



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ISSN 2774-1362 (Online)

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2562-กันยายน 2563 ❖ Vol. 8 No.1 October 2019-September 2020

บทวิพากษ์

- ผลของรูปแบบการจัดประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย
- การประเมินผลผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10
- ศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 10
- การสำรวจพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

บทความทั่วไป

- COVID-19 “โรคติดเชื้อในยุคไร้พรมแดน”
- ใช้ชีวิตอย่างไร ให้ปลอดภัยจาก โควิด 19
- กินอย่างไร ห่างไกลโควิด
- การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในช่วง **COVID-19**



ไทยรู้สู้โควิด



คนไทยรวมพลังป้องกันโรค



VISION: วิสัยทัศน์

กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาล*ระบบ
ส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี

* ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง

MISSION: พันธกิจ

ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ใช้ความรู้และดูภาพรวม
เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและ
อนามัยสิ่งแวดล้อมโดยการประสานงานสร้างร่วมมือและ
กำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน



วัฒนธรรมองค์กร

H

• Health Model : เป็นต้นแบบสุขภาพ

E

• Ethics : มีจริยธรรม

A

• Achievement : มุ่งผลสัมฤทธิ์

L

• Learning : เรียนรู้ร่วมกัน

T

• Trust : เคารพและเชื่อมั่น

H

• Harmony : เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – ธันวาคม 2563

Vol. 8 No.1 January – December 2020



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูล ข่าวสารวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิชาการงานวิจัย เทคโนโลยีของภาคีเครือข่ายสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา บรรณาธิการ	นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ นางมลลณี แสนใจ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ผู้ช่วยผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจกลุ่มวัยและ สนับสนุนวิชาการเขตสุขภาพ กลุ่มวิชาการ วิจัยและสนับสนุนเขตสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ บริการทางการแพทย์และการพยาบาล สื่อสารประชาสัมพันธ์ และงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้ช่วยผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจสนับสนุน ผู้ช่วยผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ อนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ กลุ่มส่งเสริมสุขภาพวัยแรกของชีวิต กลุ่มส่งเสริมสุขภาพวัยแรกของชีวิต กลุ่มส่งเสริมสุขภาพวัยแรกของชีวิต กลุ่มส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มวิชาการ วิจัยและสนับสนุนเขตสุขภาพ กลุ่มวิชาการ วิจัยและสนับสนุนเขตสุขภาพ กลุ่มวิชาการ วิจัยและสนับสนุนเขตสุขภาพ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ กองบรรณาธิการวิชาการ	นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์ ดร.เรืองอุไร อมรไชย ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา ทพญ.ศิรดา เล็กอุทัย นางสิริพินท์ ศิริโสภาพงษ์ นางไฉไล ช่างดำ	
กองบรรณาธิการ	พญ.ฐิติภรณ์ ดวงรัตนานนท์ นางจุฬาร ธานี นางสุพัตรา เสนาใหญ่ นางสาวมนฤดี แสงวงษ์ นางสาวนภัชล รอดเที่ยง นางสาวไยดา วัชรินทร์ นางพนิดดา เหมื่อนมาตย์ นางสาวตติยา สารธิมา นายนิสิต อินลี นางกัญญนัท ธิปโน นางสาวศศิธร บุญสุข นางสาวสุนทรีย์ พันธุ์คำ	
สำนักงาน	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ 045-251267-9	
เว็บไซต์	http://hpc10.anamai.moph.go.th	

ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ การเสนอผลงานตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม มีกำหนดออกปีละ 1 ฉบับ

การตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้

1. เป็นผลงานวิชาการในสาขาส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้องเขียนด้วยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
2. เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน
3. เป็นผลงานวิชาการที่ผู้ทรงคุณวุฒิตามที่กองบรรณาธิการคัดสรรไม่น้อยกว่า 2 คน ลงความเห็นว่าเป็นผลงานมีคุณภาพสมควรลงตีพิมพ์ในวารสาร
4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจาก กองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานวิชาการในเบื้องต้นแล้ว
5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้อง แก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละ สิทธิการตีพิมพ์
6. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งคืนต้นฉบับและแผ่นซีดีข้อมูลให้แก่เจ้าของผลงานวิชาการ

