



วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา
Thai Journal of Public Health and
Health Education

ISSN 2773-9007 (Online)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 (2022) กันยายน - ธันวาคม 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.อรรรณพ สนธิไชย

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.จำลอง วงษ์ประเสริฐ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

นายแพทย์สุพร ลอยหา

มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

รองบรรณาธิการ

ดร.ปิยะฉัตร วัฒนารีย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ปณิตา ครองยุทธ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

อาจารย์แก้วใจ มาลีลัย

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 ลิ้มปทีปรากการ

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 พิณีจจรเดช

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.มณฑิรา จันทวารีย์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ดร.สินีนาด แต่เจริญกุล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



กองบรรณาธิการ

ดร.พยางค์ เทพอักษร

ดร.พงศ์พิชญ์ บุญตา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์(พิเศษ)ดร.สมตระกูล ราศิริ

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์

ดร.สฤณี ผาอาจ

ดร.กชพงศ์ สารการ

ดร.ปาริชาติ นัตนราช

ดร.สรรพพร วิรัตน์โกคิน

ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์

ดร.จามรี เชื้อชัย

ดร.ถนอมศักดิ์ บุญสุข

ดร.อรุราช บูรณะคงคาตรี

ดร.เกศินี หาญจรัสสิทธิ์

ดร.รับขวัญ เชื้อลี

ดร.นฤมล กิ่งแก้ว

ดร.นิธิศ ธาณี

อาจารย์อนุสรณ์ บุญทรง

อาจารย์วัชรพล ทองควัน

อาจารย์ศุภชัย ยานะเรือง

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 กาญจนภิเษก

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอุบลราชธานี

อำนาจเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ฝ่ายจัดการ

นายศรเพชร ไตรศรี

อาจารย์ศตายุ ผลแก้ว

นางสาวพิราพรรณ บรรพบุตร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

บทบรรณาธิการ

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

กระบวนการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิปีที่ 1 ฉบับที่ 1 และ 2 มีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและให้คำชี้แนะ ในการปรับปรุงบทความเรื่องละ 2 ท่าน

เพื่อให้วารสารทันสมัย ทันเหตุการณ์ ตามประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้ง บุคคลให้ดำรงตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564 ประกาศ ณ วันที่ 26 เมษายน 2564 ใจความสำคัญ คือ “ผลงานทางวิชาการต้องได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการ ระดับชาติ ซึ่งวารสารวิชาการระดับชาติต้องเป็นวารสารวิชาการที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ ในสาขาวิชานั้น ๆ หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง โดยวารสารวิชาการนั้นต้องมีการตีพิมพ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และมีการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ (peer reviewer) ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 คน ทั้งนี้วารสารวิชาการนั้น อาจเผยแพร่เป็นรูปเล่มสิ่งพิมพ์ หรือเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่มีกำหนดการเผยแพร่อย่างแน่นอนชัดเจน”

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

บรรณาธิการ



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี บดีรินทร์ บุญจันทร์.....	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในเขตตำบลดงมะไฟ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดยโสธร เกษรากร อัดเนย์.....	16
การศึกษาผลการประเมินการใช้ยาสมเหตุผลของยาปฏิชีวนะรูปแบบฉีด Amoxicillin and Clavulanate และ Ceftazidime ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จิรพรรณ เคหะทอง.....	31
พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียง ตำบลนาเวียง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดยโสธร มาลินี ่องอาจ, นพวรรณ กัญญา และ ทศพล แอนโก.....	42

การพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

บดินทร์ บุญจันทร์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ : 20 พฤศจิกายน 2565 ; วันที่แก้ไข : 8 ธันวาคม 2565 ; วันที่ตอบรับ : 13 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อพัฒนารูปแบบของการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี 3) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดอุบลราชธานี การวิจัยใช้กรอบแนวคิดตามองค์ประกอบของแบบจำลอง McKinsey's 7s Model การวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 1) ศึกษาสถานการณ์การจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสภาวะปัจจุบัน โดยการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) พัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี 3) ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือวิจัย

สรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้ 1) การศึกษาสถานการณ์การจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสภาวะปัจจุบัน พบว่าไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดการศพติดเชื้อที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้ครบถ้วน เนื่องจาก (1) ไม่มีแผนงานโครงการ (2) การขาดแคลนงบประมาณ (3) ผู้ปฏิบัติงานขาดทักษะการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (4) บางหมู่บ้านยังไม่มีเตาเผาศพระบบปิด (5) ขาดการสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชนที่มีประสิทธิภาพ (6) ขาดการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 2) ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการกำหนดวัดหรือศาสนสถานในพื้นที่และขึ้นทะเบียนให้เป็นสถานที่ฌาปนกิจศพติดเชื้อ กำหนดให้มีขั้นตอนการปฏิบัติงานชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้ และดำเนินการได้ในพื้นที่ได้ทุกอำเภอ 3) ขั้นตอนการศึกษาค่าผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นของคณะทำงานปฏิบัติการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.66) ซึ่งอยู่ในระดับมาก 5 องค์ประกอบ เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ โครงสร้าง (\bar{X} = 4.21) บุคลากร (\bar{X} = 3.91) กลยุทธ์ (\bar{X} = 3.60) ระบบ (\bar{X} = 3.60) และค่านิยมร่วม (\bar{X} = 3.55) อยู่ในระดับปานกลาง 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะ (\bar{X} = 3.40) และรูปแบบ (\bar{X} = 3.34) ตามลำดับ ความพึงพอใจของญาติผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.21) ซึ่งทั้ง 7 องค์ประกอบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งหมด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ รูปแบบ (\bar{X} = 4.33) ค่านิยมร่วม (\bar{X} = 4.28) บุคลากร (\bar{X} = 4.22) ทักษะ (\bar{X} = 4.20) โครงสร้าง (\bar{X} = 4.16) ระบบ (\bar{X} = 4.15) และกลยุทธ์ (\bar{X} = 4.11)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย มีดังนี้ 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนงบประมาณรองรับการจัดการ ศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจัดสรรเป็นค่าเสี่ยงภัยสำหรับผู้ปฏิบัติงาน 2) จัดทำแผนพัฒนาทักษะบุคลากรด้านการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 3) พัฒนาระบบเตาศพติดเชื้อให้เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, แบบจำลอง McKinsey's 7s Model

The Development of an Appropriate Model for the Management of Coronavirus 2019 Infected Corpses in the Area of Ubon Ratchathani

Bordin Bunkhan

Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office

Abstract

This research aims to 1) study the situation of the management of Coronavirus 2019 infected corpses in the area of Ubon Ratchathani, 2) develop an appropriate model for the management of Coronavirus 2019 infected corpses, and 3) evaluate the development of a model for the management of Coronavirus 2019 infected corpse. The McKinsey 7S model was use as the research's conceptual model. The mixed method research was conducted. There were three phases of the research including 1) study the current situation of the management of Coronavirus 2019 infected corpse by literature review and in-depth interviews, 2) develop an appropriate model for management of Coronavirus 2019 infected corpse, and 3) evaluate the results of the development of a model for management of Coronavirus 2019 infected corpse by using a questionnaire as a research tool.

The results found that 1) the situation of the management of Coronavirus 2019 infected corpses in the area of Ubon Ratchathani illustrated that was unable to comply the procedures for disposing of infected corpses prescribed by the Ministry of Public Health due to (1) lack of project plans, (2) budget shortages, (3) workers lack skills in handling corpses infected with Coronavirus 2019, (4) some villages do not have a closed cremation system, (5) lack of effective risk communication with the public, and (6) lack of coordination with the authorities related work in the area. Phase two of developing a model for the Coronavirus 2019 infected corpses that was appropriated in Ubon Ratchathani Province, it was found that there was an order to appoint a working group for managing the Coronavirus 2019 infected corpses, and a temple or religious place was established in the area and registered as a place for cremation of Coronavirus 2019 infected corpses with clear and practicable operating procedures and can be operated in every district area. The evaluation of the develop an appropriate model for the management of Coronavirus 2019 infected corpses found that the overall was in high level ($\bar{x} = 3.66$). There were 5 domains high level respectively as follow: structure ($\bar{x} = 4.21$), staff ($\bar{x} = 3.91$), strategy ($\bar{x} = 3.60$), system ($\bar{x} = 3.60$), and shared value ($\bar{x} = 3.55$). There were 2 domains of medium level: skills ($\bar{x} = 3.40$) and style ($\bar{x} = 3.34$) respectively. The assessment of relative satisfaction of the deceased by Coronavirus 2019 was high level ($\bar{x} = 4.21$). There were 7 domains of high level: style ($\bar{x} = 4.33$), shared value ($\bar{x} = 4.28$), staff ($\bar{x} = 4.22$), skills ($\bar{x} = 4.20$), structure ($\bar{x} = 4.16$), system ($\bar{x} = 4.15$), and strategy ($\bar{x} = 4.11$).



The policy proposals are as follows: 1) relevant agencies prepare a budget plan to support the management of Coronavirus 2019 infected corpses, 2) allocate risk costs for workers, and 3) develop an infectious cremation system to suit the context and problem conditions of each area.

Keywords: development of an appropriate model, management of Coronavirus 2019 (COVID-19) Infected Corpses, McKinsey's 7s Model

*Corresponding author : dbod2009@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบการแพร่ระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 เป็นต้นมา ซึ่งพบกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุเกิดการเจ็บป่วยที่ระบบทางเดินหายใจของคนและสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ ผ่านการสัมผัสเอาฝอยละอองผ่านทางไอ จาม (กรมอนามัย 2564 : 3) เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยตั้งแต่ระดับไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีอาการรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-COV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-COV) เป็นต้น (กรมอนามัย 2564 : 2) การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นเชื้อไวรัสโคโรนาโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงชนิดที่ 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2 หรือ SARS-COV-2) ซึ่งการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นลักษณะของการระบาดใหญ่ (Pandemic) แพร่ระบาดไปทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) (WHO 2020) ข้อมูล ณ วันที่ 24 พฤษภาคม 2565 พบว่า มีผู้ติดเชื้อทั่วโลก จำนวน 528,035,012 ราย รักษาหาย จำนวน 498,279,727 ราย เสียชีวิต 6,301,444 ราย ซึ่ง 5 อันดับประเทศที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงสุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อินเดีย บราซิล ฝรั่งเศส และเยอรมนี มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 85,113,962 ราย 43,139,499 ราย 30,803,995 ราย 29,359,336 ราย 26,103,628 ราย ตามลำดับ และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 1,029,121 ราย 524,459 ราย 665,727 ราย 147,917 ราย และ 138,738 ราย ตามลำดับ เช่นกัน (Worldometer 2020)

สถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของไทย ตั้งแต่เริ่มระบาดจนถึงวันที่ 25 พฤษภาคม 2565 มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 4,424,750 ราย รักษาหายแล้วจำนวน 4,347,638 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 29,844 ราย (กรมควบคุมโรค 2565 : ออนไลน์) และศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน COVID-19 จังหวัดอุบลราชธานีได้รายงานผู้ป่วยสะสม ตั้งแต่เมษายน 2564 ถึงวันที่ 25 พฤษภาคม 2565 มีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 221,539 ราย รักษาหาย 205,513 ราย เสียชีวิตสะสม 444 ราย นอกจากนั้นยังมีผู้เสียชีวิตจากเหตุอื่น ๆ แต่ปรากฏภายหลังว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ร่วมด้วยจำนวน 114 ราย ดังนั้น จึงมีผู้ติดเชื้อเสียชีวิตที่ดำเนินการตามปกติตามวิธีการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั้งสิ้น 558 ราย เฉลี่ยวันละ 1.3 ราย อย่างไรก็ตาม มีรายงานสถิติผู้เสียชีวิตรายวันสูงสุด ในวันที่ 21 และ 27 เมษายน 2565 สูงถึงวันละ 9 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2565)

การจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัดอุบลราชธานี ยึดหลักแนวทางการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นแนวทางปฏิบัติ แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาในทางปฏิบัติหลายประการ ประกอบกับการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปัจจุบันยังไม่มีนักวิจัยดำเนินการ ศึกษารายละเอียดในฐานะผู้รับผิดชอบด้านจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

(COVID-19) ระดับจังหวัด จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัดอุบลราชธานีในสภาวะปัจจุบัน ตามองค์ประกอบของแบบจำลอง McKinsey's 7s Model
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ตามองค์ประกอบของแบบจำลอง McKinsey's 7s Model
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย (Study design)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mix Method) ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสภาวะปัจจุบัน ตามองค์ประกอบของแบบจำลอง McKinsey's 7s Model ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กลยุทธ์ (Strategy) ระบบ (System) ทักษะ (Skills) รูปแบบ (Style) บุคลากร (Staff) และค่านิยมร่วม (Shared Value)

2) พัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ตามองค์ประกอบของแบบจำลอง McKinsey's 7s Model ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กลยุทธ์ (Strategy) ระบบ (System) ทักษะ (Skills) รูปแบบ (Style) บุคลากร (Staff) และค่านิยมร่วม (Shared Value)

3) ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ (1) การศึกษาความคิดเห็นของคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (2) การศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ได้รับการจัดการศพติดเชื้อจากคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับอำเภอ (3) ศึกษาปัญหาและอุปสรรค และ (4) สังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

2. ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sample)

1) ขั้นตอนการศึกษารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสภาวะปัจจุบัน ตามองค์ประกอบของแบบจำลอง McKinsey's 7s Model ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบจัดการศพของแต่ละอำเภอ พระ จำนวน 53 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

2) ขั้นตอนการศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสม ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มี 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มคณะกรรมการปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับอำเภอ ประชากร จำนวน 265 คน กลุ่มตัวอย่าง 150 คน 2) กลุ่มญาติของผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 558 คน กลุ่มตัวอย่าง 279 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ทั้งนี้ ขั้นตอนการศึกษาผลลัพธ์ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรร้อยละของประชากร กล่าวคือ ถ้าขนาดของประชากรเป็นจำนวนหลักร้อย ให้ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย ร้อยละ 25 (สมชาย วรภิเษมสกุล 2554 : 171) แต่ในการวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่ยังไม่มีนักวิจัยดำเนินการมากนัก เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ผู้วิจัย จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 50 ของประชากร ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 150 คน และ 279 คน ตามลำดับ

เครื่องมือการวิจัย

1. ขั้นตอนการศึกษารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสภาวะปัจจุบันตามองค์ประกอบของแบบจำลอง McKinsey's 7s Model เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) การทบทวนวรรณกรรม (Literature Review) กระบวนการปฏิบัติงานจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัดอุบลราชธานี ในสภาวะปัจจุบัน ตามองค์ประกอบของแบบจำลอง McKinsey's 7s Model ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กลยุทธ์ (Strategy) ระบบ (System) ทักษะ (Skills) รูปแบบ (Style) บุคลากร (Staff) และค่านิยมร่วม (Shared Value)

2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 3 ข้อ

2. ขั้นตอนการศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ใช้สำหรับสอบถามคณะกรรมการปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับอำเภอ มี 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 การจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามแบบจำลอง McKinsey's 7s Model จำนวน 44 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ 2 ข้อ (คำถามปลายเปิด)

2) แบบสอบถามที่ใช้สำหรับสอบถามกลุ่มญาติของผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ได้รับการจัดการศพจากคณะกรรมการปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับอำเภอ มี 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามแบบจำลอง McKinsey's 7s Model จำนวน 35 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ 2 ข้อ (คำถามปลายเปิด)

ทั้งนี้ ในส่วนที่ 2 ของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีทั้งด้านบวกและด้านลบ แต่ละข้อกำหนดมาตรวัด 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) ส่วนคำถามด้านลบ มีค่าคะแนนตรงข้ามกับด้านบวก

เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัจจัยองค์ประกอบ 7 ด้าน ของแบบจำลอง McKinsey's 7s แบ่งเกณฑ์เป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด 2545 : 165-166) ดังนี้

ข้อที่มีความหมายทางบวก

ความคิดเห็นระดับ มากที่สุด	หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 คะแนน
ความคิดเห็นระดับ มาก	หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 คะแนน
ความคิดเห็นระดับ ปานกลาง	หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 คะแนน
ความคิดเห็นระดับ น้อย	หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน
ความคิดเห็นระดับ น้อยที่สุด	หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน

ส่วนข้อที่มีความหมายทางลบ มีค่าคะแนนตรงกันข้ามกับด้านบวก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากร โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มประชากร

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในสภาวะปัจจุบัน และหลังจากสังเคราะห์พัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี แล้ว จึงศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อคิดเห็นต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตามแบบจำลอง McKinsey's 7s Model และแบบสอบถามปลายเปิดที่ศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

3. เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ขั้นตอนการศึกษารูปแบบการจัดการศพผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสภาวะปัจจุบันตามองค์ประกอบของแบบจำลอง McKinsey's 7s Model เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม (Literature Review) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. ขั้นตอนการศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือวิจัย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ ดำเนินการในมนุษย์ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเอกสารรับรอง เลขที่ SSJ.UB 2555-53 รหัสโครงการ SSJ.UB 53 วันที่รับรอง 27 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

1) ขั้นตอนการศึกษารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในสภาวะปัจจุบัน พบว่า (1) ด้านโครงสร้าง (Structure) ไม่มีเอกสารที่เป็นคำสั่งหรือการมอบหมายภาระงานที่เป็นรูปธรรม ไม่มีคณะกรรมการ และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเสนอให้มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ (2) ด้านกลยุทธ์ (Strategy) พบว่า ไม่มีแผนงานโครงการ ไม่มีงบประมาณสนับสนุน ขั้นตอนการปฏิบัติยัดแนวทางของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ครบทุกขั้นตอน (3) ด้านระบบ (System) พบว่า มีขั้นตอนการบรรจุศพโดยเจ้าหน้าที่เวรปกติ ขั้นตอนการขนส่งศพให้พนักงานขับรถของโรงพยาบาลนำส่งศพไปยังวัดในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี เจ้าหน้าที่กู้ชีพ อบจ.อุบลราชธานี จะทำหน้าที่ยกศพลงไปยังเมรุ ขั้นตอนพิธีทางศาสนาใช้เวลาสั้นที่สุด (4) ด้านรูปแบบ (Style) พบว่า ไม่มีการสั่งการที่ชัดเจน ไม่มีการประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานอื่น เมื่อมีปัญหาเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจะแก้ปัญหาเป็นราย ๆ ไป (5) ด้านบุคคลคณะทำงาน (Staff) พบว่า ไม่มีคณะทำงานที่ชัดเจน จำนวนผู้ปฏิบัติงานไม่แน่นอน ไม่มีค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ขาดขวัญและกำลังใจ (6) ด้านทักษะการปฏิบัติงาน (Skills) พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรม ไม่มีทักษะการจัดการศพติดเชื้อที่ถูกต้อง (7) ด้านค่านิยมร่วม (Shared Value) ไม่มีการกำหนดค่านิยมร่วมกัน

2) ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า (1) ด้านโครงสร้าง (Structure) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงาน ปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน (2) ด้านกลยุทธ์ (Strategy) พบว่า มีการกำหนดวัดหรือศาสนสถานในพื้นที่ให้เป็นสถานที่ฌาปนกิจศพติดเชื้อให้ขึ้นทะเบียน เป็น ฌาปนสถาน จัดทำคู่มือการจัดการศพติดเชื้อของจังหวัด กำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ/ตำบลลงพื้นที่ประชุมร่วมกับผู้นำ พระ ทำความเข้าใจกับประชาชน (3) ด้านระบบ (System) พบว่า การบรรจุศพให้ดำเนินการโดยทีมคณะทำงาน ปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อของแต่ละอำเภอที่ได้รับการแต่งตั้ง การบรรจุศพให้เป็นไปตามแนวทางการจัดการศพ

ที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกำหนด การเคลื่อนย้ายศพให้ดำเนินการโดยทีมคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อ การเก็บรักษาศพกรณีใส่โรยเย็นต้องดำเนินการมาปนกิจภายใน 3 วัน กรณีไม่ใส่โรยเย็นต้องดำเนินการมาปนกิจศพภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเสียชีวิต การเข้าร่วมพิธีมาปนกิจศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ปฏิบัติตามมาตรการ UP-DMHTA และ VUCA โดยเคร่งครัด การสื่อสารความเสี่ยงให้เป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ (4) ด้านรูปแบบ (Style) พบว่า รูปแบบการสั่งการนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขออนุมัติแนวทางหรือข้อสั่งการจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดและสั่งการผ่านการประชุมศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข การมอบหมายงานให้เป็นไปตามคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดอุบลราชธานี การกำกับตรวจสอบให้คณะกรรมการอำนวยการมีหน้าที่ตรวจสอบการปฏิบัติงานและให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลทุกแห่ง ทำหน้าที่ตรวจสอบมาตรการการปฏิบัติงาน (5) ด้านบุคคลคณะทำงาน (Staff) พบว่า องค์ประกอบของทีมจัดการศพในระดับอำเภอมี 2 คณะ ได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการมีจำนวน 6-14 คน ตามความเหมาะสมของแต่ละอำเภอ และคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 6-20 คน ตามความเหมาะสมของแต่ละอำเภอ กำหนดให้มีสวัสดิการและค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานจัดการศพติดเชื้อตามสมควร (6) ด้านทักษะการปฏิบัติงาน (Skills) พบว่า ให้มีการอบรมระยะสั้น การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำเอกสารคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานแนวทางการดำเนินงานตามมาตรการปลอดภัยองค์กร (COVID Free Setting) และให้มีการซักซ้อมการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยก่อนปฏิบัติการจริงทุกครั้ง (7) ด้านค่านิยมร่วม (Shared Value) ให้มีค่านิยมร่วมโดยใช้ค่านิยมหลักของบุคลากรสาธารณสุข “เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตน อ่อนน้อม” และมีวัฒนธรรมของบุคลากร สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีคือ “รับผิดชอบต่อตรงต่อเวลา พัฒนาเป็นนิจ จิตบริการทำงานเป็นทีม” ให้คณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพระดับอำเภอ สามารถกำหนดค่านิยมร่วม (Shared Value) ขึ้นมาได้ ตามความเหมาะสม

3) ผลลัพธ์ของการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

3.1) การประเมินความคิดเห็นของคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพต่อรูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.66) ซึ่งอยู่ในระดับมาก 5 องค์ประกอบ เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยได้ ดังนี้ โครงสร้าง (Structure) (\bar{X} = 4.21), บุคลากร (Staff) (\bar{X} = 3.91), กลยุทธ์ (Strategy) (\bar{X} = 3.60), ระบบ (System) (\bar{X} = 3.60), และค่านิยมร่วม (Shared Value) (\bar{X} = 3.55), อยู่ในระดับปานกลาง 2 องค์ประกอบ เรียงลำดับตามค่าคะแนนได้ ดังนี้ ทักษะ (Skills) (\bar{X} = 3.40) และรูปแบบ (Style) (\bar{X} = 3.34)

3.2) การประเมินความพึงพอใจของญาติผู้เสียชีวิตที่ได้รับการจัดการศพจากคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.21) ทั้ง 7 องค์ประกอบ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ รูปแบบ (Style) (\bar{X} = 4.33), ค่านิยมร่วม (Shared Value)

(\bar{X} = 4.28), บุคลากร (Staff) (\bar{X} = 4.22), ทักษะ (Skills) (\bar{X} = 4.20), โครงสร้าง (Structure) (\bar{X} = 4.16), ระบบ (System) (\bar{X} = 4.15) และกลยุทธ์ (Strategy) (\bar{X} = 4.11)

3.3) ปัญหาและอุปสรรค

(1) ไม่มีแผนงานโครงการ (2) การขาดแคลนงบประมาณ (3) ผู้ปฏิบัติงานขาดทักษะการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (4) บางหมู่บ้านยังไม่มีเมรุระบบปิด (5) ขาดการสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชน ที่มีประสิทธิภาพ (6) ขาดการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น

3.4) ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- 1) เสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนงบประมาณรองรับการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) และจัดสรรเป็นค่าเสี่ยงภัยสำหรับผู้ปฏิบัติงาน
- 2) เสนอให้มีแผนพัฒนาทักษะบุคลากรด้านการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- 3) เสนอให้มีการพัฒนาระบบเตาศพติดเชื้อให้เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

อภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้ 1) ขั้นตอนการศึกษารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสภาวะปัจจุบัน พบว่า ไม่มีคณะทำงานที่ชัดเจน ไม่มีแผนงานโครงการ ขั้นตอนการปฏิบัติที่กำหนดโดยส่วนกลางไม่สามารถปฏิบัติได้ครบ ไม่มีงบประมาณสนับสนุนและผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญกำลังใจ สอดคล้องกับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ShaguftaPerveen, Shifa S Habib (2008) ได้ศึกษาการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รัฐการาจี ปากีสถาน พบว่า ไม่มีโครงสร้างชัดเจน ไม่มีนโยบายจากส่วนกลาง ผู้ปฏิบัติงานจึงขาดขวัญและกำลังใจ 2) ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการกำหนดวัดหรือศาสนสถานในพื้นที่ให้เป็นสถานที่ฌาปนกิจศพติดเชื้อให้ขึ้นทะเบียนเป็นฌาณสถาน กำหนดให้มีขั้นตอนการปฏิบัติงานชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้ 3) ขั้นตอนการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ (1) ผลการศึกษาความคิดเห็นของคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับมาก และ (2) ผลการศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการจัดการศพจากคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศักดิ์ สายอ่อง สุปรินา แก้วสวัสดิ์ และวิดา กวานเทียน (2563) ที่ ศึกษาการบริหารจัดการองค์กรตามกรอบแนวคิด McKinsey's 7s Model ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการองค์กร โดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Adele Malan (2003) ที่ศึกษาประยุกต์ใช้แบบจำลอง McKinsey's 7s Model ในการประเมินประสิทธิภาพของการบริหารจัดการระบบดูแล

สุขภาพสู่การเป็นองค์กรที่มีประสิทธิภาพ ในคณะเศรษฐศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ของมหาวิทยาลัย Rand Afrikaans อเมริกาใต้ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่องค์กรการจัดการระบบดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ กลยุทธ์ (strategy) ระบบ (system) และการพัฒนาบุคลากร (staff) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Aminatuz Zuhriah และคณะ (2018) ที่ได้ศึกษาการจัดการวางแผนทรัพยากรบุคคล เพื่อการแข่งขันแบบก้าวกระโดด ในแผนกสูติกรรม เมืองการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า องค์กรประกอบทั้ง 7 ของแบบจำลอง McKinsey's 7s Model เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กร ประการสำคัญยังสอดคล้องกันแนวคิด McKinsey's 7s Model ที่อธิบายว่าการดำเนินงานขององค์กร จะเกิดประสิทธิผลสูงสุดก็ต่อเมื่อ องค์กรประกอบ ทั้ง 7 ด้าน มีความสอดคล้องกันดี เนื่องจากแต่ละองค์ประกอบ มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด หากเกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบประกอบใดองค์หนึ่ง ก็จะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่น ๆ ทั้งหมดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

อภิปรายได้ว่า รูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) เพราะมีการพัฒนารูปแบบครอบคลุม ทั้ง 7 ด้าน ผลของการพัฒนารูปแบบยังสามารถประยุกต์ ใช้ได้กับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ทั้งนี้ เมื่อแยกประเด็นย่อยตามองค์ประกอบของแบบจำลอง McKinsey's 7s Model อภิปราย ได้ดังนี้

1.ด้านโครงสร้าง (Structure) พบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ในจำนวนองค์ประกอบทั้งหมด และญาติของผู้เสียชีวิต ที่ผ่านการจัดการศพจากคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อระดับอำเภอ มีความพึงพอใจต่อด้านโครงสร้าง (structure) อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับ น้ำฝน จันทรแดง จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และชาญชัย ดิกชะปัญโญ (2554 : 389-390) ที่ศึกษากระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาองค์กรตามแนวทางการบริหารราชการแนวใหม่ ของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม มีการจัดการโครงสร้างองค์กรชัดเจน อภิปรายได้ว่า การมีโครงสร้างที่ชัดเจนสะท้อนว่าองค์กรมีเสถียรภาพ การจัดการองค์กรก็จะเกิดความคล่องตัว ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์กรอย่างแน่นอน

2.ด้านกลยุทธ์ของทีม (Strategy) พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับมาก และญาติของผู้เสียชีวิตที่ผ่านการจัดการศพจากคณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อระดับอำเภอ มีความพึงพอใจต่อด้านกลยุทธ์ (Strategy) อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวีศักดิ์ สายอ่อง สุปรีชา แก้วสวัสดิ์ และวิดา กวานเทียน (2563 135 - 140) ที่ได้ศึกษาการบริหารจัดการองค์กรตามกรอบแนวคิด McKinsey's 7s Model ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์โรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 ที่ พบว่า มีความชัดเจนของยุทธศาสตร์อยู่ในระดับสูง และเห็นว่าควรให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงาน อภิปรายได้ว่า ด้านกลยุทธ์ (Strategy) เป็นเครื่องมือในการวางแผนการปฏิบัติงานขององค์กร ทำให้องค์กรมีแบบแผนและขั้นตอนในการปฏิบัติงาน และยังเป็นตัวกำหนดทิศทางขององค์กรอย่างชัดเจน อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นความน่าเชื่อถือในบริการขององค์กรอีกด้วย

3.ด้านระบบการทำงาน (System) พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับมาก รวมทั้งญาติของผู้เสียชีวิตมีความพึงพอใจต่อด้านระบบการทำงาน (System) อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของทวีศักดิ์ สายอ่อง สุปรีชา แก้วสวัสดิ์ และวิดา กวานเทียน (2563 135 - 140) ที่ได้ศึกษาการบริหารจัดการองค์กรตามกรอบแนวคิด McKinsey's 7s Model ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 ที่ พบว่า มีความพร้อมของระบบการทำงาน (System) อยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ TintinSukartini, AchmedMasfi, A. Aziz Hidayat, NursalamNursalem (2020) ได้ศึกษาประสิทธิภาพขององค์กรด้วยแบบจำลอง McKinsey's 7s Model ในกลุ่มพยาบาล กรณีศึกษา ศูนย์บริการสาธารณสุข เมืองมาตุรา ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ด้านระบบการทำงาน อยู่ในระดับต่ำ อภิปรายได้ว่า ด้านระบบการทำงาน (System) เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากและยังเป็นเสมือนกระจกที่สามารถสะท้อนถึงประสิทธิผลขององค์กรได้อย่างชัดเจน

4.ด้านรูปแบบการปฏิบัติงาน (Style) พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ญาติผู้เสียชีวิตมีความพึงพอใจต่อด้านรูปแบบการปฏิบัติงาน (Style) อยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า ด้านรูปแบบการปฏิบัติงาน (Style) เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการจูงใจ ของผู้ปฏิบัติงาน โดยต้องอาศัยผู้นำที่มีทั้งศาสตร์และศิลป์ในการนำหรือสั่งการเพื่อกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเล็งเห็นความจำเป็นและมุ่งไปสู่ความสำเร็จขององค์กร ร่วมกัน

5.ด้านบุคลากร (Staff) คณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับมาก รวมทั้งญาติผู้เสียชีวิต มีความพึงพอใจต่อด้านบุคลากรที่จัดการศพติดเชื้อ อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน อภิปรายได้ว่า ด้านบุคลากร (Staff) คณะทำงานปฏิบัติการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัดอุบลราชธานี หลังจากได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แล้วสามารถแก้ไขปัญหาการไม่มีผู้ปฏิบัติงานได้ แต่ก็ยังมีคณะทำงานบางคนขอถอนตัวจากการปฏิบัติงานโดยให้เหตุผลว่า รู้สึกไม่ปลอดภัย อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน อีกทั้งการปฏิบัติงานจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไม่มีค่าตอบแทนที่ชัดเจน

6.ด้านทักษะการจัดการศพติดเชื้อ (Skills) พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ส่วนญาติของผู้เสียชีวิตมีความพึงพอใจต่อด้านรูปแบบการปฏิบัติงาน (Style) อยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า การฝึกอบรมพัฒนาทักษะการจัดการศพติดเชื้อ มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาต่อเนื่อง ให้คณะทำงานเกิดความเชี่ยวชาญ เพราะทักษะ (Skills) ที่จำเป็นมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ (Strategy) รูปแบบ (Style) และระบบการทำงาน (system) ขององค์กรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

7.ด้านค่านิยมร่วม (Share Value) พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับมาก รวมทั้งญาติผู้เสียชีวิต มีความพึงพอใจต่อด้านค่านิยมร่วม (Share Value) อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับ ธนกร อุบลสถิต (2556) ที่สรุปผลการศึกษาการปฏิบัติราชการด้านการบริหารจัดการ กรณีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการสร้างสมรรถหลักคือ SMART Integrity, Servicemind, Mastery/Expertise, Achievement motivation, Relationships, Teamwork) อภิปรายได้ว่า ค่านิยมร่วม (Share Value) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญโดยที่ผู้ก่อตั้งแนวคิดแบบจำลอง

McKinsey's 7s Model วางไว้ตรงกลาง ซึ่งเน้นว่า ค่านิยมร่วม (Shared Value) เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา
ทุกองค์ประกอบและมีนัยเสมือนเป็นเป้าหมายสูงสุดขององค์กร อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) โดยมีหน่วยงาน
ในท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางการจัดการ

2. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการจัดการศพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)
ที่มีประสิทธิภาพกับประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการดำเนินการเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับสถานประกอบการ*. มปท: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564) *แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*. มปท: มปพ.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564). *สถานการณ์โควิด 19*. สืบค้น 25 พฤษภาคม 2565 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563).*แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด - 19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1)*. มปท: บริษัททีเอสอินเตอร์พรีนซ์ จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2559). *แนวทางการจัดการศพติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและโรคติดต่ออันตราย*. สมุทรสาคร : บริษัท บอรัญนุบี พับซิ่ง จำกัด.
- กรมศาสนา. (2563). *คู่มือการจัดพิธีทางศาสนาของแต่ละศาสนาในช่วงเวลาการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)*. มปท. : มปพ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มืออนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับห้างสรรพสินค้า เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19*. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2563). *แนวทางการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID - 19))*. กรุงเทพฯ. : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2563). *คู่มือการจัดพิธีทางศาสนาและการจัดกิจกรรมทางประเพณี ในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)*. มปท. : บริษัท ทีเอสอินเตอร์พรีนซ์ จำกัด.
- จิตติ รัตมีธรรมโชติ. (2558). *การเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาองค์กร*. บริษัทธันวา 4 อาร์ต จำกัด.
- ทวีศักดิ์ สายอ่อง, สุปรีชา แก้วสวัสดิ์ และวิยดา กวานเทียน. (2563). *การบริหารจัดการองค์กรตามแนวคิด McKinsey's 7s ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11*. (รายงานการวิจัย).
- น้ำฝน จันทรแดง ,จิระศักดิ์ เจริญพันธ์และ ชาญชัย ดิกขปัญญา. (2554). *กระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาองค์กรตามแนวทางการบริหารราชการแนวใหม่ของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี*. (รายงานการวิจัย).
- บุญชม ศรีสะอาด.(2554). *การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. สุวีริยาสาส์น.

