป็นวาระสำคัญในแผนหรือยุทธศาสตร์ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) โดยเชื่อมโยงและใช้กลไกการดำเนินงานของกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพการบำบัดรักษายาเสพติดในชุมชน
5. การพัฒนาระบบการสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าถึง ปลอดภัยและเป็นมิตร เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับยาเสพติดในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการให้คำปรึกษาด้านการบำบัดรักษาระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น และชุมชน

เป้าหมาย คือ ผลลัพธ์ที่คาดหวังและต้องการให้เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพติดในระบบสมัครใจของจังหวัดสระบุรี โดยเป้าหมายของรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี มี 3 เป้าหมาย คือ

1. ผู้ติดยาเสพติดได้เข้าถึงระบบการบำบัดรักษายาเสพติดในระบบสมัครใจที่มีคุณภาพและช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้อย่างถาวร และลดอัตราการกลับเสพยาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ชุมชนมีความรอบรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่เหมาะสมต่อการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในชุมชน และมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ
3. เกิดภาคีเครือข่ายการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติดระบบสมัครใจในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีศักยภาพ ทรัพยากร ความเชี่ยวชาญ และทักษะด้านการบำบัดรักษายาเสพติดในชุมชน

กระบวนการ คือ วิธีการปฏิบัติที่เป็นขั้นตอนของแนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพติดในระบบสมัครใจของจังหวัดสระบุรี โดยกระบวนการของรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี มี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การบริหารศักยภาพเครือข่ายองค์กรท้องถิ่นและภาครัฐ

1. การแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจระดับอำเภอและระดับตำบล โดยให้มีเครือข่ายทุกภาคส่วนของภาคท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ร่วมเป็นคณะทำงานในสัดส่วนที่เหมาะสม
2. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจระดับอำเภอและระดับตำบล ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมและนำเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อนำเสนอเข้าเป็นแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอ
3. การจัดทำแผนบูรณาการร่วมศักยภาพด้านการบริหารจัดการด้านกำลังคน งบประมาณ และทรัพยากรของเครือข่ายภาคท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
4. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านความรู้ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยการอบรมความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติดแบบระบบสมัครใจให้กับคณะทำงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจระดับอำเภอและระดับตำบล โดยเฉพาะผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการนำการเรียนรู้หรือการจัดการเรียนรู้จะต้องเป็นผู้ที่มีทักษะมีความชำนาญในประเด็นหรือหัวข้อการเรียนรู้
5. การจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจโดยกำหนดหลักสูตร กิจกรรม และสถานที่ในการจัดกิจกรรมบำบัดรักษาให้พร้อมและเหมาะสมกับบริบทสังคมของชุมชน คุณลักษณะกลุ่มเป้าหมายผู้ได้รับการบำบัดรักษา และความต้องการจำเป็นของกลุ่มผู้ติดยาเสพติด

ขั้นที่ 2 การสร้างความร่วมมือภาคประชาชน

1. จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือและการจัดทำแผนชุมชนในการร่วมสนับสนุนการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจระหว่างชุมชนและคณะกรรมการด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจระดับอำเภอและระดับตำบล
2. จัดตั้งศูนย์ความรู้ด้านการบำบัดรักษายาเสพติดในชุมชนสำหรับเป็นสถานที่ในการนำเสนอข้อมูล องค์ความรู้ และสื่อต่างๆ เกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสนับสนุนและการให้คำปรึกษาด้านการบำบัดรักษายาเสพติดระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และภาคประชาชน สนับสนุน
3. จัดกิจกรรมการรณรงค์เชิงรุกประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข่าวสารด้านการเฝ้าระวังป้องกันและรักษาเสพติดในชุมชน เพื่อให้เกิดกระแสสังคมและเผยแพร่ข่าวสารให้ชุมชน ครอบครัว ผู้ติดยาได้เข้าถึงข่าวสารและกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ และตัดสินใจเข้าสู่ระบบ และกระบวนการบำบัดรักษาแบบสมัครใจ
4. การค้นหาและรวบรวมข้อมูลและจัดทำบัญชีกลุ่มเป้าหมายผู้ติดยาเสพติดและประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายและครอบครัวเพื่อโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาแบบสมัครใจ
5. การวิเคราะห์และประเมินความต้องการผู้ได้รับการบำบัดรักษาเสพติดในระบบสมัครใจเพื่อทำความเข้าใจผู้ได้รับการบำบัดและประเมินความรุนแรงการใช้ยาเสพติดเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ได้รับการบำบัด