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ มีดังนี้

1. บทความที่ส่งพิมพ์

บทความวิชาการ (Original articles) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะและ เอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศ ระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่อง 10-15 หน้าพิมพ์ต่อเรื่อง

บทความทั่วไป (General articles) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่อง ที่ถูก หยิบยกมานำเสนอ โดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการ ศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม หรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัย โดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน ความยาวไม่เกิน 3-5 หน้าพิมพ์ต่อเรื่อง

บทความพิเศษ (Special articles) เป็นบทความประเภทที่บทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง ถอดบทเรียน (Knowledge management) บทสัมภาษณ์ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ ความยาวไม่เกิน 3 หน้าพิมพ์ต่อเรื่อง

ปกิณกะ (Miscellaneous) เป็นบทความเบ็ดเตล็ดที่มีความหลากหลาย ความยาวไม่เกิน 2 หน้าพิมพ์ต่อเรื่อง

2. การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย (ไม่ใช่คำย่อ) และสถาบันที่ทำงานอยู่

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญเขียนเป็นภาษาไทยร้อยแก้ว ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา วิจัยหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย การศึกษาค้นคว้าที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตการวิจัย

วิธีการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายผลที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
2. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ระบบการอ้างอิงแบบตัวเลข (The numerical arrangement system) คือ ใส่ตัวเลขกำกับไว้ในวงเล็บ [] ท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่อ้างถึงข้อความในบทความ โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงเอกสารซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ตัวอย่าง กรมอนามัย^[1] กล่าวว่า

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. รังสรรค์ ปัญญาญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.
2. Richard EB, Victor CV. Nelson Textbook of Pediatrics. 12thed. Philadelphia : W.B.Saunders; 1987.

3.2 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์.

เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ตัวอย่าง

1. ประสงค์ ตูจินดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริบุญย์ อรุณ บุญประกอบ. บรรณาธิการ. ทารกแรกเกิด พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
2. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

3.3 การอ้างอิงบทความในวารสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
2. จิราภรณ์ จันทรจักร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์ จุลาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.
3. จริญา เลิศอรรษยณิ, เอมอร รักษมณิ, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรพรณี วรภิโจคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85:1288-95.

3.4 ตัวอย่างการอ้างอิงอื่นๆ

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันในส่วนที่เป็นชื่อผู้แต่ง

1. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.
2. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

วิทยานิพนธ์ :

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา. จำนวนหน้า.

1. สมภาพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟไซต์ที่เพาะเลี้ยง. [วิทยานิพนธ์] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533. 75หน้า.
2. Cairina RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen [Dissertation]. Berkeley, University of California; 1995. 156p.

อ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ/วัสดุ/อินเทอร์เน็ต]. เมืองที่พิมพ์: เจ้าของหรือสำนักพิมพ์; ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

1. ศุภศิลป์ สุนทรภา. ผลของวิตามินดีต่อการเกิด การป้องกันและการรักษาโรคกระดูกพรุน [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: กลุ่มศึกษาวิจัยโรคกระดูกพรุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.osteokku.com/osteokku_o/ebook/vitamind.html

3.5 หลักการอ้างอิงชื่อผู้แต่ง

1) ผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ลงชื่อสกุล ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง (ถ้ามี) และใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นชื่อสกุลและอักษรย่อของชื่อต้นกับชื่อกลาง เช่น Reynolds, F.E.