เอกสารอ้างอิง

- สมชาย วรกิจเกษมสกุล. (2554). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). อักษรศิลป์ การพิมพ์.
- Adele Malan. (2003). *Applying McKinsey'S Model with Managed Health Care Systems MHS To Assess The Organization 'S Effectiveness*. Short Dissertation of Business Management at the Rand Afrikaans University.
- Aminatuz Zuhriah and others. (2018). *HR Planning Using the McKinsey 7s Model Concept For Start Up Maternity Clinic, Proceedings of the 1st International Conference on Recent Innovation*.
- Malgozata Chmielewska and others. (2022). *Evaluating Organization Performance of Public Hospitals using the McKinsey 7s Framework*, BMH Health Services Research, 1(7), 1
- Shagufta Perveen and Shifa S habib. (2017). *Identifying Constraints For Hospital Infection Control Management VIA the McKinsey 7s Framework in Pakistan*. *Pakistan, Journal of Public Health*, 7(4), 213-219
- Tintin Sukartini and others. (2020). *Organizational Effectiveness with McKinsey 7s Model Approach on Public Health Center in Madura Indonesia*, *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(7). 4100-4111
- World Health Organization .(2020). *Covid – 19 Guidance for the Management of the Dead in Humanitarian Setting*, 1-10
- World Health Organization. (2021). *Are there treatment for COVID-19 ?* (Cited 2021 December 20). Available From : <http://www.wno.int/news-room/question-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>
- Worldometer. (2020) *Reported Cases and Deaths by Country or Territory* (Cited 2022 May 24). Available From : <http://www.worldometer.info>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ในเขตตำบลดงมะไฟ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดยโสธร

เกษรากร อัดเนย์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำครดตา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

(วันที่รับบทความ : 22 พฤศจิกายน 2565 ; วันที่แก้ไข : 13 ธันวาคม 2565 ; วันที่ตอบรับ : 16 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานะช่องปาก ระดับความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะช่องปาก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาล จำนวน 5 โรงเรียน เขตตำบลดงมะไฟ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดยโสธร ปีการศึกษา 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม แบบสังเกตการแปรงฟัน และแบบตรวจสอบสถานะช่องปาก การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่าเท่ากับ 0.73 และการตรวจสอบด้านความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน คือ Chi-Square Test และ Fisher's Exact test

ผลการวิจัยพบว่า สถานะโรคฟันผุ ถอน อุด (DMF) จำนวน 285 ซี่ ร้อยละ 7.53 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน ผุ (DMF) 1.90 ซี่/คน โดยเป็นฟันผุ 1.83 ซี่/คน ฟันถอน 0.01 ซี่/คน และฟันอุด 0.06 ซี่/คน และมีหินน้ำลายและมีเลือดออกในฟันซี่เดียวกัน (Sextant) จำนวน 76 Sextant ร้อยละ 8.44 ค่าเฉลี่ยมีหินน้ำลายและมีเลือดออก 0.51 sextant/คน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ พบว่า สถานศึกษา มีความสัมพันธ์กับสถานะโรคเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.03$) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีความสัมพันธ์กับสถานะโรคฟันผุและสถานะโรคเหงือกอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.03$) ในส่วนของระดับทักษะการแปรงฟัน พบว่า มีความสัมพันธ์กับสถานะโรคฟันผุและสถานะโรคเหงือกอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.04$ และ 0.01) จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ครู ผู้ปกครอง และตัวนักเรียนเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้นักเรียนมีสุขภาพช่องปากที่ยั่งยืน

คำสำคัญ : สถานะช่องปาก นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ

Associated Factors of Oral Health Status among Students Grade 4 – 6 in Dongmafi Subdistrict, Sai Moon District, Yasothon Province

Katsarakorn Attanay

Khamkornta Tambon Health Promoting Hospital, Yasothon Public Health Office

Abstract

This cross sectional analytical study aimed to study the oral health status of students, knowledge, attitudes, and the oral health care behaviors, and to study the associated factors of oral health. The sample were 150 students of grades 4 to 6 that studying in 5 government primary schools located in Dongmafi Subdistrict, Sai Moon District, Yasothon Province. The research tools were the questionnaires, the teeth brushing observation, and the oral health status checklist. The validity was test by expert that was 0.73. The reliability, an alpha Cronbach coefficient was 0.75. The data were analyzed with descriptive and inferential statistics, Chi-Square Test and Fisher's exact test.

The results found that the status of Decay Missing Filling Teeth (DMFT) was 285 tooth (7.53%). The average of Decay Missing Filling Teeth (DMFT) was 1.90 tooth/person; decayed tooth was 1.83 tooth/person. Missing tooth was 0.01 tooth/person, and filled tooth was 0.06 tooth/person. The amount of having dental calculus and bleeding gingival was 76 sextants (8.44%). The average of dental calculus and bleeding gingival was 0.51 sextant/person. The factors associated found that educational correspond to gingivitis condition which was statistically significant ($p < 0.03$). The educational achievement associated to decayed teeth condition and gingivitis condition which was statistically significant ($p < 0.03$). The brushing skill level were also found to have to decayed teeth condition and gingivitis condition which was statistically significant ($p < 0.03$). The results indicated that the related organizations should use the data for the guideline supporting teacher, parents and students for essential to caring the oral health.

Keywords : Oral Diseases, students grades 4 – 6, decayed teeth, gingivitis

*Corresponding author : gadsaragon@gmail.com, 08 4429 7677

บทนำ

การมีสุขภาพช่องปากที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคในช่องปาก เช่น การบริโภคน้ำตาลเกิน ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วม (Common risk factors) ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอีกด้วยการติดตามข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก และการรับบริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีความแตกต่างกันตามกลุ่มวัยและบริบทของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความสำคัญต่อการนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ การวางแผนงาน โครงการต่าง ๆ และการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561 : 20)

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของประเทศไทย ครั้งที่ 8 ปี 2561 พบว่า เด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 66.70 ความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปีคิดเป็น ร้อยละ 52.00 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.40 ซี่/คน เป็นฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 31.50 มีฟันอุดร้อยละ 31.10 และมีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 3.00 พบภาวะมีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 66.3 และพบร้อยละผู้มีหินน้ำลายและมีเลือดออก 31.80 ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.70 โดยพบว่าความชุกของการเกิดโรคฟันผุสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 61.10 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.60 ซี่/คน พบภาวะมีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 70.10 และพบผู้มีหินน้ำลายและเลือดออก ร้อยละ 30.80 ฟันที่เคลือบหลุมร่องฟันภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 18.50 ค่าเฉลี่ย 0.40 ซี่/คน เขตสุขภาพที่ 10 พบกลุ่มเด็ก อายุ 12 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.50 ซี่/คน ฟันที่มีเนื้อมีปาก 25.80 ซี่/คน และพบผู้มีเหงือกอักเสบร้อยละ 70.10 (สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2561) ข้อตกลงสำนักทันตสาธารณสุขลงนามกับกรมอนามัย กำหนดให้ตัวชี้วัดมาตรฐานเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุร้อยละ 52.00 จากรายงานมาตรฐานสาขาสุขภาพช่องปากพื้นที่จังหวัด ยโสธร พบว่า ความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปีคิดเป็น ร้อยละ 24.83 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.30 ซี่/คน ส่วนในอำเภอทรายมูล คิดเป็น ร้อยละ 55.56 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.70 ซี่/คน โดยมีความชุกของโรคฟันผุและมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดของทรายมูลมีค่าสูงกว่าระดับจังหวัด

สุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การออกเสียงที่ชัดเจน ความมั่นใจในการเข้าสังคม และการเคี้ยวอาหารซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการนำสารอาหารเข้าสู่ร่างกายล้วนเกิดจากการมีสุขภาพช่องปากที่ดี จะเห็นได้ว่าสุขภาพช่องปากเป็นอีกมิติหนึ่งในองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในกลุ่มเด็ก ประถมศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะโรคในช่องปาก จากสถานการณ์ที่พบการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ เกินค่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัญหาสภาวะโรคในช่องปากและปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคในช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในพื้นที่ อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานในด้านทันตสาธารณสุขของกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในโรงเรียนประถมศึกษาที่อยู่ในเขตตำบลดงมะไฟ อำเภอรายมุล จังหวัดยโสธร
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในโรงเรียนประถมศึกษาที่อยู่ในเขตตำบลดงมะไฟ อำเภอรายมุล จังหวัดยโสธร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และการแปรผันกับสภาวะช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในโรงเรียนประถมศึกษาที่อยู่ในเขตตำบลดงมะไฟ อำเภอรายมุล จังหวัดยโสธร

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย (Study design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และการแปรผันกับสภาวะช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 เก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

2. ประชากร (Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในโรงเรียนรัฐบาลในเขตตำบลดงมะไฟ อำเภอรายมุล จังหวัดยโสธร ปีการศึกษา 2565 จำนวน 5 โรงเรียน รวม 150 คน

3. เกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา (Selection Criteria)

(1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในโรงเรียนรัฐบาลในเขตตำบลดงมะไฟ อำเภอรายมุล จังหวัดยโสธร การศึกษา 2565
- นักเรียนที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- เป็นผู้ที่คุณครูประจำชั้นหรือผู้ปกครองยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

(2) เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- นักเรียนที่ไม่มาหรือเข้ารับการตรวจหลังจากติดตามเก็บข้อมูลเพิ่มเติมแล้ว 2 ครั้ง
- นักเรียนที่มีความพิการทางด้านสติปัญญา

เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อใช้เก็บข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานศึกษา ระดับศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อาชีพ ผู้ปกครอง จำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปาก อาหารที่ส่งผลต่อช่องปาก ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคในช่องปาก อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก โดยผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ (True or false)

โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสต์ (Best, 1989 อ้างถึงในอุตมพร รักเถาว์, 2558) เกณฑ์การให้คะแนนใช้วิธีอิงกลุ่มที่ใช้ให้คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด เป็นข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน แล้วนำมาจัดกลุ่มแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.00 หมายความว่า มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 0.34 - 0.66 หมายความว่า มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.33 หมายความว่า มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ โดยผู้ศึกษา สร้างขึ้นจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสอบถามมีให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย

โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสต์ (Best, 1989 อ้างถึงในอุตมพร รักเถาว์, 2558) เกณฑ์การให้คะแนนใช้วิธีอิงกลุ่มที่ใช้ให้คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด เป็นข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน แล้วนำมาจัดกลุ่มแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ

ค่าเฉลี่ย 2.36 - 3.00 หมายความว่า มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.68 - 2.35 หมายความว่า มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.67 หมายความว่า มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมทันตสุขภาพ จำนวน 18 ข้อ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ปีพ.ศ. 2561 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริง จำนวน 3 ระดับ คือ เป็นประจำ (ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์), บ่อยครั้ง (หมายถึง ปฏิบัติ 1-5 วัน/สัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติ (ไม่เคยปฏิบัติเลย)

โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสต์ (Best, 1989 อ้างถึงในอุตมพร รักเถาว์, 2558) เกณฑ์การให้คะแนนใช้วิธีอิงกลุ่มที่ใช้ให้คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด เป็นข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน แล้วนำมาจัดกลุ่มแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ

ค่าเฉลี่ย 2.36 - 3.00 หมายความว่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.68 - 2.35 หมายความว่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.67 หมายความว่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสังเกตพฤติกรรมการแปรงฟัน เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) โดยดัดแปลงจากดัชนีวัดทักษะด้านอนามัยช่องปาก (Oral hygiene skill achievement index: S.A.I.) ของ Niederman.R, Sullivans (1981, pp. 143-156) และประยุกต์ให้สอดคล้องตามคำแนะนำของกรมอนามัย ใช้ประเมินทักษะการแปรงฟันของกลุ่มตัวอย่าง โดยวัดทักษะการแปรงฟันใน 2 องค์ประกอบ คือ แปรงฟันครบตำแหน่ง (Placement) และแปรงฟันถูวิธี (Motions) ซึ่งจะมีบริเวณในการประเมิน ทั้งหมด 17 บริเวณ ประกอบด้วยบริเวณผิวฟัน 16 ส่วน และลิ้น 1 ส่วน (สมลักษณ์ แสงสัมฤทธิ์สกุล, 2559)

คะแนนระดับทักษะการแปรงฟัน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ประยุกต์ใช้ตามดัชนีวัดทักษะด้านอนามัยช่องปาก (Oral hygiene skill achievement index: S.A.I.) ของ Niederman.R, Sullivans (1981, pp. 143-156) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายความว่า ทักษะการแปรงฟันในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายความว่า ทักษะการแปรงฟันในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายความว่า ทักษะการแปรงฟันในระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการตรวจสภาวะโรคฟันผุและสภาวะเหงือกอักเสบ แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

1. Decayed-Missing-Filling Indices (DMF) แบบบันทึกการตรวจสภาวะโรคฟันผุ ซึ่งประยุกต์จาก ORAL HEALTH SURVEY FORM The 8th National Oral Health Survey, Thailand 2017 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) ใช้ประเมินสถานภาพของโรคฟันผุ

2. Gingival bleeding scores (Modified) แบบบันทึกการตรวจสภาวะเหงือกอักเสบ ซึ่งประยุกต์จาก ORAL HEALTH SURVEY FORM The 8th National Oral Health Survey, Thailand 2017 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาดัชนีที่มีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.66 ขึ้นไป มาใช้เป็นข้อคำถามได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.73 และตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยการทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักเรียนโรงเรียนบ้านตุ่ลาด ตำบลตุ่ลาด อำเภอรายมุล จังหวัดยโสธร จำนวน 40 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงเรียนประถมศึกษาในเขตตำบลดงมะไฟ อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากร โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียด และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากร

2. ผู้วิจัยเริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการให้กลุ่มประชากรตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม และแบบทดสอบและแบบตรวจสภาวะโรคฟันผุและสภาวะเหงือกอักเสบ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ตัวแปรเดียวกับตัวแปรตามตัวแปรเดียว ได้แก่ Chi-Square Test และ Fisher's Exact test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร มีมติเห็นชอบ อนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัย เลขรับรองเลขที่ HE 6545/2565 รับรองตั้งแต่วันที่ 8 กรกฎาคม 2565 ถึง 28 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 78 คน (ร้อยละ 52.00), อายุ 10 ปี จำนวน 55 คน (ร้อยละ 36.70), สถานศึกษาบ้านคำครตา จำนวน 56 คน (ร้อยละ 37.30), ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 55 คน (ร้อยละ 36.70), ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ระหว่าง 2.68-4.00 จำนวน 139 คน (ร้อยละ 92.70), อาชีพผู้ปกครองเกษตรกร จำนวน 59 คน (ร้อยละ 39.30) และจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน 11-20 บาท จำนวน 62 คน (ร้อยละ 41.30) สภาวะฟันผุ ถอน ผุ (DMF) จำนวน 285 ซี่ ร้อยละ 7.53 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน ผุ (DMF) 1.90 ซี่/คน โดยเป็นฟันผุ 1.83 ซี่/คน ฟันถอน 0.01 ซี่/คน และฟันอุด 0.06 ซี่/คน สภาวะโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 80 คน ร้อยละ 53.33

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียน จำแนกตามเพศ, อายุ, สถานศึกษา, ระดับการศึกษาปัจจุบัน, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน, อาชีพผู้ปกครอง และจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน (n = 150) (ชื่อ/คน)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	72	48.00
	หญิง	78	52.00
อายุ	10	55	36.70
	11	47	31.30
	12	48	32.00
สถานศึกษา	โรงเรียนบ้านดงมะไฟโรงเรียน	36	24.00
	บ้านโคกก่องฯ	26	17.30
	โรงเรียนบ้านกุดกว้าง	9	6.00
	โรงเรียนบ้านคำครตา	56	37.30
	โรงเรียนบ้านคำแซนตอก	23	15.30
ระดับการศึกษาปัจจุบัน	ป. 4	55	36.70
	ป. 5	47	31.30
	ป. 6	48	32.00
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	0.00-1.33(ต่ำ)	0	0.00
	1.34-2.67(ปานกลาง)	11	7.30
	2.68-4.00(สูง)	139	92.70
อาชีพผู้ปกครอง	รับราชการ	10	6.70
	ค้าขาย	34	22.70
	เกษตรกร	59	39.30
	รับจ้างทั่วไป	33	22.00
	อื่น ๆ	14	9.30

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียน จำแนกตามเพศ, อายุ, สถานศึกษา, ระดับการศึกษาปัจจุบัน, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน, อาชีพผู้ปกครอง และจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน (n = 150) (ซี/คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
จำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน		
1-10 บาท	8	5.30
11-20 บาท	62	41.30
21-30 บาท	39	26.00
มากกว่า 30 บาท	41	27.30
ไม่ได้เงินมาโรงเรียน	0	0.00
1-10 บาท	8	5.30

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ในฟัน (ซี/คน) (n = 150)

สภาวะฟัน (DMFT)	จำนวนซี	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย(ซี/คน)
ปกติ	3,501	92.47	23.34
ฟันผุ	274	7.24	1.83
ฟันถอน	2	0.05	0.01
ฟันอุด	9	0.24	0.06
ฟันผุ ถอน อุด	285	7.53	1.90

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ สภาวะโรคเหงือกอักเสบโดยรวมส่วน (sextant) (n = 150)

สภาวะโรคเหงือกอักเสบ	จำนวน (sextant)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย (sextant)/คน
ปกติ	664	73.78	4.43
มีหินน้ำลาย	134	14.89	0.89
มีเลือดออก	26	2.89	0.17
มีหินน้ำลายและมีเลือดออก	76	8.44	0.51

ตารางที่ 4 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ารายด้าน (n = 150)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก	\bar{X}	S.D.	ระดับความรู้
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับช่องปาก	0.68	0.73	สูง
การดูแลสุขภาพช่องปาก	0.86	0.72	สูง
อาหารที่ส่งผลต่อช่องปาก	0.88	0.65	สูง
ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคในช่องปาก	0.90	0.57	สูง
อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก	0.92	0.51	สูง
รวม	0.85	0.63	สูง

ตารางที่ 5 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ารายด้าน (n = 150)

ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก	\bar{X}	S.D.	ระดับทัศนคติ
เห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก	2.65	1.01	สูง
ความรู้สึกรู้สึกพอใจต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	2.78	1.34	สูง
ความพร้อมที่จะดูแลสุขภาพช่องปาก	2.85	0.97	สูง
รวม	2.76	0.71	สูง

ตารางที่ 6 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ารายด้าน (n = 150)

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
การทำความสะอาด	2.58	0.64	สูง
การบริโภค	2.30	0.55	ปานกลาง
การรับบริการทางทันตกรรม	2.45	0.58	สูง
รวม	2.46	0.68	สูง

ตารางที่ 7 แสดง จำนวนและร้อยละ ทักษะการแปรงฟัน (n = 150)

ทักษะการแปรงฟัน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0	0.00
ระดับปานกลาง	32	21.30
ระดับสูง	118	78.70

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับสภาวะโรคฟันผุและสภาวะโรคเหงือกอักเสบ (n = 150)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ฟันไม่ผุ		ฟันผุ		P - value	เหงือกปกติ		เหงือกอักเสบ		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน					0.03					0.01
1.34 - 2.67	10	6.67	1	0.67		1	0.67	10	6.67	
2.68 - 4.00	83	55.33	56	37.33		69	46.00	70	46.67	
สถานศึกษา					0.35					0.03
บ้านดงมะไฟ	26	17.33	10	6.67		8	5.33	28	18.67	
บ้านโคกก่อง	17	11.33	9	6.00		11	7.33	15	10.00	
บ้านกุดกว้าง	6	4.00	3	2.00		5	3.33	4	2.67	
บ้านคำครตา	29	19.33	27	18.00		36	24.00	20	13.33	
บ้านคำแคนตอก	15	10.00	8	5.33		10	6.67	13	8.67	
ทักษะการแปรงฟัน										
ระดับปานกลาง	27	18.00	5	3.33	0.04	4	2.67	28	18.67	0.01
ระดับสูง	66	44.00	52	34.67		66	44.00	52	34.67	

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุ และสภาวะโรคเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$, $p = 0.01$) สถานศึกษา มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคเหงือกอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) และระดับทักษะการแปรงฟัน มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุ และมีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$, $p = 0.01$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาสภาวะช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในโรงเรียนประถมศึกษาที่อยู่ในเขตตำบลดงมะไฟ อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร พบว่า

1.1 สภาวะช่องปากของนักเรียนมีสภาวะฟันผุ ถอน อุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.90 ซี่/คน และมีสภาวะเหงือกอักเสบ (มีหินน้ำลายและมีเลือดออก) มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.51 (sextant)/คน สูงกว่าเมื่อเทียบกับการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 8 ระดับประเทศ ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระดับเขตสุขภาพที่ 10 รวมถึงรายงานมาตรฐานสาขาสุขภาพช่องปากพื้นที่จังหวัดยโสธร และอำเภอทรายมูล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บริบทพื้นที่ของนักเรียนเป็นเขตชนบทที่ห่างไกลและเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรที่มีจำนวนน้อยทำให้การส่งเสริมป้องกันด้านทันตสุขภาพของบุคคลากรในพื้นที่ทำได้ไม่ครอบคลุม (สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

1.2. ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสถานศึกษา สภาวะโรคเหงือกอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$, $p = 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของงานวิจัยที่ตั้งไว้ว่า ส่วนข้อมูลบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษาปัจจุบัน อาชีพผู้ปกครอง และจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของนักเรียน ชัดแย้งกับผลการศึกษาของ กมลกลัย โชคธัญนันท์ (2560) ที่พบว่า เพศ และอาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับผลกระทบจากโรคในช่องปากต่อคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก และนิตยา พวงราช และคณะ (2558) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเงินค่าขนมกับปริมาณฟันผุ ถอน อุด ในเด็กอายุ 12 ปี อาจกล่าวได้ว่าข้อมูลส่วนบุคคลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบในแต่ละตัวบุคคล แต่มีปัจจัยทางสภาพแวดล้อมส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของนักเรียน ต่างกันตามสภาพแวดล้อม (ขนาด ทับศรีนวล, 2549)

1.3 ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของนักเรียน ชัดแย้งกับผลการศึกษาของ ของณัฐรุช แก้วสุทธา และคณะ (2556) ที่สรุปว่า การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุ ของพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของวัยรุ่น ซึ่งพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากที่ไม่ดีจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากอันได้แก่ โรคฟันผุและเหงือกอักเสบ อาจกล่าวได้ว่า แม้นักเรียนจะมีความรู้ระดับสูง แต่สภาวะช่องปากที่มีก่อนได้รับการความรู้ก็ไม่สามารถแก้ไขได้โดยทันทีเมื่อได้รับความรู้ไปแล้วอาจต้องรอถึงช่วงอายุที่เหมาะสม เช่น การหลุดของฟันน้ำนม และการขึ้นของฟันแท้ ที่อาศัยช่วงเวลาของอายุนักเรียนมาเกี่ยวข้องด้วย (วีรยุทธ พลท้าว, 2557)

1.4 ทักษะคติในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของนักเรียน ชัดแย้งกับผลวิจัยของขนาด ทับศรีนวล (2549) ที่พบว่า ทักษะคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อาจกล่าวได้ว่า บริบทพื้นที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เหมือนกัน แม้ทักษะคติของนักเรียนอยู่ในระดับที่สูง แต่ด้วยสภาพแวดล้อมด้านต่าง ๆ เช่น ครอบครัว พื้นที่ที่อาศัย อุปกรณ์การแปรงฟัน เป็นต้น จึงส่งผลกับกับสภาวะช่องปากของนักเรียน (ณัฐรุช แก้วสุทธา, 2556)

1.5 พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของนักเรียน ชัดแย้งกับผลการศึกษาของ จันทรเพ็ญ เกสรราช และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดสุรินทร์โดยใช้แบบตรวจสอบสภาวะช่องปากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และงานวิจัยของ วิชัย ศรีคำ และคณะ (2560) ที่พบว่า ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงและปานกลาง มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.003$) อาจกล่าวได้ว่า แม้นักเรียนจะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับกลาง แต่เนื่องด้วยเป็นช่วงเวลาที่มีการขึ้น-หลุดของฟัน จึงมีผลต่อสภาวะช่องปากของนักเรียนด้วยและไม่ได้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว (ปิติกฤษ อออินทร์, 2557)

1.6 การแปรงฟันมีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของนักเรียน อาจกล่าวได้ว่า ระดับการแปรงฟันสูง ความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน ลักษณะขนแปรง ชนิดยาสีฟัน เวลาที่ใช้แปรงฟัน รวมทั้งการส่องกระจกเวลาแปรงฟัน

ล้วนส่งผลต่อความสะอาดและสภาวะของช่องปาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันท์เพ็ญ เกสรราช และคณะ (2560) ที่พบว่า เด็กที่ไม่แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และไม่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน มีฟันผุและมีเหงือกอักเสบมากกว่าเด็กที่แปรงฟันก่อนนอนทุกวันและแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เด็กที่ได้รับบริการทันตสุขภาพมีฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยพบว่า ระดับสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในเขตตำบลลงมะไฟ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดยโสธร อยู่ในระดับสูงกว่าสูงกว่าเมื่อเทียบกับการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 8 ระดับประเทศ ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระดับเขตสุขภาพที่ 10 รวมถึงรายงานมาตรฐานสาขาสุขภาพช่องปากพื้นที่จังหวัดยโสธร และอำเภอยางชุมน้อย และยังมีบางส่วนที่ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากที่ระดับปานกลางดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในงานด้านทันตสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวไปใช้วางแผนและพัฒนารูปแบบงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพแก่นักเรียนได้

2. จากผลการวิจัยเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และทักษะการแปรงฟันมีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุ และสภาวะโรคเหงือกอักเสบ หน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านทันตสาธารณสุขควรส่งเสริมความรู้ให้นักเรียนมีทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้องเพื่อส่งผลไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- กมลกลัย โขชน์ณันท์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดยโสธร. [ตรัง : วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง].
- จันท์เพ็ญ เกสรราช และคณะ. (2560). พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดสุรินทร์. *วารสารทันตภิบาล*, 28(2). 30-44.
- ชมนาด ทับศรีนวล. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ณัฐวธู แก้วสุทธา. (2556). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์ มหาลัษณ์ศรีนครินทร์วิโรฒ*, 19(2). 154.
- ณัฐวธู แก้วสุทธา, อังศิณันท์ อินทรกาแหง และ พัชรี ดวงจันทร์. (2556). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 19(2). 153-164.
- นิตยา พวงราช. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างเงินค่าขนมกับปริมาณฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ในเด็กอายุ 12 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารทันตภิบาล*, 25(1).1-12.
- นิกา โพชนะ. (2551). ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของมารดาในเด็กวัยก่อนเรียน. [สารนิพนธ์ วิทยาศาสตร์บัณฑิต. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น].

เอกสารอ้างอิง

- ปิติฤกษ์ อรอินทร์.(2557). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ. [วิทยานิพนธ์มหาวิทาลัยราชภัฏอุบลราชธานี].
- วิชัย ศรีคำ, ศุภรัตน์ อัครพรธนะภัทร์ และ พิศมร กองสิน. (2560). พฤติกรรมการกินที่มีผลต่อสุขภาพในช่องปากของเด็กวัยร่นตอนต้น ในจังหวัดนครปฐม. *วารสารสหเวชศาสตร์*, 2(1). 1-14.
- วีรยุทธ พลท้าว และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการใช้สื่อประสมช่วยประสมช่วยสอนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบในนักเรียน ระดับประถมศึกษา อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารทันตภิบาล*, 25(2). 75-88.
- สมลักษณ์ แสงสัมฤทธิ์สกุล. (2559). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา].
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพ ช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 (พิมพ์ครั้งที่ 1). สามเจริญพานิชย์.
- อุดมพร รักเถาว์. (2558). ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(1). 52-64.
- Niederma R.; and Sullivans MT. (1981). Oral Hygiene Skill Achievement Index. *Journal of Periodontology*, 3(52). 143-156.

การศึกษาผลการประเมินการใช้ยาสมเหตุผลของยาปฏิชีวนะรูปแบบฉีด Amoxicillin and Clavulanate และ Ceftazidime ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

จิรพรรณ เคหะทอง

โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

(วันที่รับบทความ : 27 ตุลาคม 2565 ; วันที่แก้ไข : 14 ธันวาคม 2565 ; วันที่ตอบรับ : 28 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการการใช้ยาสมเหตุผลของยาปฏิชีวนะรูปแบบฉีด Amoxicillin and Clavulanate และ Ceftazidime ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 สิงหาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย การสั่งใช้ยาแบบควบคุมไปกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นจริงของยา Amoxicillin/Clavulanate และ Ceftazidime รูปแบบฉีด ในผู้ป่วยใน จำนวนทั้งหมด 78 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยา Amoxicillin/Clavulanate 52 ราย และ Ceftazidime 26 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินการใช้ยาตามเกณฑ์มาตรฐานซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด จำนวน 52 ราย ใช้ยาแบบไม่ทราบความไวของเชื้อ จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 80.8) แบบทราบชนิดและความไวของเชื้อต่อยา จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 19.2) สำหรับยา Ceftazidime รูปแบบฉีด จำนวน 26 ราย ใช้ยาแบบไม่ทราบความไวของเชื้อ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 57.7) แบบทราบชนิดและความไวของเชื้อต่อยา จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 42.3) ในด้านรูปแบบการใช้ยาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด ใช้ยาสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานในผู้ป่วย 45 ราย (ร้อยละ 86.5) ในด้านผลการรักษาผู้ป่วย 39 ราย (ร้อยละ 75.0) มีอาการดีขึ้นหรือหายขาด มูลค่ายาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม 12,138 บาท สำหรับยา Ceftazidime รูปแบบฉีด ใช้ยาสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานในผู้ป่วย 20 ราย (ร้อยละ 76.9) ในด้านผลการรักษาผู้ป่วย 17 ราย (ร้อยละ 65.4) มีอาการดีขึ้นหรือหายขาด มูลค่ายาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม 5,562 บาท ในช่วงเวลาที่ศึกษา 6 เดือน สรุป การสั่งใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate และ Ceftazidime รูปแบบฉีดส่วนใหญ่มีความเหมาะสม แต่ควรมีวิธีการควบคุมการใช้ยาทั้ง 2 ชนิดนี้ต่อไป และส่งต่อข้อมูลแก่สหวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ซึ่งเป็นผู้สั่งใช้ยา เพื่อลดปัญหาเชื้อดื้อยา ลดมูลค่ายาที่ต้องสูญเสียไป และเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย

คำสำคัญ : การประเมินการใช้ยา, การใช้ยาสมเหตุผล, amoxicillin/clavulanate, ceftazidime

A Study of Evaluation rational drug use of Amoxicillin/Clavulanate and Ceftazidime injection in patient at Saohai Community Hospital Commemprating His Majesty the King 80th Birthday Anniversary

Jiraphun Kehatong

Saohai Community Hospital Commemprating His Majesty the King 80th Birthday Anniversary

Abstract

This study aimed to evaluate rational drug use (RDU) of Amoxicillin/Clavulanate and Ceftazidime injections for patients in Saohai hospital in terms of prescribing pattern, treatment outcomes and to determine cost from inappropriate use of these drugs. The cross-sectional descriptive study design was conducted, collecting data during 1st March to 31st August, 2022. The sample were 78 patients who were administrated injection of Amoxicillin/Clavulanate and Ceftazidime. The research tools were the evaluation form of Amoxicillin/Clavulanate and Ceftazidime injection RDU guidelines that derived from the literatures, and guideline was approved from in house Pharmacy and Therapeutic Committee. Data were analyzed using descriptive statistic by frequency, percentage.