6. การเตรียมความพร้อมส่งผู้ผ่านการบำบัดรักษากลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน โดยเป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังและพันธะสัญญาการเสริมกำลังใจ ติดตามสนับสนุนช่วยเหลือ และการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงจากการกระตุ้นของสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกลับเสพยา

ขั้นที่ 3 การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด 3 ฐานบำบัด

การจัดกิจกรรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ มี 3 ฐานบำบัด โดยนำแนวคิดกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ (การแลกเปลี่ยนประสบการณ์-การวิเคราะห์ไตร่ตรอง-การสรุปความคิดรวบยอด-การทดลองปฏิบัติจริง) มาเป็นวิธีการหลักสำหรับการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการบำบัดต้องมีครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ และใช้ระยะเวลา รวม 21 วัน เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด

1. ฐานจิตบำบัด ด้วยกระบวนการทางจิตวิทยา ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติเสริมสร้างกำลังใจ การตระหนักและเห็นคุณค่าในตัวเอง เคารพตนเอง ครอบครัว สังคม รู้สึกมีคุณค่าทางจิตใจ การฝึกสมาธิ การควบคุมอารมณ์และจัดการกับภาวะเครียด รวมทั้งการให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่มและรายบุคคล

2. ฐานพฤติกรรมและสังคมบำบัด ด้วยกระบวนการเสริมสร้างความรู้เพื่อสร้างความตระหนักต่อภัยของสิ่งเสพติด การพัฒนาทักษะชีวิต เช่น ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการเจรจาต่อรอง ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด การฝึกทักษะการมีส่วนร่วมและการเป็นจิตอาสาเพื่อสังคม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม การเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านอาชีพ

3. ฐานบำบัดอาการขาดยาและการเจ็บป่วยจากการขาดยาโดยเป็นกระบวนการบำบัดตามแนวทางการรักษาทางการแพทย์โดยการรักษาตามกลุ่มอาการและโรคที่ปรากฏ โดยคณะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องรวมถึงการส่งต่อในกรณีที่ต้องได้รับการรักษาในที่ระดับสูงกว่า

ขั้นที่ 4 การติดตามเสริมพลัง

1. การเฝ้าระวังติดตามประเมินผลระดับสังคม โดยภาคีเครือข่ายท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนร่วมติดตามเฝ้าระวังเมื่อผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดกลับเข้าสู่ครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา หรือสถานประกอบการ โดยเครือข่ายแต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดกลับ ให้การยอมรับและสนับสนุนด้านขวัญกำลังใจ ด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้านการศึกษา และด้านการประกอบอาชีพ เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถใช้ชีวิตได้ตามบทบาททางสังคมได้อย่างปกติ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีการรายงานความก้าวหน้าผ่านคณะกรรมการด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจระดับอำเภอและระดับตำบลอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 12 เดือน

2. การเฝ้าระวังติดตามในระดับครอบครัว เมื่อผู้ผ่านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลับเข้าสู่ครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่ผ่านการอบรมด้านการบำบัดพฤติกรรมและสังคม ร่วมติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรม การกลับเสพยา และร่วมสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว และมีการรายงานต่อคณะกรรมการด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจระดับอำเภอและระดับตำบลเมื่อสังเกตพบพฤติกรรมเสี่ยงหรือผิดปกติของผู้ผ่านการบำบัด

3. การติดตามผ่านระบบการรายงานด้วยตัวผู้ผ่านการบำบัดรักษา โดยการรายงานหรือการปรึกษาต่างๆ ผ่านช่องทางการสื่อสารระบบออนไลน์ต่อประธานรุ่น และพี่เลี้ยงประจำค่ายบำบัดรักษาแบบสมัครใจประจำชุมชน เพื่อรายงานความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ผ่านการบำบัดรักษาไม่กลับไปเสพติดซ้ำ

การประเมินผล คือ การตัดสินคุณค่าหรือการชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดในระบบสมัครใจของจังหวัดสระบุรี โดยนำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่คาดหวังหรือความต้องการให้เกิดขึ้นตามเป้าหมาย เพื่อพิจารณาว่าผลที่เกิดขึ้นสอดคล้องและบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ โดยการประเมินผลของรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี มี 2 ด้าน คือ

1. การประเมินผลบุคคล คือ การประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจโดยการประเมินจาก (1) ผลลัพธ์ของการหยุดใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดได้ซึ่งพิจารณาจากจำนวนการกลับเสพติดในระยะเวลา 1 ปี หรืออัตราการกลับเสพติดของผู้ผ่านกระบวนการบำบัดรักษาแบบสมัครใจ (2) ผลลัพธ์ของระดับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยและโทษของยาเสพติด และ (3) ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาต่อกิจกรรมในกระบวนการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ

2. การประเมินผลเครือข่าย คือ การประเมินผลลัพธ์ด้านการบริหารจัดการของเครือข่ายภาคองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยประเมินจาก (1) ศักยภาพในกระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดในระบบสมัครใจโดยเป็นการประเมินในรูปแบบ CIPP Model โดยพิจารณาจากบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์เป้าหมายกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ และ (2) ระดับความพึงพอใจของภาคประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ

เงื่อนไขเชิงบริบทที่เอื้อประโยชน์ต่อรูปแบบ คือ ส่วนประกอบของบริบทสภาพแวดล้อมทุนทางสังคมที่ส่งผลในเชิงสนับสนุนต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดในระบบสมัครใจของจังหวัดสระบุรี โดยองค์ประกอบของบริบทสภาพแวดล้อม มี 5 บริบท คือ

1. การมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ให้ความสำคัญด้านการควบคุมป้องกันยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประธานที่มีวิสัยทัศน์และมีการกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

2. พื้นที่ชุมชนที่มีศักยภาพและความเข้มแข็งเชิงโครงสร้าง เช่น การมีผู้นำชุมชนและคณะกรรมการชุมชนที่มีความเข้มแข็ง การเป็นชุมชนต้นแบบด้านการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ

3. การมีชมรมหมู่บ้านมอว์วัน และเครือข่ายที่มีการดำเนินกิจกรรมที่เข้มแข็งในพื้นที่

4. การมีระบบการสื่อสารชุมชนที่มีประสิทธิภาพ โดยเป็นช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและความรู้ต่างๆที่ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ และนิยมใช้เป็นช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำวัน

5. การมีแหล่งเรียนรู้หรือศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน โดยชุมชนที่มีศูนย์การเรียนรู้ของชุมชนจะเป็นแหล่งสนับสนุนความรู้ให้กับประชาชนและเป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของประชาชนในชุมชน

2. ผลการทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ ในจังหวัดสระบุรี

รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ ในจังหวัดสระบุรี พบว่า ภาพรวมองค์ประกอบของรูปแบบมีความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการ (ค่า IOC เท่ากับ 1.00) และเชิงโครงสร้างของรูปแบบ (ค่า IOC เท่ากับ 1.00) และมีความเหมาะสมด้านประโยชน์ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาในระบบสมัครใจในระดับมาก ($\bar{x} = 4.03$, S.D.=.731) และมีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.93$, S.D.=.305) (รายละเอียดดังตารางที่ 1) **ตารางที่ 1** แสดงผลการวิเคราะห์ระดับความเหมาะสมด้านประโยชน์และระดับความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้จริงในจังหวัดสระบุรี

องค์ประกอบของรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ	ระดับความเหมาะสมด้านประโยชน์ของรูปแบบฯ			ระดับความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้จริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
1. แนวคิดของรูปแบบฯ	4.15	1.019	มาก	4.04	.553	มาก
2. หลักการของรูปแบบฯ	4.59	.532	มากที่สุด	4.11	.655	มาก
3. เป้าหมายของรูปแบบฯ	4.01	.970	มาก	3.93	.032	มาก
4. กระบวนการของรูปแบบฯ	4.16	.337	มาก	3.37	.851	ปานกลาง
5. การประเมินผลของรูปแบบ	3.39	.711	ปานกลาง	3.55	.059	มาก
6. เงื่อนไขที่เป็นประโยชน์ต่อรูปแบบฯ	3.81	.595	มาก	4.41	.432	มากที่สุด
ภาพรวม	4.03	.731	มาก	3.94	.305	มาก