2) ผู้แต่งชาวไทย ให้ลงชื่อก่อน แล้วตามด้วยนามสกุล เช่น เปลื้อง ณ นคร ในกรณีที่ยื่นเอกสารเป็นภาษาต่างประเทศ อาจใช้แนวทางเดียวกันกับผู้แต่งชาวต่างประเทศได้

3) ผู้แต่งชาวไทยมีฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ ให้พิมพ์ชื่อ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และฐานันดรศักดิ์หรือบรรดาศักดิ์ เช่น ธรรมศักดิ์มนตรี, เจ้าพระยา ไม้ไผ่ศทางทหาร ดำรงหรือตำแหน่งทางวิชาการ/วิชาชีพ

4) ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ลงชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) โดยใช้คำว่า “และ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “,and” (สำหรับภาษาอังกฤษ) ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย

5) ผู้แต่ง 7 คน ขึ้น ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย และคณะ (สำหรับภาษาไทย) หรือ et al.(สำหรับภาษาอังกฤษ)

6) ผู้แต่งเป็นสถาบัน ให้เขียนกลับคำนำหน้า ถ้าเป็นหน่วยงานรัฐบาล อย่างน้อยต้องอ้างถึงระดับกรม เช่น กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข

7) ถ้าเป็นหนังสือที่มีบรรณาธิการ และผู้อ้างอิงต้องการอ้างถึงหนังสือทั้งเล่ม ให้เขียนชื่อบรรณาธิการแทนผู้แต่ง และใส่คำว่า “บรรณาธิการ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “ed.” หรือ “eds.” แล้วแต่กรณี (สำหรับภาษาต่างประเทศ) เช่น ตีรณ พงศ์มพัฒน์ และจารุมา อึ้งกุล, บรรณาธิการ. หรือ Forbes, S. M., ed.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ส่งในรูปแบบเอกสารพิมพ์ ขนาด A4 พร้อมแผ่น CD บันทึกไฟล์ผลงาน

4.2 ภาพประกอบ หากเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว หากเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรือภาพสีขนาดโปสการ์ด การเขียนคำอธิบายภาพให้เขียนแยกต่างหาก ไม่เขียนลงในภาพ และกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ที่ต้องการ

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับเอกสาร 3 ชุด พร้อมระบุที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ของเจ้าของผลงาน โดยส่งเอกสารด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ และส่งไฟล์ผลงานทางไปรษณีย์ อิเล็กทรอนิกส์ ถึง

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
เลขที่ 45 ถนนสถลมารค หมู่ 4 ตำบลธาตุ
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190
โทรศัพท์ 045-251-267-9
Email: research.hpc10@gmail.com

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

นางมลลื แสนใจ

โทรศัพท์: 045-251-267-9

2. ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

นางสาววิจิตรรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์

โทรศัพท์: 045-251-267-9

Email: research.hpc10@gmail.com

คำนิยม



หลายเดือนที่ผ่านมาประเทศไทยต่อสู้กับสถานการณ์การระบาดวิกฤตของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) อย่างเข้มข้น ด้วยความทุ่มเท ความเสียสละของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนความร่วมมือของประชาชนคนไทยทุกภาคส่วน ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้สถานการณ์โรคโควิด-19 (COVID-19) ประเทศไทยสามารถควบคุมได้ คือ ความเข้มแข็งและการบริหารจัดการควบคุมโรคระบาดของระบบการสาธารณสุขของประเทศไทย ตั้งแต่ระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ (EOC) “รับรู้เร็ว การโต้ตอบและ จัดการ โรคได้ทันท่วงที” ณ วันนี้ เราเข้าสู่ช่วงปรับเปลี่ยนให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ “New Normal” การมีพฤติกรรมใหม่ ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 (COVID-19) ด้วย 5 มาตรการหลัก คือ ทำความสะอาด ผู้ให้/ผู้รับสวมหน้ากาก บริการจัดล้างมือ เว้นระยะห่าง (Social distancing) และควบคุมจำนวนคนด้วยความอดทนโดยการหลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่แออัดป้องกันการแพร่ระบาดรอบใหม่

วารสาร ฯ ฉบับนี้ ถือเป็นฉบับพิเศษฉบับหนึ่งของผม ในโอกาสเข้ารับตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กับบทบาทการเป็นผู้บริหารและผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งความท้าทายที่สำคัญ คือ ทำอย่างไรให้ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ภายใต้สถานการณ์การระบาดวิกฤตของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) รวมพลังสร้างวิธีใหม่ สร้างความรอบรู้ (Health Literacy) ให้ตัวเราปลอดภัยและประชาชนในชุมชนปลอดภัยสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่

นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
กันยายน 2563

บทบรรณาธิการ



วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูล ข่าวสารวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่ ผลงานวิชาการ งานวิจัย เทคโนโลยีของภาคีเครือข่ายสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10 เป็นเอกสารทางวิชาการที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยบทความทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันทั่วโลก กำลังประสบปัญหาการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก กระทั่งต่อเศรษฐกิจและสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินในกิจวัตรประจำวันจากวิถีเดิมสู่วิถีใหม่ หรือที่เรียกว่า “New Normal” ซึ่งประกอบด้วย การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) การสวมใส่หน้ากาก การล้างมือ การดูแลความสะอาดจุดเสี่ยง และลดการรวมตัวของคนจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดเป็นสังคมระบบดิจิทัลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากเราอยากอยู่ในโลกใบนี้ต่อไปอย่างปลอดภัย เราจะต้องปฏิบัติตามแนวทาง New Normal ดังกล่าวอย่างเคร่งครัด แล้วเราจะผ่านพ้นวิกฤติในครั้งนี้ไปด้วยกัน พวกเราขอเป็นกำลังใจให้กับทุกๆ ท่าน

กองบรรณาธิการวารสารฯ จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ทุกท่านได้เรียนรู้เกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ตลอดจนเป็นเวทีวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในเขตสุขภาพที่ 10 และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึงทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสารฯ ฉบับนี้ เราในฐานะวารสารน้องใหม่พร้อมรับข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ต่อไป

นางมลลื สนั่นใจ
บรรณาธิการ
กันยายน 2563

ข่าวประชาสัมพันธ์

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี





ภาพกิจกรรม

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ขอขอบคุณ: กลุ่มสื่อสารประชาสัมพันธ์ กองการสื่อสารสังคม



นายฯ ลงพื้นที่โรงเรียน ตชด.บ้านหนองใหญ่ ติดตามการเรียนการสอน
ตามมาตรการป้องกันโควิด 19

วันนี้ (16/ก.ค.63) พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ลงพื้นที่ติดตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานศึกษาที่ใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบ New Normal วิถีชีวิตใหม่บริบทโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน (Health Literacy and New Normal School) และการเรียนการสอนภายใต้การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) และติดตามการขับเคลื่อนพื้นที่นวัตกรรมทางการศึกษา ณ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนบ้านหนองใหญ่ ต.รูง อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ ทั้งนี้ แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร อธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์สราวุธ บุญสุข รองอธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้ร่วมต้อนรับและรายงานมาตรการความร่วมมือระหว่างกรมอนามัยและโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ด้วยกลไกผู้พิทักษ์อนามัยโรงเรียน และ กิจกรรมการจัดการเรียนรู้โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง โภชนาการ กับบทบาทผู้พิทักษ์อนามัยโรงเรียนด้วย

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี



www.anamai.moph.go.th



ภาพกิจกรรม

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ชื่อย่อหน่วยงาน : กลุ่มสื่อสารประชาสัมพันธ์ เขตภาคใต้สื่อสารสุขภาพ



วันนี้(4ก.ค.63) คณะเยี่ยมติดตามการดำเนินงานของสถานศึกษาหลังเปิดภาคเรียน กรณีพิเศษ COVID-19 บูรณาการความร่วมมือระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ นำโดย นายสุรศักดิ์ อินศรีไกร ที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และกระทรวงสาธารณสุข นำโดย นายแพทย์สราวุธ บุญสุข รองอธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี นางสาวศิริวรรณ ชูมนุม รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี นายรัชชัย ใจคง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร พร้อมคณะผู้บริหาร ณ โรงเรียนวิทยาศาสตร์จุฬาภรณราชวิทยาลัย มุกดาหาร และโรงเรียนบ้านห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร โอกาสนี้ นายจักรกรูธ สอนโกษา ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 22 , ดร.มารุต อุปนิสากร ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร , นายชาติรี ประดุจชนม์ ผู้อำนวยการโรงเรียนวิทยาศาสตร์จุฬาภรณราชวิทยาลัย มุกดาหาร และ นายยุทธยงค์ งามมุงคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านห้วยน้ำใหญ่ พร้อมคณะผู้บริหารในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร ร่วมให้การต้อนรับ