The study found that Amoxicillin/Clavulanate injection was prescribed to 52 patients. Of 42 patients (80.58%) were treated without antibiotic sensitivity test and 10 patients (19.2%) were treated antibiotic based on sensitivity test. The Ceftazidime injection was prescribed to 26 patients. Of 15 patients (57.5%) were treated without antibiotic sensitivity test and 11 patients (42.3%) were treated antibiotic based on sensitivity test. Amoxicillin/Clavulanate injection was followed the indication criteria for 45 patients (86.5%). In terms of outcome treatment found 39 patients (75.0%) that were improved or cured. The cost of drug utilization not follow the guideline was 12,138 baht. Ceftazidime injection was followed the indication criteria for 20 patients (76.9%). In terms of outcome treatment found 17 patients (65.4%) that were improved or cured. The cost of drug utilization not follow the guideline was 5,562 baht within the 6 months period of study. In summary, Amoxicillin/Clavulanate and Ceftazidime injection usage in Saohai hospital is highly appropriate. However, RDU evaluations to monitor these drugs should be continued, together with information provision to physicians in order to increase the guideline adherence, to reduce drug resistance, to save cost from inappropriate drug use and to promote drug safety for patients.

Keywords : drug utilization evaluation, rational drug use, amoxicillin/clavulanate, ceftazidime

* Corresponding author : E-mail: jiraphun.tong@gmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ “การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล” ไว้ คือ “ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด” “Patients receive medications appropriate to their clinical needs, in doses that meet their own individual requirements, for an adequate period of time, and at the lowest cost to them and their community” (WHO, 2007)

ในประเทศไทย การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นมาโดยตลอด ในปี 2556 พบว่า มูลค่าการใช้ยามากกว่า 1.6 แสนล้านบาท ซึ่งเป็นการใช้ยาเกินความจำเป็นประมาณ 2,000 ล้านบาท ซึ่งนับว่ามีมูลค่าสูง และพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และความรุนแรงของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้รัฐบาลได้ให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาผ่านมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU hospital) รวมถึงได้กำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยา และยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาแห่งชาติ 2560-2564 เพื่อพัฒนาระบบ และกลไกให้เกิดการใช้ยาสมเหตุสมผลขึ้นในประเทศ (คชาพล นิมเดช, 2562)

สถานการณ์ยาปฏิชีวนะในประเทศไทยมีมูลค่าการผลิตและนำเข้าของยามาเชื้อ ยาปฏิชีวนะสูงเป็นอันดับหนึ่งติดต่อกัน 3 ปีซ้อน คิดเป็น 1.6 หมื่นล้านบาทหรือเฉลี่ยเกือบ 1 ใน 4 ของมูลค่ายาทั้งหมดเนื่องจากในปัจจุบันนี้คนไทยใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อ โดยคนในชนบทกินยาปฏิชีวนะรักษาหวัด คิดเป็น ร้อยละ 40 - 60 และสูงถึงร้อยละ 70 - 80 ในกรุงเทพมหานคร อีกทั้งโรงเรียนแพทย์พบการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุสมผลถึงร้อยละ 30 - 90 ส่งผลทำให้เกิดปัญหาตามมา ได้แก่ มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิชีวนะ และ อัตราเชื้อดื้อยาเพิ่มสูงถึงร้อยละ 25 - 50 ในขณะที่อัตราเชื้อดื้อยามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่การคิดค้นยาปฏิชีวนะตัวใหม่ ๆ กลับลดลงเนื่องจากตลาดยาปฏิชีวนะไม่คุ้มทุนเพราะผลออกมาไม่นานก็เกิดเชื้อดื้อยา (นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, 2556)

การประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสำคัญมากเนื่องจากทำให้ได้ข้อมูลเพื่อพัฒนาให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล หากมีการใช้ยาสมเหตุสมผลก็ส่งให้การรักษาเกิด ประสิทธิภาพและลดการดื้อยาและช่วยประหยัดงบประมาณในการใช้ยาได้อีกทาง จากการศึกษาของกุลธิดา ปัญยะ (2555) ที่ทำการศึกษาความถูกต้องและเหมาะสมของการสั่งใช้ยา Ceftazidime ในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เพื่อประเมินความถูกต้องเหมาะสมของการสั่งใช้ยา พบว่าผู้ป่วยจำนวน 56 คน ที่เข้ารับการรักษา ประมาณร้อยละ 67.9 มีความเหมาะสมของการใช้ยาทั้งข้อบ่งใช้ของยา ขนาดยาที่ถูกต้อง แต่ยังพบปัญหาการไม่ปรับขนาดตามการทำงานของไต

โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในปีงบประมาณ 2561, 2562, 2563 และ 2564 ใช้งบประมาณในการจัดซื้อยา Amoxicillin/Clavulanate และ Ceftazidime รูปแบบฉีด มูลค่ากว่า 2 ล้านบาท (รายงานประจำปี พ.ศ. 2564) ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนถือว่ามูลค่าสูงในการจัดซื้อยาทั้งสองตัวยา และนอกจากนี้ยา Ceftazidime จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ข ที่จำเป็นต้องมีการจัดทำประเมินการใช้ยาเพื่อให้การใช้ยาสมเหตุสมผล ลดการดื้อยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ตระหนักถึงการที่ใช้ยาสมเหตุสมผลในสถานพยาบาล เพื่อตอบสนองเจตนารมณ์ของกระทรวงสาธารณสุขในการณรงค์

ให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสมและเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในโรงพยาบาลสูงสุด จึงทำการศึกษาค้นคว้าเพื่อประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของ Amoxicillin/Clavulanate และ Ceftazidime รูปแบบฉีดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินการใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate และ Ceftazidime รูปแบบฉีด โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ในด้านรูปแบบการสั่งใช้ยา ผลการรักษา และมูลค่ายาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยศึกษาลักษณะการสั่งใช้ยาแบบควบคุมไปกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นจริง (concurrent study) ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ในช่วงระยะเวลา 1 มีนาคม – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ที่มีการใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate และ Ceftazidime รูปแบบฉีดและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

- 1) ผู้ที่มีสัญชาติไทย และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ที่ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ในระหว่างที่ทำการเก็บข้อมูล
- 4) ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate หรือ Ceftazidime รูปแบบฉีด

เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่ไม่สามารถเขียน และอ่านหนังสือได้
- 2) มีอาการป่วยทางกายหรือจิตใจจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- 3) ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate หรือ Ceftazidime รูปแบบฉีด
- 4) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

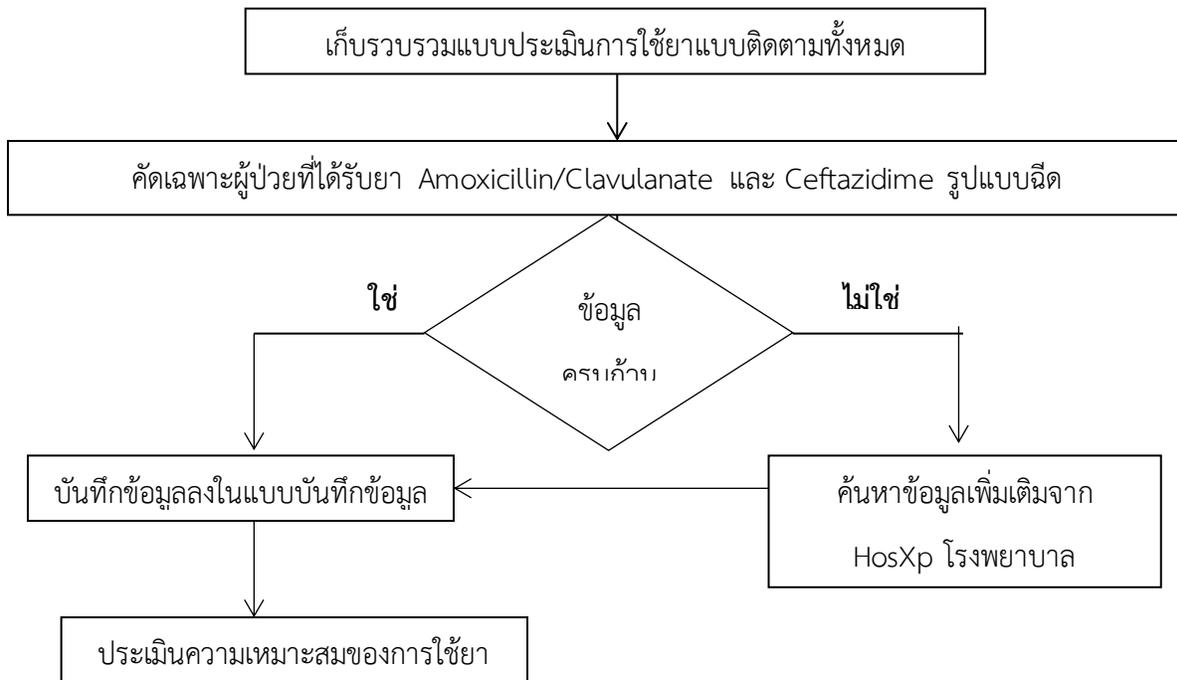
แบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate และ Ceftazidime รูปแบบฉีด ซึ่งแบบประเมินนี้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ครั้งที่ 2/2564 แบบประเมินแบ่งออกเป็น 6 หัวข้อ ได้แก่ 1) ข้อมูลผู้ป่วย 2) ข้อบ่งใช้ และตำแหน่งที่ติดเชื้อ 3) รายการยาที่สั่งใช้ 4) การประเมินความเหมาะสมของยา 5) ผลการรักษา 6) มูลค่ายาที่ใช้ ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา และมูลค่ายาที่เกิด

จากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม ส่วนการประเมินผลการรักษาหลังใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate และ Ceftazidime รูปแบบฉีด นั้น แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินและบันทึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเสาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ที่ได้รับยา Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด และ Ceftazidime รูปแบบฉีด ที่เข้าได้กับเกณฑ์การคัดเลือก โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโดยชอบธรรม หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Microsoft Excel แล้วจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ขั้นตอนการดำเนินงาน



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลจากการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการใช้ยา ผลการรักษา และมูลค่ายาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2565 (เลขที่ EC 008/2565)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผลการวิจัย พบว่า มีผู้ป่วยรวมทั้งหมด 78 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยา Amoxicillin /Clavulanate รูปแบบฉีด จำนวน 52 ราย เป็นเพศชาย 20 ราย (ร้อยละ 38.5) เพศหญิง 32 ราย (ร้อยละ 61.5) มีอายุเฉลี่ย 54 ปี ระบบที่พบการติดเชื้อมากที่สุดคือระบบทางเดินหายใจ โดยมีผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 67.3) และ ระบบทางเดินปัสสาวะ 12 ราย (ร้อยละ 23.1) ติดเชื้อในกระแสเลือด 3 ราย (ร้อยละ 5.8) และผิวหนัง 2 ราย (ร้อยละ 3.8) ข้อบ่งใช้ส่วนใหญ่ empirical therapy จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 80.8) specific therapy 10 ราย (ร้อยละ 19.2) Ceftriaxone รูปแบบฉีด จำนวน 26 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 11 ราย (ร้อยละ 42.3) เพศหญิง 15 ราย (ร้อยละ 57.7) มีอายุเฉลี่ย 56 ปี ระบบที่พบการติดเชื้อมากที่สุดคือระบบทางเดินหายใจ จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 46.1) ติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 38.5) และ ระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ราย (ร้อยละ 7.7) และผิวหนัง 2 ราย (ร้อยละ 7.7) ข้อบ่งใช้ส่วนใหญ่ empirical therapy จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 57.7) specific therapy 11 ราย (ร้อยละ 42.3) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา (n = 78)

ลักษณะที่ศึกษา	รายการยา/จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	
	Amoxicillin/clavulanate รูปแบบฉีด (n=52)	Ceftriaxone รูปแบบฉีด (n=26)
เพศ		
ชาย	20 (38.5)	11 (42.3)
หญิง	32 (61.5)	15 (57.7)
อายุ		
20-30	5 (9.6)	0
31-40	8 (15.4)	4 (15.4)
41-50	9 (17.3)	6 (23.1)
51-60	7 (13.5)	5 (19.2)
61-70	17 (32.7)	9 (34.6)
71-80	6 (11.5)	2 (7.7)
อายุเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	54.0 (15.1)	55.8 (12.7)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา (n = 78) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	รายการยา/จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	
	Amoxicillin/clavulanate รูปแบบฉีด (n=52)	Ceftazidime รูปแบบฉีด (n=26)
ระบบที่พบเชื้อ		
ทางเดินหายใจ	35 (67.3)	12 (46.1)
ทางเดินปัสสาวะ	12 (23.1)	2 (7.7)
กระแสเลือด	3 (5.8)	10 (38.5)
ผิวหนัง	2 (3.8)	2 (7.7)
ข้อบ่งใช้		
Empirical therapy	42 (80.8)	15 (57.7)
Specific therapy	10 (19.2)	11 (42.3)

เมื่อประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า สำหรับยา Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด จำนวน 52 ราย มีความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาของแพทย์ 45 ราย (ร้อยละ 86.5) ไม่เหมาะสม 7 ราย (ร้อยละ 13.5) ใน 7 รายที่มีการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม พบมากที่สุดคือ การไม่ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต 4 ราย (ร้อยละ 57.1) ไม่ปรับยาตามผลเพาะเชื้อ 2 ราย (ร้อยละ 28.6) และไม่มีผลเพาะเชื้อภายใน 48 ชั่วโมง 1 ราย (ร้อยละ 14.3) ตามลำดับ สำหรับยา Ceftazidime รูปแบบฉีด จำนวน 26 ราย มีความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาของแพทย์ 20 ราย (ร้อยละ 76.9) ไม่เหมาะสม 6 ราย (ร้อยละ 23.1) ใน 6 รายที่มีการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม พบมากที่สุดคือ การไม่ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต 4 ราย (ร้อยละ 66.6) ไม่ปรับยาตามผลเพาะเชื้อ และไม่มีผลเพาะเชื้อภายใน 48 ชั่วโมง อย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 16.7) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ

ผลการประเมินการสั่งใช้ยา	รายการยา/จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	
	Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด (n=52)	Ceftazidime รูปแบบฉีด (n=26)
เหมาะสม	45 (86.5)	20 (76.9)
ไม่เหมาะสม	7 (13.5)	6 (23.1)
เหตุผลในการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม		
ไม่มีผลเพาะเชื้อภายใน 48 ชั่วโมง	1 (14.3)	1 (16.7)
ไม่ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต	4 (57.1)	4 (66.6)
ไม่ปรับยาตามผลเพาะเชื้อ	2 (28.6)	1 (16.7)

ในด้านผลการรักษาผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด จำนวน 52 ราย ผู้ป่วยมีผลการรักษาดีขึ้นหรือหายขาด จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 75.0) ส่งต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า 10 ราย

(ร้อยละ 19.2) และเสียชีวิต 3 ราย (ร้อยละ 5.8) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยา Ceftazidime รูปแบบฉีด จำนวน 26 ราย ผู้ป่วยมีผลการรักษาดีขึ้นหรือหายขาด จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 65.4) ส่งต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า 7 ราย (ร้อยละ 26.9) และเสียชีวิต 2 ราย (ร้อยละ 7.7) ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการรักษาจากการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ

ผลการรักษาจากการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ	รายการยา/จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	
	Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด (n=52)	Ceftazidime รูปแบบฉีด (n=26)
ดีขึ้นหรือหายขาด	39 (75.0)	17 (65.4)
ส่งต่อไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า	10 (19.2)	7 (26.9)
เสียชีวิต	3 (5.8)	2 (7.7)