อภิปรายผล

กระบวนการของรูปแบบ พบว่า ในขั้นตอนการควบคุมและเสริมพลัง โดยการเฝ้าระวังติดตามในระดับครอบครัวซึ่งกำหนดให้สมาชิกของครอบครัวที่ผ่านการอบรม ได้มีส่วนร่วมตามบทบาทของการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง การให้กำลังใจเพื่อลดโอกาสเสี่ยงการกลับเสพซ้ำและการรายงานความเสี่ยงต่อคณะกรรมการบำบัดรักษายาเสพติดในระบบสมัครใจ ซึ่งสอดคล้องกับไชยา รัตนพันธ์ (2562) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้กับพ่อแม่ หรือผู้ปกครองของผู้ที่ติดยาเสพติดให้เข้าใจถึงปัญหาจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาลดปัญหาและช่วยจัดการสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นลดความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาให้ลดน้อยลงอีกทั้งยังสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับธนิดา หิรัญเทพ อุมพร อุดมทรัพย์กุล รณชัย คงสกน (2556) ที่สรุปว่าการให้ความรู้อย่างจริงจัง และการฝึกปฏิบัติให้กับสมาชิกในครอบครัว และชุมชนเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ติดยาเสพติดหลังได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจะช่วยลดการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ อับดุลคอลิก อรรอฮิมียี สวัสดิ์ ไหลภานุภรณ์ จิรัชยา เจียวก๊ก และฐานิดาภักดิ์ แสงทอง (2564) โดยกล่าวว่า การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับสารเสพติดและการบำบัดและการสร้างความไว้วางใจ ความเชื่อใจต่อผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติด รวมถึงชุมชนต้องเป็นชุมชนที่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดปัญหาของสารเสพติดได้ การสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ภายในชุมชน ซึ่งผลการวิจัยชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่าการพัฒนาศักยภาพด้านการป้องกันและเฝ้าระวังยาเสพติดให้กับครอบครัวของผู้เสพติดที่ผ่านการบำบัดจะช่วยส่งเสริมบทบาทและการมีส่วนร่วมระดับครอบครัวจะสามารถช่วยลดปัญหาการกลับเสพซ้ำหลังการบำบัดรักษาได้ ซึ่งเป็นหนึ่งในหลักการที่สำคัญที่เป็นแนวปฏิบัติของรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนว คิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจ ในจังหวัดสระบุรีที่สนับสนุนการเตรียมความพร้อมศักยภาพของชุมชน ด้านความรู้เกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติดซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวให้ความสนใจผู้เสพติดยาเสพติดและเห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้เสพติดยาเสพติดเข้าถึงกระบวนการบำบัดรักษา

นอกจากนั้นขั้นตอนการเตรียมการในกระบวนการของรูปแบบของการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่ทำหน้าที่เป็นนักจัดการเรียนรู้หรือผู้นำการเรียนรู้จะต้องผ่านการฝึกอบรมให้มีทักษะและความเชี่ยวชาญในประเด็นหรือหัวข้อการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับชาตรี ชัยนาคิน ชาตรี ประชาพิพัฒน์ และอารี พุ่มประวาทย์ (2559) ที่กล่าวว่า สภาพแวดล้อมภายนอกที่สนับสนุนให้เลิกเสพยาบ้าซ้ำ คือ การให้คำปรึกษาและรับฟังปัญหาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการช่วยเหลือขัดขวางการหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ซึ่งเป็นการย้ำให้เห็นว่าบุคลากรจำเป็นต้องมีความรู้ในส่วนที่เกี่ยวข้องตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง

การแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยให้มีเครือข่ายทุกภาคส่วนของภาคท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ร่วมเป็นคณะทำงานในสัดส่วนที่เหมาะสมในขั้นตอนการบริหารศักยภาพเครือข่ายขององค์ประกอบกระบวนการของรูปแบบในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับวิโรจน์ นาหนองขาม และศุภวัฒนากร วงศ์ธนวิสุ (2560) ที่ระบุว่า การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะดำเนินงานและคณะทำงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนทุกคน ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ และตัวแทนกลุ่มเยาวชนในแต่ละหมู่บ้าน ตัวแทนภาครัฐ ได้แก่ ฝ่ายปกครอง ทหาร ตำรวจ และ

โรงเรียน ส่งผลคนในชุมชนเกิดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนอย่างจริงจังและก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ รวมถึงการร่วมมือในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้เสพเต็มใจเข้าโครงการบำบัดยาเสพติด

การเตรียมความพร้อมส่งผู้ผ่านการบำบัดรักษากลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน โดยการสร้างพันธมิตรร่วมในการช่วยเสริมกำลังใจ ติดตามสนับสนุนช่วยเหลือ และการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงจากการกระตุ้นของสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกลับเสพยา ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับอับดุลคอลิก อรรอฮิมีย์ สวัสดิ์ ไหลภรณ์ จิรัชยา เจียวกิก และฐานิดาภักดิ์ แสงทอง (2564) ระบุว่า การสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้บำบัดยาเสพติดว่าตนเองสามารถหลีกเลี่ยงการกลับเข้าสู่วงจรเดิมได้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางความคิด จะช่วยการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติด

เงื่อนไขบริบทและทุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อรูปแบบ ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้บริหารและผู้นำชุมชนเป็นทุนทางสังคมที่เอื้อและสนับสนุนให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะอำเภอที่ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเสพติด และการมีระบบการสื่อสารชุมชนที่มีประสิทธิภาพ โดยเป็นช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและความรู้ต่างๆที่ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ ซึ่งสอดคล้องกับอาภาศิริ สุวรรณานนท์ (2558) ที่สรุปว่าการให้การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดและท้องถิ่นในการทำงาน ความสามารถและพลังของวิทยากรในคัดกรองและการใช้เทคโนโลยีในการประสานงานกิจกรรมที่มีความน่าสนใจและมีความเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ คือ ปัจจัยความสำเร็จของระบบสมัครใจที่สนับสนุนให้ผู้บำบัดสามารถกลับมาดำรงชีวิตโดยไม่ใช้ยาเสพติด

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดสระบุรี ควรสนับสนุนให้นำรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกับวิธีการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระดับอำเภอและระดับตำบลจากผู้แทนเครือข่ายภาคท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติดในระดับชุมชน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้กับคณะทำงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติดและพัฒนาหลักสูตรการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยาเสพติดให้กับแกนนำอาสาสมัครประจำครอบครัวเพื่อเป็นพื้นฐานของการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับครอบครัวในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงบริบทสังคมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของกระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพติดในระบบสมัครใจของจังหวัดสระบุรี ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์โดยนำข้อมูลปัจจัยสนับสนุนเชิงบริบทสังคมของการวิจัยครั้งนี้กำหนดเป็นตัวแปรสำหรับการศึกษา เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการส่งเสริมและเสริมสร้างความเข้มแข็งปัจจัยบริบททางสังคมที่ส่งผลด้านบวกต่อการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้เสพติดในระบบสมัครใจ

เอกสารอ้างอิง

- เก็จกนก เอื้อวงศ์. (2562). การสนทนากลุ่ม : เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ. *วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ*, 12(1). 17-30.
- จำเนียร จวงตระกูล. (2561). ปัญหาการกำหนดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง*, 1(2). 1-21.
- ไชยยา รัตนพันธ์. (2562). การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. *Journal of Roi Kaensam Academi*, 4(2). 18-33.
- ธนิศา หิรัญเทพ, อุมาพร อุดมทรัพย์กุล, รณชัย คงสกน. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการรักษาในระบบบังคับบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(2). 157-164.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 8). สุวีริยาสาส์น.
- เบญญา ยอดดำเนินแอ๊ดติงส์. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูลการตีความและการหาความหมาย*. นครปฐม. สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *การสร้างและพัฒนาและทดสอบผลสัมฤทธิ์*. สำนักทดสอบทางการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- วิโรจน์ นาหนองขาม, ศุภวัฒน์กร วงศ์ชนวสุ. (2560). การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีตำรวจภูธรหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านการบริหารกิจการสาธารณะ ครั้งที่ 4 “การบริหารกิจการสาธารณะภายใต้ประเทศไทย 4.0” The 4th National Conference on Public Affairs Management “Public Affairs Management Under Thailand 4.0”* (หน้า 899-911). ขอนแก่น: วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด. (2563). *ห้วงปัญหายาเสพติด ระบาดเพิ่มช่วงโควิด-19*. สืบค้น 1 สิงหาคม 2564, จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/54307--ห้วงปัญหายาเสพติด%20ระบาดเพิ่มช่วงโควิด-19.html>
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). *ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ*. สืบค้น 2 สิงหาคม 2564, จาก: <https://antidrugnew.moph.go.th/zCustom/>
- สายสุตา โกชนากรณ์. (2563). รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติด และครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(12). 305-23.

- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2563). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำปีงบประมาณ 2563. สืบค้น 2 สิงหาคม 2564, จาก: <https://www.oncb.go.th/EBookLibrary/รายงานผลการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด%20ปี%202563.pdf>
- สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ. (2563). การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ใช้อายาเสพติดและติดยาเสพติด การบรรยายสรุปสำหรับทวีปเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้. สืบค้น 2 สิงหาคม 2564, จาก: <https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbtx/cbtx-brief-TH.pdf>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2563). สรุปรายงานผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดในระบบสมัครใจของจังหวัดสระบุรี. การประชุมคณะกรรมการเฝ้าระวังยาเสพติดระดับพื้นที่จังหวัดสระบุรี, วันที่ 4 สิงหาคม; ศาลากลางจังหวัดสระบุรี, สระบุรี.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์. (2558). การศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต, 11(2). 213-222.
- อับดุลคอลิก อรรอฮิมีย, สวัสดิ์ ไหลภรณ์, จิรัชยา เจียวกิก, และฐานิดาภักษ์ แสงทอง. (2564). รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ จังหวัดปัตตานี กรณีศึกษาผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในศูนย์บำบัด บ้านแสนสุข และสถาบันปอเนาะพัฒนาเยาวชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://cads.in.th/cads/content?id=181>
- Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks, C.A. : Sage Publications.
- Keeves, Peter J.(1988). “Model and Model Building,” *Educational Research Methodology and Measurement : An International Handbook*. Oxford : Pergamon Press.
- Kolb AY, Kolb DA. (2005). Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. *Academy of Management Learning & Education*, 4. 193-212.
- Liebeskind J.P. et al. (1996). Social networks learning and flexibility: sourcing scientific knowledge in new biotechnology firms. *Organization Science*, 7(4): Page 428-43.