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี



www.anamai.moph.go.th

ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย



รองอธิบดีกรมอนามัย ลงพื้นที่ จ.อุบลราชธานีให้ความรู้ป้องกัน covid 19 ที่ ขส.และสถานีรถไฟ

วันนี้ (29/02/63) นพ.ดนัย ธีวันดา รองอธิบดีกรมอนามัย และเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย พร้อมด้วย รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ สาธารณสุขอำเภอสำโรง ลงพื้นที่รณรงค์ป้องกัน covid 19 ณ บริษัทนครชัยแอร์ สถานีขนส่งผู้โดยสาร และสถานีรถไฟ จ.อุบลราชธานี โดยได้ให้คำแนะนำเพื่อสร้างสุขอนามัยดีให้กับตนเอง และผู้ให้บริการให้เข้าใจในการป้องกันตนเองง่ายๆ โดยได้เน้นให้ประชาชนล้างมือบ่อยๆ เช็ดทำความสะอาดจุดเสี่ยงบนรถ และจุดที่มีการสัมผัสบ่อยๆ เช่น ที่จับเปิดประตู เบาะ กระงกที่พนักแขน จุดขายตั๋ว ที่นั่งรอรถ เป็นต้น รวมทั้งสวมหน้ากากอนามัยป้องกันให้ถูกวิธี



ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย ส่งเสริมเทคโนโลยีสุขภาพดี

ผลิตและเผยแพร่ : กลุ่มพัฒนาวิชาการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

วันที่ 29/02/63

ข่าวที่ 98/ 2563



ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 10 ลงพื้นที่เพื่อติดตามมาตรการผ่อนปรนกิจการหรือกิจกรรมระยะ 2 เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ณ ศูนย์การค้าเซ็นทรัลพลาซา อุบลราชธานี



วันนี้ (19 พฤษภาคม 2563) นายแพทย์ธงชัย กีรติหัตถยากร ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 10 ร่วมกับนายอุทัย ทองเดช รองผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมระบบการเฝ้าระวังป้องกันโรค COVID-19 และระบบความปลอดภัย ตามมาตรการการป้องกันโรคภายในห้างสรรพสินค้าเซ็นทรัลพลาซา จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงการดำเนินงานตามมาตรการผ่อนปรน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทั้งนี้ มีนายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี นายแพทย์สุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และคณะผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 10 ร่วมติดตามการดำเนินงาน จากนั้นได้ให้สัมภาษณ์กับสื่อมวลชน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในการใช้บริการที่ห้างสรรพสินค้า

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี



www.anamai.moph.go.th

ภาพกิจกรรม

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ลิขสิทธิ์และกรรมสิทธิ์ : กลุ่มสื่อสารประชาสัมพันธ์ และภาคีสื่อสารมวลชน



วันนี้(15 มิถุนายน 2563) นายสุทธธี วิฑูรย์ ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี ได้ให้เกียรติเป็นประธานในพิธีเปิดโครงการ “ก้าวทำใจ Season 2 ด้านภัยโควิด 19 ณ ห้องทัตติมสยาม 2 โรงแรมสุโขทัย แกรนด์ไฮเทล โดยมีนายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กล่าวรายงาน วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 และเตรียมพร้อมสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) เช่น การเดิน-วิ่ง ปั่นจักรยาน เวทเทรนนิ่ง โยคะ แอโรบิกแดนซ์ และ สิตะมวยไทย ภายใต้ campaign “พิชิต 60 วัน 6,000 แคลอรี” โดยมีช่วงระยะเวลาดำเนินการ ดังนี้