มูลค่ายาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม พบว่า เกิดจากการสั่งใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด จำนวน 12,138 บาท และเกิดจากการสั่งใช้ยา Ceftazidime รูปแบบฉีด จำนวน 5,562 บาท เมื่อรวมมูลค่าจากทั้งสองรายการยาพบว่ามีมูลค่ารวมกว่า 17,700 บาท ดังแสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 มูลค่ายาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม

รายการยาที่สั่งใช้ยาไม่เหมาะสม	มูลค่ายาจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม (บาท)
Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด	12,138
Ceftazidime รูปแบบฉีด	5,562
รวม	17,700

หมายเหตุ Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด ราคา 357 บาท/vial

Ceftazidime รูปแบบฉีด ราคา 27 บาท/vial

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการประเมินการสั่งใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด และ Ceftazidime รูปแบบฉีดในโรงพยาบาล เสาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา พบว่า การสั่งใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด และยา Ceftazidime รูปแบบฉีด สอดคล้องตามเกณฑ์การประเมินการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาล จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 86.5) และ จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 76.9) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้ของ Arul B. และคณะ (2007) ที่ทำการศึกษา การประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาในกลุ่ม cephalosporin ที่พบว่า การสั่งใช้ยาร้อยละ 67.33 มีความเหมาะสม และการศึกษาวิจัยของพานี อรรถเมธากุล (2557) ที่พบว่า การสั่งใช้ยาร้อยละ 75.35 สอดคล้องตามเกณฑ์ การประเมินการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาล และการศึกษาของกุลธิดา ปัญญา (2555) ที่พบว่า มีการสั่งยา Ceftazidime สอดคล้องตามเกณฑ์การประเมินการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาล ร้อยละ 67.9 อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีการสั่งใช้ยาโดยแพทย์ทั่วไปและไม่มีกรบันทึกการอนุมัติการสั่งใช้ยาก่อนการสั่งใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate

รูปแบบฉีด 4 ราย (ร้อยละ 57.1) และ Ceftazidime รูปแบบฉีด 4 ราย (ร้อยละ 66.6) จึงทำให้เกิดความไม่เหมาะสมในการพิจารณาปรับขนาดยาตามการทำงานของไต และตรงกับการสั่งใช้ในเวลานอกเวลาราชการที่ไม่มีเภสัชกรประจำการ ซึ่งหลังจากที่เภสัชกรมาปฏิบัติงานได้มีการแจ้งข้อมูลแก่แพทย์และได้รับการแก้ไข โดยแจ้งเกณฑ์การสั่งยาแก่องค์กรแพทย์ สหวิชาชีพ และคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดแล้ว

ในการศึกษานี้มีการสั่งใช้ยาแบบคาตการณั้ลวงหน้า Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 80.8) และแบบจำเพาะที่ทราบเชื้อแน่นอน จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 19.2) สำหรับยา Ceftazidime รูปแบบฉีด มีการสั่งใช้ยาแบบคาตการณั้ลวงหน้าจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 57.1) และแบบจำเพาะที่ทราบเชื้อแน่นอน จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 42.3) ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยก่อนหน้าของพานิ อรรถเมธากุล (2557) และนิตยา ภาพสมุทรและคณะ (2553) ในการศึกษาการสั่งใช้ยาในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่ามีการสั่งใช้ยาแบบจำเพาะที่ทราบเชื้อแน่นอน ร้อยละ 55.63 และ 31 ตามลำดับ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดในเรื่องการส่งเพาะเชื้อ ไม่มีเครื่องมือในการตรวจเพาะเชื้อ จึงจำเป็นต้องส่งตัวอย่างไปเพาะเชื้อที่โรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัด อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยาแบบจำเพาะที่ทราบเชื้อแน่นอนในโรงพยาบาลเสาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดจึงได้มีการให้ยาปฏิชีวนะตามผลเพาะเชื้อ ระบบที่พบเชื้อมากที่สุดทั้งยา Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด และ Ceftazidime รูปแบบฉีด คือ ระบบทางเดินหายใจ จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 67.3) และ 42 ราย (ร้อยละ 46.1) ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างมากนักเมื่อเทียบกับงานวิจัยของพานิ อรรถเมธากุล (2557) และนิตยา ภาพสมุทรและคณะ (2553) ที่พบผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจร้อยละ 40.14 และ 40.0 ตามลำดับ

การศึกษาพบการสั่งใช้ยา Amoxicillin/Clavulanate รูปแบบฉีด ที่ไม่มีผลเพาะเชื้อภายใน 48 ชั่วโมง จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 14.3) ไม่ปรับยาตามผลเพาะเชื้อ 2 ราย (ร้อยละ 28.6) และไม่ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 57.1) ในส่วนของยา Ceftazidime รูปแบบฉีด พบการสั่งใช้ยาที่ไม่มีผลเพาะเชื้อภายใน 48 ชั่วโมงและไม่ปรับยาตามผลเพาะเชื้อ จำนวนอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 16.7) และไม่ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 66.6) และมูลค่ายาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสมของยาทั้ง 2 รายการคิดเป็นเงิน 17,700 บาท ซึ่งจากมูลค่ายาทั้งหมดระหว่างการศึกษามูลค่า 106,524 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.62 ของมูลค่าทั้งสองรายการที่ใช้ไปทั้งหมด ซึ่งมีความแตกต่างกับงานวิจัยของจิตตวดี กมลพุทธ (2559) ที่มูลค่ายาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 8.59 ซึ่งการศึกษานี้เป็นการประเมินมูลค่ายาจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสมของยา 2 รายการจึงทำให้มีมูลค่าสูงกว่างานวิจัยของจิตตวดี กมลพุทธที่ประเมินมูลค่ายาเพียงรายการเดียว

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะของยา Amoxicillin/Clavulanate และ Ceftazidime รูปแบบฉีด ทำให้ทราบข้อมูลความเหมาะสมในการใช้ยา ในด้านรูปแบบการสั่งใช้ยา ผลการรักษา และมูลค่ายาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม เพื่อพัฒนาและหาแนวทางในการสั่งใช้ยาให้เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุน สมเหตุสมผลและลดการตี้อยาได้ รวมถึง

สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับยาชนิดอื่น ๆ ที่มีในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความเหมาะสมสูงสุด และเกิดความปลอดภัยในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

โรงพยาบาลควรมีการแจ้งเกณฑ์ในการประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะทั้งสองรายการแก่แพทย์ เนื่องจากมีการหมุนเวียนแพทย์บ่อย รวมถึงแจ้งพยาบาลในการเตือนแพทย์ประเมินการสั่งใช้ยา เภสัชกรควรควบคุมและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะทั้งสองรายการให้เป็นไปตามแนวทางการใช้ยาโดยเคร่งครัด นอกจากนี้ควรมีการสรุปข้อมูลของการใช้ยาสองรายการนี้ที่พบปัญหาและหามาตรการในการวางแผนเพื่อป้องกันแก้ไขแบบสหวิชาชีพ ตลอดจนควบคุมการประเมินการใช้ยาทั้งสองรายการอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลการประเมินมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาการสั่งใช้ยาให้สมเหตุสมผลต่อไป และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในรายการยาอื่น ๆ ที่มีในโรงพยาบาลเพื่อให้การใช้ยาเหมาะสม มูลค่าที่ใช้จริง เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

ทั้งนี้หลังประเมินการใช้ยาสมเหตุสมผลแล้ว ทางโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยควรที่จะประเมินผลการใช้ยาซ้ำอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามผลหลังมีการวางมาตรการในการแก้ไขปัญหาของการประเมินการใช้ยา และนำขึ้นเป็นวาระติดตามในการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดทุกครั้ง และนำข้อมูลส่งต่อแก่แพทย์สหวิชาชีพ เพื่อให้การประเมินการใช้ยาสมเหตุสมผลจากยาทั้งสองรายการมีความเหมาะสมในระยะยาว และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในรายการยาอื่น ๆ ที่เห็นสมควร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การประเมินการใช้ยาสมเหตุสมผลนี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าซึ่งถือว่าเป็นข้อดีเนื่องจากเภสัชกรสามารถปรึกษาแพทย์ได้ทันทีหากพบปัญหาจากการใช้ยา และสามารถป้องกันได้ทันที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยา แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้หากเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอาจพบความแตกต่างของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาไม่เหมาะสมมากขึ้น และอาจนำไปสู่การหาปัจจัยสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการใช้ยาไม่เหมาะสมต่อไปได้ และการหาแนวทางในการควบคุมการสั่งใช้ยาทั้งสองรายการกรณีนอกเวลาปฏิบัติการของเภสัชกร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์และช่วยเหลือจาก พญ.พชรภัทร ธงศิลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์เวชปฏิบัติทุกท่าน เภสัชกร ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเส้าไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กุลธิดา ปัญยะ. (2555). การศึกษาความถูกต้องและเหมาะสมของการสั่งใช้ยา Cefotaxime ในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 มิ.ย. 2565]. เข้าได้จาก https://www.tsm.go.th/KM/see_research.php?file=upload/8668-7731.pdf&id=30
- คชาพล นิ่มเดช, จินตนา ลิ้มระนางกูร, ศุภราภรณ์ สามประดิษฐ์. (2562). นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลว. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 1(2). 1-7.
- จิตตวดี กมลพุท. (2559). การประเมินการสั่งใช้ยา cefoperazone/sulbactam ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 8(1). 149-55.
- นิตยา ภาพสมุทร, ปริญดา จันทร์บรรเจิด, กนกกช บุศย์น้ำเพชร, วราภรณ์ ภูมิอภิรัตน์, จิราพร คำแก้ว. (2553). การจัดทำแนวทางการใช้ยา cefoperazone/sulbactam ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 5(2). 107-13.
- นิธิมา สุ่มประดิษฐ์. (2556). โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Antibiotic Smart Use: การศึกษาการขยายผลสู่ความยั่งยืนโดยการสร้างบรรทัดฐานใหม่ทางสังคม (พ.ศ. 2554-2556) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4206/hs2133.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- พาณี อรรถเมธากุล. (2557). การประเมินการสั่งใช้ยา cefoperazone/sulbactam ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 6(2). 77-83.
- Arul B, Rangabashyam SR, Kothai R, Bobby MT, Elavarasi M, Glory MA. (2007). Drug Utilization review of cephalosporins in a tertiary care hospital - A retrospective study. *World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 6(9). 1737-43.
- World Health Organization. (2007). *Drug and Therapeutics Committee – Participants’ Guide* [online]. [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines>

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านนาเวียง ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

มาลินี งามอาจ, นพวรรณ กันยา และ ทศพล แอนโก*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียง

(วันที่รับบทความ : 20 พฤศจิกายน 2565 ; วันที่แก้ไข : 2 มกราคม 2566 ; วันที่ตอบรับ : 9 มกราคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID ใช้แนวคิดทรัพยากรในการบริหาร (4M) และแนวคิด PAOR 4 ขั้นตอน มาใช้พัฒนาระบบเฝ้าระวัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 103 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2565 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียง ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา ความต้องการในการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและการดูแลแบบมีส่วนร่วมและวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 เกิดภาวะ Long COVID จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 51.50, อายุเฉลี่ย 36.55 ปี, ระดับความรุนแรงของภาวะ Long COVID อยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 0.02, S.D. = 0.06) และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา สามารถจัดการอาการได้ด้วยตนเอง การพัฒนาระบบที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่ แบ่งผู้ที่มีภาวะ Long COVID ออกเป็น 3 กลุ่ม A, B และ C โดยที่กลุ่ม C เฝ้าระวังและการดูแลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ Pre-hospital In-hospital และ Post-hospital การกำหนดบทบาทหน้าที่และแนวทางที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ประเมิน ติดตามครบทุกราย และส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม ได้รับดูแลรักษาตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครบทุกราย ไม่มีอาการรุนแรง ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ ผู้บริหารมีนโยบายที่มีความชัดเจน เน้นการทำงานเชิงรุก ทุกภาคส่วน ทราบบทบาทหน้าที่ มีส่วนร่วม ระดมทรัพยากร 4 ด้าน คือ บุคลากรงบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์ และการบริการจัดการ เกิดการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ : ผู้ที่มีภาวะ Long COVID โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ระบบเฝ้าระวัง

The Development of Surveillance and Health Care System among Long COVID Patients in Tambon Na Wiang Health Promoting Hospital Sai Moon District, Yasothon Province

Malinee Ongard, Noppawan Kunya and Totsapol Aengo*

Tambon Na Wiang Health Promoting Hospital

Abstract

The action research study aims to development of surveillance and health care system among long COVID patients. The Management (4M) and using the 4-step PAOR concept were used to develop a surveillance system. The sample were 103 COVID-19 infected patients during January 1, 2022 to May 31, 2022 in the area of Ban Na Wiang Sub-district Health Promoting Hospital, Na Wiang Sub-district, Sai Mun District, Yasothon Province. The data were collected using a questionnaire, focus group discussion, analyze the data by conducting a content analysis and summarizing the issues for the need to develop a surveillance model and participatory care. Descriptive statistics were analyzed: mean, percentage, standard deviation.

The results showed that 20 cases of COVID-19 were diagnosed with Long COVID, most of Long COVID were female (51.50%), with an average age of 36.55 years. The severity of Long COVID was low (\bar{x} = 0.02, S.D.= 0.06). Most of them were without any treatment can recover from Long COVID by self-management. Development a surveillance system was suitable for operations in the area. We divided people with Long COVID into 3 groups consist of A, B and C. Group C surveillance and care was divided into 3 phases: pre-hospital, in-hospital and post-hospital. The defining roles and responsibilities and clear guidelines were bringing into existence patients screened, assessed, followed up, and forward appropriate treatment. All Long COVID patients received care according to the problems and needs. So that there were no severe symptoms. The success factors were that the executives have a clear policy, focus on proactive work in all sectors, know their roles and responsibilities, participate in mobilizing resources in 4 areas: personnel, budgets, materials, and equipment. The management services were efficient and sustainable long-term COVID-19 surveillance and care system has been developed.

Keywords : Long COVID, Surveillance System

*Corresponding author: 583325015@scphub.ac.th

บทนำ

อาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (Coronavirus disease; COVID-19) หรือที่เรียกว่าภาวะ Long COVID (Post COVID syndrome) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อการทำงานชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาหายแล้ว องค์การอนามัยโลก คาดประมาณว่าความชุกของการเกิดภาวะ Long COVID จะอยู่ที่ร้อยละ 10 – 20 (WHO, 2021) ภาวะ Long COVID เป็นอาการที่ผู้ป่วยโควิด-19 มักพบภายหลังจากรักษาหายแล้ว และมีอาการคล้ายเป็นโควิด-19 หลังจากติดเชื้อตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหาย ซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกาย ตั้งแต่ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันและสุขภาพจิต โดยมักพบอาการภายหลังได้รับเชื้อ 4 ถึง 12 สัปดาห์ โดยอาการที่พบสามารถดีขึ้นหรือแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปได้หรือมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้ (กรมการแพทย์, 2565)

ภาวะ Long COVID มักพบมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักตัวมาก ผู้มีประวัติเป็นโรคหัวใจ ผู้ที่มีอาการติดเชื้อโควิด-19 ที่รุนแรง และผู้สูงอายุ เนื่องจากลักษณะของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายที่เสื่อมถอยร่วมกับมีการอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการต่อเนื่องได้นานมากกว่าคนปกติ ซึ่งอาการทางระบบหัวใจและปอด ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID คือ เจ็บหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีอาการ Long COVID หากมีอาการดังกล่าวกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยควรพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลที่เคยรักษาโรคโควิด 19 เพื่อขอรับคำแนะนำและวางแผนการดูแลรักษา (กรมการแพทย์, 2565)

สำหรับแนวทางการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่เพิ่งหายป่วย ควรฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ด้วยการออกกำลังกายชนิดแอโรบิกแบบเบา ๆ และฝึกการหายใจแบบช้าและลึก เพื่อให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจมีความแข็งแรง และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงมลภาวะทางอากาศ โดยเฉพาะควันบุหรี่ ธรรมชาติหรือแม้แต่บุหรี่ไฟฟ้า ฝุ่น PM 2.5 และที่สำคัญควรรักษาสุขอนามัยของตนเองด้วยการล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์บ่อย ๆ ทุกครั้งที่สัมผัส และควรเว้นระยะห่างจากผู้อื่น 1-2 เมตร ดังนั้น หากผู้ป่วยหมั่นดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ไม่วิตกกังวลจนเกินไป ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และหากพบว่ามีอาการภาวะ Long COVID กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ควรพบแพทย์เพื่อขอรับคำปรึกษา ผู้ป่วยที่มีอาการ Long COVID จะไม่ส่งผลในระยะยาวต่อร่างกาย หากผู้ป่วยรู้จักการดูแลรักษาร่างกายตนเองให้กลับมาแข็งแรง ก็จะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติ (รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา, 2565)