คำแนะนำสำหรับผู้แต่ง
วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา
(Thai Journal of Public Health and Health Education : TJPHE)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน

1. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาเป็นวารสารรับตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัย ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม
2. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษากำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ ได้แก่
 - มกราคม-เมษายน
 - พฤษภาคม-สิงหาคม
 - กันยายน-ธันวาคม
3. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษารับตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัย โดยต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น (หรือหากมีกรณออธบายในข้อความส่งถึงบรรณาธิการ)
4. กองบรรณาธิการจะพิจารณาค้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสารและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 คน เป็นผู้อ่าน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word
2. จัดพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 โดยมีระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. และด้านขวา 2.54 cm.
3. ตัวอักษรใช้ TH SarabunPSK
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 30 รายการ

การเรียงลำดับเนื้อหาบทความ

1. ชื่อเรื่อง

- ภาษาไทย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 17 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 17 point จัดกึ่งกลาง

2. ชื่อผู้เขียน

-ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 14 point อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 12 point ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

3. บทคัดย่อ

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point ความยาวไม่เกิน

1 หน้ากระดาษ

4. คำสำคัญ

-กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 – 5 คำ ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

5. บทนำ

- ชื่อ “บทนำ” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดขอบ
- ข้อความบทนำ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย

6. วัตถุประสงค์การวิจัย

- ชื่อ “วัตถุประสงค์การวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดขอบ
- ข้อความวัตถุประสงค์การวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

7. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

- ชื่อ “สมมติฐานการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดขอบ
- ข้อความสมมติฐานการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี)

- ชื่อ “กรอบแนวคิดในการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดขอบ
- ข้อความกรอบแนวคิดในการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

9. ระเบียบวิธีวิจัย

- ชื่อ “ระเบียบวิธีวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความระเบียบวิธีวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร เกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา

10. เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อ “เครื่องมือการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความเครื่องมือการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

11. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- ชื่อ “การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

12. การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ชื่อ “การเก็บรวบรวมข้อมูล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการเก็บรวบรวมข้อมูล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

13. การวิเคราะห์ข้อมูล

- ชื่อ “การวิเคราะห์ข้อมูล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการวิเคราะห์ข้อมูล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

14. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- ชื่อ “สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

15. จริยธรรมการวิจัย

- ชื่อ “จริยธรรมการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความจริยธรรมการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

16. ผลการวิจัย

- ชื่อ “ผลการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความผลการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- ตารางและข้อความในตาราง พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 14 point
- ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

17. อภิปรายผล

- ชื่อ “อภิปรายผล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความอภิปรายผล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- การเขียนอภิปรายผลควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญของการวิจัย และควรมีหลักฐานการอ้างอิงประกอบด้วย และสรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ

18. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- ชื่อ “การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

19. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- ชื่อ “ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

20. เอกสารอ้างอิง

- ชื่อ “เอกสารอ้างอิง” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความเอกสารอ้างอิง พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้รูปแบบการเขียนอ้างอิงแบบนาม-ปี โดยการระบุชื่อผู้เขียนและตามด้วยปีที่เขียน
เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (ธนสุกาญจน์, 2018)

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)/ ชื่อเรื่อง./ (พิมพ์ครั้งที่)/ สำนักพิมพ์.

Author, A.A./ (Year)/ Title of the book/ (Edition ed.)/ Publisher.

เช่น

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิดทฤษฎี และการประยุกต์ใช้
///////// (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). *Evidence-based practice for nurses: Appraisal
////////and application of research* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

1.1 บทความหรือบทในหนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์). /ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ ใน/ชื่อบรรณาธิการ/ (บ.ก.),
/////////ชื่อหนังสือ/ (น./xx-xxx). /สำนักพิมพ์.