- เริ่มเปิดรับลงทะเบียน ตั้งแต่วันที่ - 29 สิงหาคม 2563
- เริ่มสะสมระยะทาง และระยะเวลาจริง วันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 29 สิงหาคม 2563 (60 วัน)
- ประกาศผล และมอบรางวัล เดือนกันยายน 2563

ผู้เข้าประชุมประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 10 แรงงานจังหวัดอุบลราชธานี เครือข่ายสนับสนุนเทศบาลจังหวัด เครือข่ายท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัด และภาคีเครือข่าย

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี



www.anamai.moph.go.th



ภาพข่าวกิจกรรม

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กลุ่มสื่อสารประชาสัมพันธ์ 7/05/63



วันนี้ (7พ.ค.63) นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง และบรรยายพิเศษ ในการประชุม “คนกันทรลักษณ์ร่วมใจ ต้านภัย COVID –19 เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน” ณ ห้องประชุมบุญประภัสสร โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ ได้ให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านอาหาร ร้านกาแฟ ร้านเสริมสวย ร้านตัดผม ธนาคาร ผู้จัดการ ตลาดเอกชน ตลาดนัด และประเมินมาตรฐานความสะอาด ปลอดภัยป้องกันโรค COVID-19 เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเปิดให้บริการในช่วงมาตรการผ่อนปรน ผ่านแพลตฟอร์ม Thai Stop Covid กรมอนามัย



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสูงภาพดี



www.anamai.moph.go.th

ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10



ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย ลงพื้นที่ให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 รู้ทัน ป้องกันได้

วันนี้ (12/3/63) นพ.สราวุธ บุญสุข ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย มอบหมายให้ นางสิริพินท์ สิริโสภาพงษ์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ นำคณะลงพื้นที่ ณ ตำบลพรหมแดนช่องเม็ก และตำบลช่องเม็ก อ.สิรินธร จ.อุบลราชธานี เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ให้กับเจ้าหน้าที่ อสม. และประชาชน โดยได้เน้นการใช้หลัก 3 ล. คือ “ลด” ลดการแพร่เชื้อเมื่อไม่สบาย ไอ จาม ให้สวมหน้ากากอนามัย “เลี่ยง” เลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีการระบาด เลี่ยงการเข้าไปในที่ที่มีคนหนาแน่น เลี่ยงการเอามือมาสัมผัสบริเวณใบหน้า “ดูแล” ดูแลสุขภาพของตนเอง กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ และรับผิดชอบต่อสังคม พร้อมทั้งได้ สาธิตวิธีการ ใส่และถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง สาธิตการล้างมือให้สะอาด 7 ขั้นตอนด้วย



ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย ส่งเสริมเทคโนโลยีสุขภาพดี

ผลิตและเผยแพร่ : กลุ่มพัฒนาวิชาการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

วันที่ 12/03/63

ข่าวที่ 101/2563

ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย



ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จัดประชุมสรุปบทเรียนการขับเคลื่อน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น

วันนี้ (6/12/62) นายแพทย์สรวิศ นุญสุข ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย มอบหมายให้กลุ่มส่งเสริมสุขภาพวัยแรกของชีวิต จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปบทเรียนการขับเคลื่อน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และบูรณาการจัดทำแผนฯ ปีงบประมาณ 2563 ณ โรงแรมบ้านสวนคุณตาฯ โดยได้รับเกียรติจาก นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 10 เป็นประธานในการประชุม ทั้งนี้เพื่อสรุปบทเรียนการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และบูรณาการจัดทำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานจากศึกษาธิการจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด สภาดังและเยาวชนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 10



ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ผลิตและเผยแพร่ : กลุ่มพัฒนาวิชาการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

วันที่ 6/12/62

ข่าวที่ 41/ 2563

ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย



ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จัดประชุมพัฒนาศักยภาพแกนนำความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนในถิ่นทุรกันดารเขตสุขภาพที่ 10