สถานการณ์ในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จนถึงวันที่ 28 มีนาคม 2565 พบผู้ป่วย 3,524,857 ราย เสียชีวิต 24,786 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.7 สถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดยโสธร ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จนถึงวันที่ 28 มีนาคม 2565 พบผู้ป่วยยืนยัน 21,966 ราย เสียชีวิต 63 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.3 ผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.0 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.1 เมื่อจำแนกผู้ที่เสียชีวิต

ตามข้อมูลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าไม่ฉีดวัคซีนเลย ร้อยละ 84.1 รองลงมา ฉีดเพียง 1 เข็ม ร้อยละ 7.3 และฉีดเพียง 2 เข็ม ร้อยละ 7.3 (ศูนย์สื่อสารโควิด19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2565)

ความชุกของอาการผิดปกติในภาวะ Long COVID จากผลการศึกษาของสถาบันต่าง ๆ ในต่างประเทศ พบว่า มีความหลากหลาย ตั้งแต่ร้อยละ 14 ถึงร้อยละ 64 เนื่องจากมีความไม่ชัดเจนของนิยาม ขาดองค์ความรู้ ด้านพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง และการวินิจฉัย รวมทั้งวิธีการประเมินอาการผิดปกติซึ่งมีทั้งการประเมินตนเองของผู้ป่วย และการประเมินทางการแพทย์ ความชุกตามกลุ่มอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลียร้อยละ 47 หอบเหนื่อย ร้อยละ 22 นอนไม่หลับร้อยละ 36 วิดกกังวลร้อยละ 23 ผม่วงร้อยละ 22 และหลงลืมร้อยละ 24 ปัจจุบันยังไม่ทราบถึงสาเหตุ และพยาธิสภาพของการเกิดภาวะ Long COVID ที่ชัดเจน อาจเกี่ยวข้องกับ fragments of viral genome or viral antigens ซึ่งไม่ส่งผลต่อการติดเชื้อแล้ว แต่สามารถส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดภาวะการอักเสบในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะ Long COVID ยังไม่ทราบแน่ชัด (กรมการแพทย์, 2565) ระบบเฝ้าระวัง ภาวะ Long COVID ยังไม่มีการติดตามผู้ที่รักษาหายแล้วหรือมีการดำเนินงานเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรมชัดเจน รวมทั้ง การดูแลเบื้องต้นและหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันยังขาดการเชื่อมโยงการส่งต่อ เพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2565)

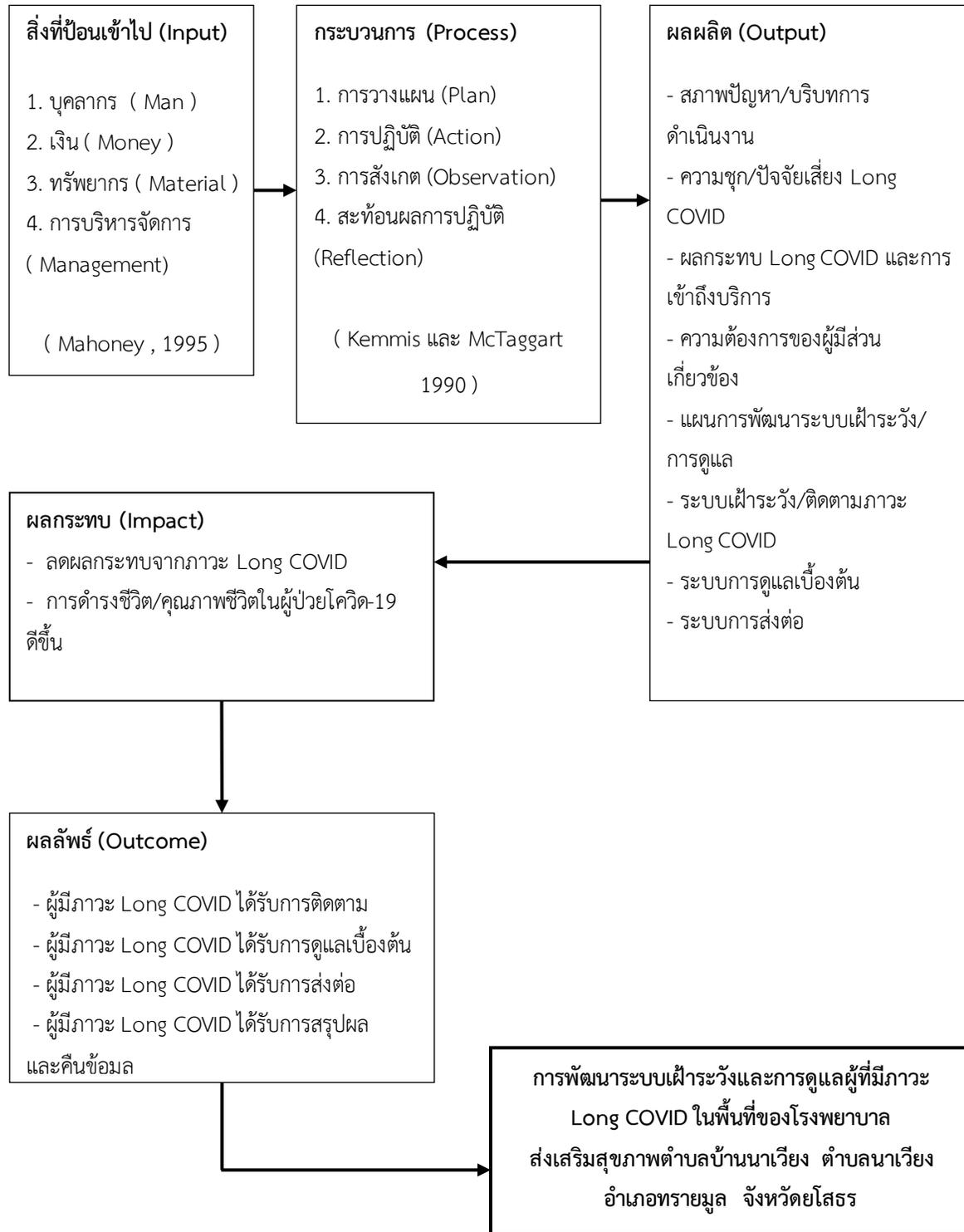
ตั้งแต่เดือน มกราคม 2565 เป็นต้นมา ได้มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ “โอไมครอน” ทำให้มีการ แพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว พบผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ส่งผลให้สถานการณ์โรคโควิด19 ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านนาเวียง อ.ทรายมูล จ.ยโสธร พบผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้น โดยข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2565 พบผู้ป่วย จำนวน 103 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 48.54 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.30 ผู้มีโรคประจำตัว ร้อยละ 8.73 และกลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ 74.75 ซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 56.31 ผู้ป่วยนอกแบบ เจอแจกจบ ร้อยละ 0 ผู้ป่วยนอกแบบ Home Isolation ร้อยละ 45.69 (โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร, 2565) จากสถานการณ์ดังกล่าวนี้ อาจส่งผลให้มีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะ Long COVID ในพื้นที่รับผิดชอบจำนวนมาก

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID เป็นระบบที่ต้องมีการพัฒนาเป็นอย่างไร้ เพื่อให้ทราบขนาดปัญหา การกระจายของโรค และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Long COVID19 ผู้ที่รักษาหาย แล้วได้รับการคัดกรอง เฝ้าระวัง การดูแลเบื้องต้น และส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการหากมีอาการรุนแรง โดยการบูรณาการ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านนาเวียง ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียง ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย (Study design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID กรณีศึกษา ผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียง ตำบลนาเวียง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดยโสธร เก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 – เดือนกันยายน พ.ศ. 2565

2. ประชากร (Population)

2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียง ตำบลนาเวียง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดยโสธร ที่เริ่มป่วยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2565 จำนวน 103 ราย

(1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดยโสธรขณะทำการวิจัย
- สามารถติดต่อได้
- เริ่มป่วยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2565
- มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

(2) เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- เจ็บป่วยหรือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ
- ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

2.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สำหรับการสนทนากลุ่ม/สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงานและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งในพื้นที่ รายละเอียดดังนี้

(1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 66 คน

(2) ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน

(3) ตัวแทนผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 25 คน

(4) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน

(5) บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 8 คน

(6) แพทย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวัง/ดูแลผู้ป่วย Long COVID ประจำโรงพยาบาลในพื้นที่ จำนวน 3 คน

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ก) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ สามารถตอบคำถามได้ ข) มีส่วนร่วมในงานเฝ้าระวัง/ดูแลผู้ป่วย Long COVID และ ค) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ก) เจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเกิดภาวะ Long Covid ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียง ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลแบบมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะ Long Covid โดยใช้กรอบแนวคิด PAOR ของ Kemmis & Mc Taggart (1990) ได้แก่ 1. การวางแผน (Plan) ประชุมทีมเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วย Covid-19 และวางแผนการเฝ้าระวัง 2. การปฏิบัติ (Action) คัดกรองในชุมชน โดย อสม. ผู้มีส่วนร่วม ปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง ลงข้อมูลแบบคัดกรอง แนะนำ ประสาน ส่งต่อผู้ป่วย 3. การสังเกต (Observation) สังเกตผลและการตรวจสอบจากการปฏิบัติงาน 4. สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ทบทวน ผลการใช้ทางการเฝ้าระวัง

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลแบบมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะ Long covid

เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ชุด ซึ่งนำมาจากโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID จังหวัดยโสธร มีดังนี้

1) สัมภาษณ์บุคลากรสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน 4 ข้อ

2) แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาหายแล้ว มีอยู่ 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ช่องทางขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยหรือเกิดเหตุฉุกเฉินจากอาการภายหลังรักษาหาย จากโควิด-19 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ระดับความรุนแรงของภาวะ Long COVID 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ประวัติเข้ารับการรักษา 5 ข้อ

3) แบบเฝ้าระวังสังเกตอาการป่วย ภายหลังรักษาหายจากโรคโควิด-19 (Long COVID) ด้วยตนเองและ ประเมินความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เลือกแบบเจาะจง ประกอบไปด้วยแพทย์และนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งมีประสบการณ์หรือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังโรค ด้านระบาดวิทยา หรือการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี รายละเอียดดังนี้

1) นักระบาดวิทยา จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 1 คน

2) แพทย์ด้านระบาดวิทยา จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร 1 คน

3) นักระบาดวิทยา จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร 1 คน

- 4) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 จากโรงพยาบาลโสธร 1 คน
- 5) นักระบาดวิทยา จากโรงพยาบาลโสธร 1 คน

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการหาค่า CVI (Content validity index) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาแต่ละข้อคำถามว่าสอดคล้องกับทฤษฎีหรือเนื้อหาการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID หรือไม่ การกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อคำถามแต่ละข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

- ไม่สอดคล้อง ให้ 1 คะแนน
- สอดคล้องน้อย ให้ 2 คะแนน
- สอดคล้องค่อนข้างมาก ให้ 3 คะแนน
- สอดคล้องมาก ให้ 4 คะแนน

แล้วนำมาคำนวณค่า CVI ซึ่งค่า CVI ที่ดี ของผู้เชี่ยวชาญ 6 คนขึ้นไป ที่มีค่าตั้งแต่ 0.83 ขึ้นไป (Lynn, 1986 อ้างใน Streiner & Norman, 2008) นำไปใช้เก็บข้อมูล ใช้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI = 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาหายแล้ว เพื่อสำรวจข้อมูลทั่วไป การรับรู้ช่องทางขอความช่วยเหลือ หลังรักษาหายจากโควิด-19 และระดับความรุนแรงของภาวะ Long COVID เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดย อสม. ผู้ช่วยนักวิจัยและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียง ที่ผ่านการอบรมการใช้ เครื่องมือแล้ว

2. การสนทนากลุ่ม/ประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแบบสรุป การจัดกิจกรรมตามประเด็นในแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม พร้อมกับบันทึกเทปอย่างละเอียด บันทึกภาพ บรรยากาศการสนทนากลุ่ม/ประชุมกลุ่ม โดยทีมวิจัยขออนุญาตกลุ่มเป้าหมายก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง

3. การสำรวจข้อมูลเพื่อประเมินผล โดยติดตามการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้ที่มีภาวะ Long COVID และประเมินความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่เป็น Google form โดยผู้ช่วยนักวิจัย ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือแล้วลงข้อมูลให้กลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา และ ความต้องการในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและระบบการดูแลเบื้องต้นผู้ที่มีภาวะ Long COVID

2. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่

- ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความชุกการเกิดภาวะ Long COVID นำเสนอจำนวน ร้อยละ เพื่อใช้อธิบาย
- ผลกระทบของภาวะ Long COVID นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบาย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จังหวัดยโสธร มีมติเห็นชอบ อนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัย เลขรับรองเลขที่ HE 6539 รับรองตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ถึง 4 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มประชากรในการวิจัย ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมด 103 ราย ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 51.50), อายุ 19 - 59 ปี จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 41.70), อยู่หมู่ 1 จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 35.90), ตรวจพบเชื้อเดือน เมษายน จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 49.50), ติดตามอาการวันที่ 2 สิงหาคม 65 จำนวน 59 ราย (ร้อยละ 57.30) และจำนวนวัคซีนโควิดที่ได้รับ 3 เข็ม จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 56.30) ดังแสดงในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 103)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	48.50
หญิง	53	51.50
อายุ (ปี)		
0 - 5	12	11.70
6 - 14	16	15.50
15 - 18	9	8.70
19 - 59	43	41.70
60 ขึ้นไป	23	22.30
ที่อยู่ (หมู่ที่)		
หมู่ 1 บ้านนาเวียง	37	35.90
หมู่ 2 บ้านโป่ง	15	14.60
หมู่ 3 บ้านบะคอม	26	25.20
หมู่ 6 บ้านนาเวียงน้อย	9	8.70
หมู่ 7 บ้านนาเวียง	16	15.50
วันที่ตรวจพบเชื้อ (เดือนที่พบ)		
กุมภาพันธ์	1	1.00
มีนาคม	17	16.50

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 103) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เมษายน	51	49.50
พฤษภาคม	34	33.00
วันที่ติดตามอาการ		
1 สิงหาคม 65	44	42.70
2 สิงหาคม 65	59	57.30
จำนวนวัคซีนโควิดที่ได้รับ (เข็ม)		
ไม่ได้รับ	33	32.00
1 เข็ม	1	1.00
2 เข็ม	8	7.80
3 เข็ม	58	56.30
4 เข็ม	3	2.90

2. การรับรู้ช่องทางขอความช่วยเหลือหลังรักษาหายจากโควิด-19 พบว่า กลุ่มประชากรในการวิจัย ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมด 103 ราย ส่วนใหญ่เป็น รู้จักเบอร์โทร 1669 หรือเบอร์โทรหน่วยกู้ชีพในพื้นที่ หรือเบอร์โทรสายด่วนในการขอรับการรักษาเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน จำนวน 85 ราย (ร้อยละ 82.50) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามการรับรู้ช่องทางขอความช่วยเหลือหลังรักษาหายจากโควิด-19

การรับรู้ช่องทางขอความช่วยเหลือหลังรักษาหายจากโควิด-19	ทราบ		ไม่ทราบ	
	จำนวนราย	ร้อยละ	จำนวนราย	ร้อยละ
1. ท่านรู้ว่าอาการเหนื่อยหอบ นอนไม่หลับ ใจสั่น เป็นอาการเรื้อรัง ของคนที่เคยติดเชื้อโควิด-19	78	75.72	25	24.28
2. ท่านรู้จักช่องทางในการขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการผิดปกติจากการที่เคยติดเชื้อโควิด-19 เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ อสม. หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน	80	77.67	23	22.33
3. ท่านสามารถร้องขอความช่วยเหลือได้ทันทีหากมีอาการเจ็บป่วย จากการที่เคยติดเชื้อโควิด-19 เช่น หน่วยกู้ชีพ หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ อสม. หรือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน	83	80.58	20	19.42
4. ท่านรู้จักเบอร์โทร 1669 หรือเบอร์โทรหน่วยกู้ชีพในพื้นที่ หรือเบอร์โทรสายด่วนในการขอรับการรักษาเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	85	82.50	18	17.50