Author, A. A./ (Year). /Title of the chapter./ In Editor/ (Eds.). /Title of the
/////////book/ (pp./xx-xxx). /Publisher.

เช่น

วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2561). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกิตาโน มอสก้า กับชนชั้นนำ
/////////ทางการเมืองไทยในยุคอาณานิคม. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล พุทธิรักษา (บ.ก.),
/////////ว่าด้วยทฤษฎีรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 47-68).
/////////สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

1.2 หนังสือแปล

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์). /ชื่อเรื่องหนังสือภาษาต้นฉบับ/ [ชื่อหนังสือภาษาไทย]
///////// (พิมพ์ครั้งที่). /สำนักพิมพ์.

เช่น

แบร์รี สมาร์. (2555). *Michel Foucault* [มิเชล ฟูกูต์]. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

1.3 E-book

1.3.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ไม่มี DOI

ชื่อผู้แต่งในบท./ (ปีพิมพ์). /ชื่อบท./ ใน/ชื่อบรรณาธิการ/ (บรรณาธิการ). /ชื่อหนังสือ
///////// (พิมพ์ครั้งที่). /น./xx-xxx). /URL

Author, A. A./ (Year). /Title of the chapter./ In Editor/ (Eds.). /Title of the
/////////book/ (Edition ed.). /pp./xx-xxx). /URL

เช่น

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*.
///////// (พิมพ์ครั้งที่ 3). <https://www.ookbee.com>

Haslam, S. (2003). *Research Methods and Statistics in Psychology* (SAGE
/////////Foundations of Psychology series). <http://www.amazon.com>

1.3.2 บทความหรือบทในหนังสือ (Book chapter) ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์
ชื่อผู้แต่งในบท/(ปีพิมพ์)/ชื่อบท/ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บรรณาธิการ)/ชื่อหนังสือ
////////(พิมพ์ครั้งที่./น./xx-xxx)/URL

Author, A. A./ (Year)/Title of the chapter./In Editor/(Eds.)/Title of the
////////book/(Edition ed.,pp./xx-xxx)/URL

เช่น

วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2561). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกิตาโน มอสก้า กับ
////////ชนชั้นนำทางการเมืองไทยในยุคมอลานาไทย. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล
////////พุทธรักษา (บ.ก.), ว่าด้วยทฤษฎีรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย (พิมพ์ครั้งที่
////////ที่ 2). (น. 47-68). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

1.3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI

ชื่อ นามสกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อหนังสือ/(พิมพ์ครั้งที่)/https://doi.org/xxxxxxx

Author, A. A. (Year)/Title of the book/(Edition ed.)/https://doi.org/xxxxxxx

เช่น

Chu, Z. (2022). *People-Oriented Education Transformation*.
////////https://doi.org/10.1007/978-981-16-6353-6

2. วิทยานิพนธ์

2.1 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกที่พิมพ์
ชื่อ นามสกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและปริญญาเอกที่พิมพ์
////////หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกที่พิมพ์ไม่ได้อ่าน]/ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year)/Title/[Unpublished doctoral or master's thesis]/Name of
////////the Institution awarding the degree.

เช่น

สรุณา แสงเย็นพันธ์. (2559). *การพัฒนาแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์* [วิทยานิพนธ์]
////////ปริญญาเอกที่พิมพ์ไม่ได้อ่าน]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). *Dressing the tarot* [Unpublished master's thesis]. Auckland
////////University of Technology.

2.2 วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่) ./ ชื่อวิทยานิพนธ์ / [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต หรือ
///////// วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต./ ชื่อมหาวิทยาลัย] ./ ชื่อเว็บไซต์./ URL

2.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่) ./ ชื่อวิทยานิพนธ์ / (หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)
///////// [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,
///////// ชื่อมหาวิทยาลัย] ./ ชื่อฐานข้อมูล

เช่น

Becker, J. C. (2013). *Landscape-level influences on community composition
///////// and ecosystem function in a large river ecosystem* (Publication No.
///////// 3577776) [Doctoral dissertation, Graduate Council of Texas State
///////// University – San Marcos]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

3. รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding

3.1 ในรูปแบบรูปเล่ม

ชื่อ นามสกุล./ (ปี) ./ ชื่อบทความ./ ใน/ ชื่อบรรณาธิการ./ (บ.ก.) ./ ชื่อหัวข้อการประชุม./
///////// ชื่อการประชุม./ (น./ เลขหน้า) ./ ฐานข้อมูล.

Contributor, A. & Contributor, B./ (Year) ./ Title./ In/ Editor / (Ed. หรือ Eds.), Title of
///////// conference./ Title of conference / (pp./xx-xxx) ./ database.

กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./ <https://doi.org/xxxx>

เช่น

วิริยะ กลับลาย, อลิสา คุ่มเคี่ยม, และอมลวรรณ วีระธรรมโม. (2553). ผลการพัฒนา
///////// บทเรียนสำเร็จรูป เรื่อง ภาษาไทยถิ่นใต้ ตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรีจังหวัด
///////// ปัตตานี สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3. ใน มนัส สุวรรณ (บ.ก.), *การจัดการ
///////// เรียนรู้ การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. รายงานสืบเนื่องจากการประชุม
///////// วิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53* (น. 3–14).
///////// บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

3.2 ในรูปแบบวารสาร

ชื่อ นามสกุล./ (ปี)/ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อย./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่)/เลขหน้า./
/////////URL

Contributor, A. & Contributor, B./ (Year)/Title:/ Sub-title./Journal./เลขของปีที่(เลข
/////////ของฉบับที่)/เลขหน้า./URL

เช่น

Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong, P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008).
/////////The basic nonuniformity of the cerebral cortex. *Proceedings of the National*
/////////Academy of Sciences of the United States of America, 105(34), 12593-12598.
/////////https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.0805417105

4. การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)

ชื่อ นามสกุล./ (วัน./เดือน/ปี)/ชื่อเอกสาร หรือโปสเตอร์/[เอกสารนำเสนอในที่ประชุม หรือ
/////////โปสเตอร์นำเสนอในที่ประชุม]/ชื่อการประชุม./สถานที่.

Presenter, A & Presenter, B./ (Year./Month/day)/Title of conference paper or
/////////poster/[Paper presentation or Poster presentation]/Conference
/////////Name./Location.

เช่น

Mason, I. & Missingham, R. (2019, October 21–25). *Research libraries, data*
/////////curation, and workflows [Paper presentation]. eResearch Australasia
/////////Conference, Brisbane, QLD, Australia. https://bit.ly/2v1CjRg

5. รายงานการประชุม/การสัมมนา/อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่องการประชุม./ชื่อการประชุม./สถานที่จัดประชุม.

เช่น

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุม
/////////คณบดีบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ.
/////////การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53.
/////////มหาวิทยาลัยนเรศวร

6. หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้แต่ง./ (วัน/เดือน/ปี)./ชื่อคอลัมน์./ชื่อหนังสือพิมพ์./เลขหน้า.

เช่น

ทิมวราไธตี้. (21 กุมภาพันธ์ 2565). จับตามลกระทบโควิดระลอกสามทำคนไทยหนีท่วม.

/////////เดลินิวส์. 1.

7. เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./ (วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

Author, A. A./ (Year, Month date)./Title of the work: Subtitle./Website name./URL

เช่น

สรุณา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB.

/////////สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk->

/////////and-rgb/

Sparks, D. (2019). *Women's wellness: Lifestyle strategies ease some bladder*

/////////control problems. Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/>

/////////discussion/womens-wellness-lifestyle-strategies-ease-some-bladder-

/////////control-problems/

-กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

-กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น

-กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

7.1 เว็บไซต์ไม่ระบุปีที่เผยแพร่

เช่น

Athletics New Zealand. (n.d.). *Form a new club*. <http://www.athletics.>

/////////org.nz/Clubs/Starting-a-New-Club

7.2 Wikipedia

เช่น

Global warming. (2019, December 9). In *Wikipedia*. <http://en.wikipedia.org/wiki/Global>

/////////_warming

Psychometric assessment. (n.d.). In *The psychology wiki*. Retrieved January 28,

/////////2009, from http://psychology.wikia.com/wiki/Psychometric_assessment



8. ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย/(วัน/เดือน/ปี)/ราชกิจจานุเบกษา/เล่ม/ตอนที่/หน้า/เลขหน้า.

เช่น

ประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่ง

/////////ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ พ.ศ. 2564. (7 มกราคม

/////////2565). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 4 ง หน้า 22-50.

การส่งบทความ

ต้นฉบับผลงานวิจัยและหนังสือรับรองบทความ/ผลงานวิจัยที่ต้องส่งในระบบ Online ถึงบรรณาธิการ
วารสารที่ tjphe_editor@scphub.ac.th

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

ดร.ภคิน ไชยช่วย (บรรณาธิการวารสาร)

โทรศัพท์มือถือ : 08-1389-9146 , 094-520-9823 , 045-2102709 ต่อ 251

สำนักงานวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health
Education) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 187 ม.3 ถนนสถลมารค ตำบลเมืองศรีไค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 tjphe_editor@scphub.ac.th