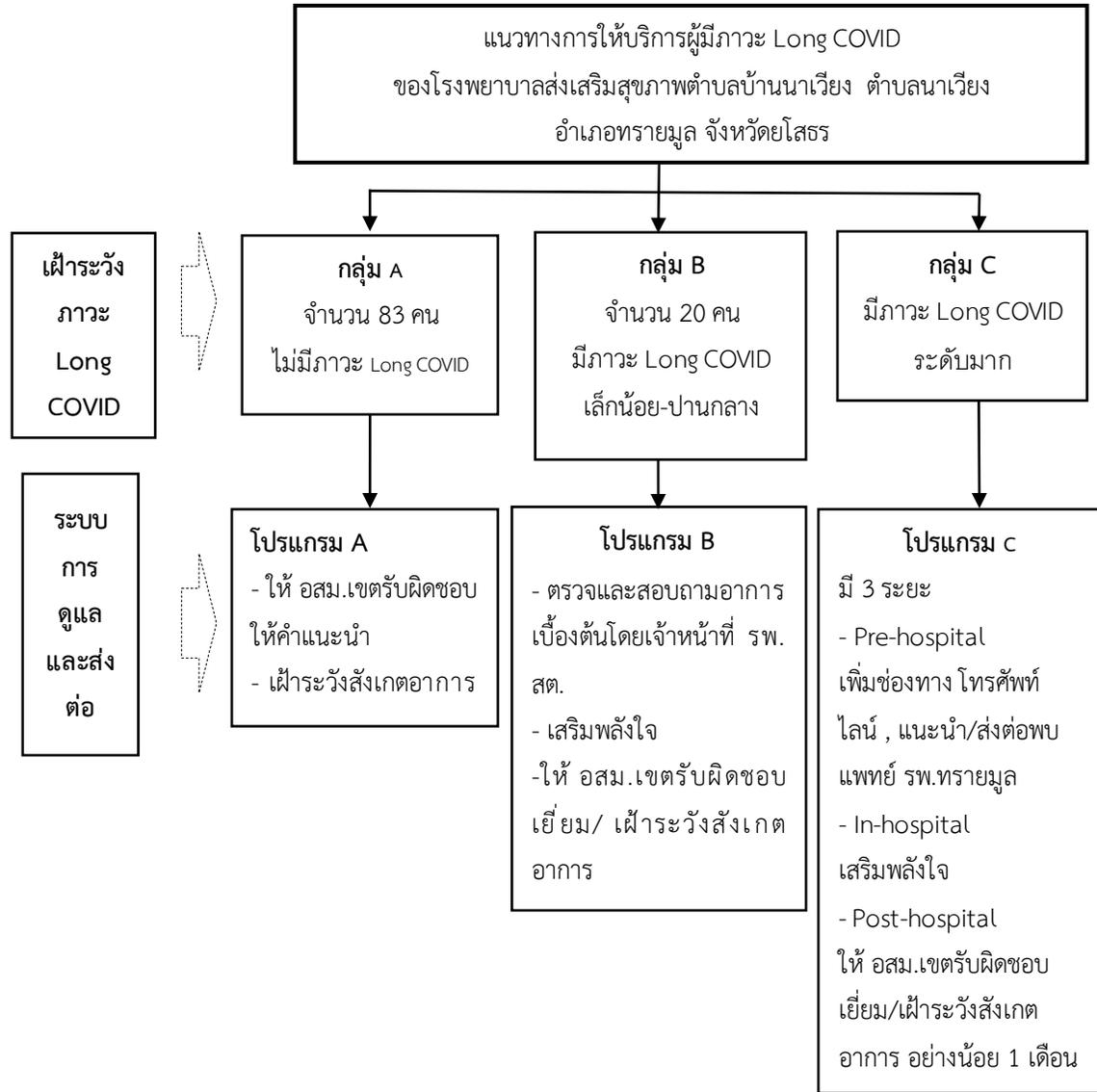
3. ระดับความรุนแรงของภาวะ Long COVID พบว่า อาการที่ส่งผลกระทบต่อมากที่สุดต่อผู้ภาวะ Long COVID จำนวน 20 ราย คือ อาการหอบเหนื่อย ($\bar{x} = 0.12$, S.D. = 0.60) รองลงมา คือ อาการไข้ ($\bar{x} = 0.07$, S.D. = 0.38) ซึ่งภาวะ Long COVID ทุกข้อมีผลกระทบต่ออาการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรุนแรงของภาวะ Long COVID จำนวน 20 ราย

ระดับความรุนแรงของภาวะ Long COVID	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. อ่อนเพลีย	0.01	0.10	ต่ำ
2. หอบเหนื่อย	0.12	0.60	ต่ำ
3. นอนไม่หลับ	0.03	0.30	ต่ำ
4. วิตกกังวล	0.00	0.00	ต่ำ
5. ผม่ว	0.01	0.10	ต่ำ
6. หลงลืม	0.00	0.00	ต่ำ
7. กล้ามเนื้ออ่อนแรง	0.02	0.20	ต่ำ
8. ซึมเศร้า	0.00	0.00	ต่ำ
9. หงุดหงิด	0.00	0.00	ต่ำ
10. กลืน/รสชาติเปลี่ยนไป	0.00	0.00	ต่ำ
11. ไอ	0.03	0.22	ต่ำ
12. ปวดศีรษะ	0.00	0.00	ต่ำ
13. ไข้	0.07	0.38	ต่ำ
14. ท้องเสีย	0.00	0.00	ต่ำ
15. อื่น ๆ	0.00	0.00	ต่ำ

4. แนวทางการให้บริการผู้มีภาวะ Long COVID ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียง ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม/ประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย กำหนดบทบาทหน้าที่และแนวทางที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ประเมิน ติดตามครบทุกราย และส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม ได้รับความรู้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครบทุกราย ไม่มีอาการรุนแรงจนเสียชีวิต โดยแบ่งได้ 3 กลุ่ม A, B และ C ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 แนวทางการให้บริการผู้มีภาวะ Long COVID



5. ประเมินผลการเผื่อระวังและการดูแลผู้ภาวะ Long COVID ของระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการสังเกตอาการและการดูแลตนเองจาก อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 100.00), มีความรู้เกี่ยวกับภาวะ Long COVID เพิ่มขึ้นอย่างมาก จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 70.00), ได้รับการส่งเสริมสุขภาพหรือการฟื้นฟูสุขภาพ จาก อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 75.00), สามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ค่อนข้างมากเพื่อฟื้นฟูสุขภาพและดูแลตัวเองเกี่ยวกับภาวะ Long COVID ได้อย่างถูกต้อง จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 90.00), สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างสม่ำเสมอเพื่อฟื้นฟูสุขภาพและดูแลตัวเองจากภาวะ

Long COVID จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 90.00), เมื่อมีภาวะ Long COVID ท่านได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 65.00), ผลการส่งเสริมสุขภาพหรือผลการดูแลรักษาภาวะ Long COVID หายเป็นปกติ จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 60.00) และความพึงพอใจต่อการให้บริการของ อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการดูแลรักษาภาวะ Long COVID อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 80.00) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประเมินผลการเฝ้าระวังและการดูแลผู้มีภาวะ Long COVID

การเฝ้าระวังและการดูแล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการสังเกตอาการ และการดูแลตนเองจาก อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข		
ได้รับ	20	100.00
ไม่ได้รับ	0	0.00
2. มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับอาการ Long Covid ในระดับใด		
มีความรู้เท่าเดิม	4	20.00
มีความรู้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย	2	10.00
มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมาก	14	70.00
3. ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสุขภาพ จาก อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่		
ได้รับ	15	75.00
ไม่ได้รับ	5	25.00
4. สามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ และดูแลตัวเองเกี่ยวกับภาวะ Long COVID ได้อย่างถูกต้อง		
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	0	0.00
สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย	2	10.00
สามารถปฏิบัติได้ค่อนข้างมาก	18	90.00
5. สามารถปฏิบัติตัว เพื่อฟื้นฟูสุขภาพ และดูแลตัวเองเกี่ยวกับภาวะลงโควิด ได้อย่างสม่ำเสมอ		
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	1	5.00
ปฏิบัติได้แต่ไม่สม่ำเสมอ	1	5.00
ปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ	18	90.00
6. เมื่อมีภาวะ Long COVID โควิด ท่านได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่		
ได้รับ	13	65.00
ไม่ได้รับ	7	35.00

ตารางที่ 4 ประเมินผลการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID (ต่อ)

การเฝ้าระวังและการดูแล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
7. ผลการส่งเสริมสุขภาพ หรือผลการดูแลรักษาภาวะ Long COVID ของท่าน		
แย่ลง	0	0.00
เท่าเดิม	1	5.00
ดีขึ้นเล็กน้อย	1	5.00
ดีขึ้นมาก	6	30.0
หายเป็นปกติ	12	60.0
8. ความพึงพอใจต่อการให้บริการของ อสม.หรือบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการดูแลรักษาภาวะ Long COVID ของท่าน		
น้อยมาก	0	0.00
น้อย	0	0.00
ปานกลาง	1	5.00
มาก	3	15.00
มากที่สุด	16	80.00

อภิปรายผล

1. ผู้ติดเชื้อโควิด-19 เดือนมกราคม-พฤษภาคม 2565 จำนวน 103 ราย มีภาวะ Long COVID 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.41 ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐเพียง 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 10.00 ซึ่งมีระดับความรุนแรงของภาวะ Long COVID อยู่ในระดับต่ำ ส่วนผู้ที่มีภาวะ Long COVID ที่เหลือ ทำการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะ Long COVID ส่วนมากพบอาการหอบเหนื่อย ไข้ ไอ และหายจากภาวะ Long COVID ภายใน 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sudre et al (2021) ที่ได้ทำการศึกษาลักษณะและปัจจัยทำนายภาวะ Long COVID ในประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา และประเทศสวีเดน พบว่าผู้ที่มีภาวะ Long COVID อาการยาวนานมากกว่า 1, 2 และ 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 13.3, 4.5 และ 2.3 ตามลำดับ ภาวะ Long COVID ที่พบ ได้แก่ มีอาการเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ หายใจลำบาก และภาวะไม่ปกติ อาจกล่าวได้ว่าภาวะ Long COVID สามารถหายได้เองขึ้นอยู่กับเวลา สภาพร่างกาย โรคประจำตัว บางรายอาจต้องใช้ยาบรรเทาอาการร่วมด้วย แต่ส่วนใหญ่จะมีความรุนแรงของภาวะ Long COVID อยู่ในระดับต่ำ

2. ผู้มีภาวะ Long COVID ส่วนใหญ่ได้รับการติดตามดูแลโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียง ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (อสม.) จนหายจากอาการ Long COVID เป็นปกติ ร้อยละ 60 และมีอาการดีขึ้นมาก อีกร้อยละ 30 รวมทั้งมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการให้บริการของ อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการดูแลรักษาภาวะ Long COVID อยู่ที่ร้อยละ 80 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพ์ทิพ มาลาหอม และคณะ (2564) ที่ได้ทำการศึกษาหลังชุมชนกับการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการระบาดของโควิด-19 ในชุมชน

ชายแดนไทย-ลาว พบว่า พลังชุมชนกับการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 เกิดจากความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันร่วมด้วย ภายใต้กฎเกณฑ์ หรือระเบียบที่ตั้งไว้ โดยชุมชนมีอาสาสมัครสุขภาพระหว่างประเทศ (อสรป.) เป็นแกนนำขับเคลื่อนร่วมกับประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว หลากหลายช่องทาง เช่น ทางโทรศัพท์มือถือ มีการประชาสัมพันธ์ในชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ มีการทำงาน ค้นเชิงรุกที่จุดผ่อนปรน และชุมชนที่เป็นรอยต่อกับตำบลอื่นที่เป็นพื้นที่ตามแนวชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน อาจกล่าวได้ว่าการทำงานร่วมกันกับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (อสม.) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ประเมิน ติดตามครบทุกราย และส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม ได้รับดูแลรักษาตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้มีภาวะ Long COVID ครบทุกราย ไม่มีอาการรุนแรงจนเสียชีวิต

3. จากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID พบปัจจัยแค่ความสำเร็จ 5 ประเด็น 1) นโยบายจากผู้บริหาร รวมทั้งการมีส่วนร่วมของคนชุมชนในพื้นที่ 2) การประชุมผู้มีส่วนร่วม การจัดทำแผนและเตรียมความพร้อมบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ 3) การจัดสรรงบประมาณที่ได้มาทั้งภาครัฐและเอกชน ในการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID 4) ทีม อสม. ผู้นำชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการติดตามดูแล และเฝ้าระวัง 5) มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานให้ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ให้มีความรู้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งขอความร่วมมือบุคลากรหน่วยงานท้องถิ่นให้มีความรู้เรื่องภาวะ Long COVID การคัดกรอง ประเมิน ติดตามภาวะ Long COVID ให้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อ COVID ครบทุกราย
2. ควบคู่กับตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาวะ Long COVID เช่น โรคประจำตัว อาชีพ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น
3. จัดทำโครงการพัฒนาความรู้ในชุมชนให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับอาการ ความรุนแรง การรักษา ภาวะ Long COVID มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2565). การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome). กระทรวงสาธารณสุข . https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650126100932AM_การดูแลรักษาผู้ป่วย Long COVID v.2.4.pdf
- พิมพ์ทิพา มาลาหอม, พนมวรรณ สว่างแก้ว, วิชิต พุ่มจันทร์. (2564). พลังชุมชนกับการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกัน การระบาดของโควิด-19 ในชุมชนชายแดนไทย – ลาว. <https://www.sac.or.th/main/th/article/detail/186>
- รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา. (2565). ภาวะ Long COVID (ลองโควิด). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี-มหาวิทยาลัยมหิดล. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/ภาวะ-long-covid-ลองโควิด-เมื่อโรค/>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2565). ศูนย์สื่อสารโควิด จังหวัดยโสธร. <https://www.facebook.com/SATYASOTHON>
- Mahoney, J. T. (1995). The management of resources and the resource of management. *Journal of business research*, 33 (2). 91-101.
- Kemmis, S., McTaggart, R. (1990). The action research planner. Geelong: Deakin University Press.
- Streiner, D. L., Norman, G. R. (2008). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. Oxford University.
- Sudre, C. H., Murray, B., Varsavsky, T., Graham, M. S., Penfold, R. S., Bowyer, R. C., et al. (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nat Med*, 27(4), 626–631. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01292-y>



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. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัย โดยต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น (หรือหากมีกรุณาอธิบายในข้อความส่งถึงบรรณาธิการ)
4. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (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 ชิดขอบ

-ข้อความบทนำ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

-บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย

6. วัตถุประสงค์การวิจัย

-ชื่อ “วัตถุประสงค์การวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ

-ข้อความวัตถุประสงค์การวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

7. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

-ชื่อ “สมมติฐานการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ

-ข้อความสมมติฐานการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี)

-ชื่อ “กรอบแนวคิดในการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ

-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 “ระเบียบวิธีวิจัย” 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). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกีตาโน มอสก้า กับชนชั้นนำ
ทางการเมืองไทยในยุคมาลามาไทย. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล พุทธิรักษา (บ.ก.),
ว่าด้วยทฤษฎีรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 47-68).
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.

1.2 หนังสือแปล

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

เช่น

แบร์รี สมารี. (2555). *Michel Foucault* [มิเชล ฟูโกต์]. 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
////////ชนชั้นนำทางการเมืองไทยในยุคมลายาไทย. 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 วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ที่ไม่ได้ตีพิมพ์
ชื่อ นามสกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์
////////หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]/ชื่อมหาวิทยาลัย.

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

เช่น

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). *การพัฒนารูปแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์* [วิทยานิพนธ์]
////////ปริญญาโทบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

2.2 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่) ./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิต หรือ
/////////วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิต./ชื่อมหาวิทยาลัย./ชื่อเว็บไซต์./URL

2.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิตจากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่) ./ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)
/////////[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิต,
/////////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

วิเศษ กลัปกาย, 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.

/////////การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53.

/////////มหาวิทยาลัยนเรศวร

6. หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

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

เช่น

ทีมเราไว้ดี. (21 กุมภาพันธ์ 2565). *จับตามผลกระทบโควิดระลอกสามทำคนไทยหนีท่วม.*

/////////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>

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

7.2 Wikipedia

เช่น

Global warming. (2019, December 9). In *Wikipedia*. [http://en.wikipedia.org/wiki/Global](http://en.wikipedia.org/wiki/Global_warming)

/////////_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 ถึงบรรณาธิการวารสารที่ 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 อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 tjphe_editor@scphub.ac.th