วันนี้ (19/12/62) นายแพทย์สรวิศ บุญสุข ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย มอบหมายให้ นางมลลิตา แสนใจ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ เป็นประธานเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแกนนำความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนในถิ่นทุรกันดารเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำด้านส่งเสริมโภชนาการ ท้นดสุขภาพ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล ให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพที่ดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยครูอนามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักเรียนแกนนำ จำนวน 60 รูป/คน ณ ห้องประชุมเธียร์เตอร์ โรงแรมบ้านสวนकुन्दाฯ จ.อุบลราชธานี



ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย ส่งเสริมโภชนาการสุขภาพดี

ผลิตและเผยแพร่ : กลุ่มพัฒนาวิชาการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

วันที่ 19/12/62

ข่าวที่ 49/ 2563



ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ลงพื้นที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านภัย COVID-19

วันนี้ 09/04/2563 นางไลไล ช่างดำ ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พร้อมเจ้าหน้าที่ ลงพื้นที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขด้านการส่งเสริมและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านภัย COVID-19 ณ เทศบาลเมืองวารินชำราบ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี เพื่อสื่อสารมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ให้ท้องถิ่นใช้ใน Setting ต่างๆที่รับผิดชอบเพื่อการป้องกันควบคุมโรค ทั้งนี้มี นายจิระชัย ไกรกังวาร นายกเทศมนตรีเมืองวารินชำราบ ในฐานะประธานสภานิติบัญญัติเทศบาลจังหวัดอุบลราชธานี พร้อมคณะ ร่วมแลกเปลี่ยนการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของพื้นที่

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนโดยสุขภาพดี

f t y v www.anamai.moph.go.th

ผลิต/เผยแพร่ : กลุ่มสื่อสารประชาสัมพันธ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย

วันที่ 09/04/63 ข่าวที่ 103/2563

สารบัญ

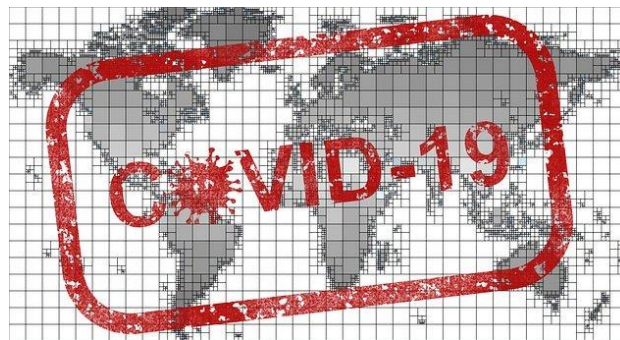
ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	6
คำนิยม	11
บทบรรณาธิการ	12
ข่าวประชาสัมพันธ์	13
บทความทั่วไป	
■ COVID-19 “โรคติดเชื้อในยุครั้วพรมแดน” จุฬารพร ธาณี	25
■ ใช้ชีวิตอย่างไร ให้ปลอดภัยจาก โควิด 19 นภัชชล รอดเที่ยง	29
■ กินอย่างไร ห่างไกลโควิด ปนัดดา เหมือนมาตย์	34
■ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในช่วง COVID-19 นิสิต อินลี	38
บทความวิชาการ	
■ ผลของรูปแบบการจัดประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างความสามารถ ทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์สาธิตส่งเสริม พัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย พรพิมล ช้างสาร	42
■ การประเมินผลผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพ แกนนำชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10 เดือนธิดา ศรีเสมอ และ วรรณภา อินทร์ราชา	48
■ ศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 10 จุริภรณ์ คุณแก้ว และ สุกัญญา ศิลปราชะ	57
■ การสำรวจพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มลลณี แสนใจ ศศิธร บุญสุข ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์ และ สุนทรีย์ พันธุ์คำ	66
■ ความสัมพันธ์ของระดับ alpha-fetoprotein ในเลือดของมารดาที่เพิ่มมา ขึ้น กับการคลอดก่อนกำหนด พงษ์สันต์ พันธะไชย	86
บทความเบ็ดเตล็ด/ปกิณกะ	95



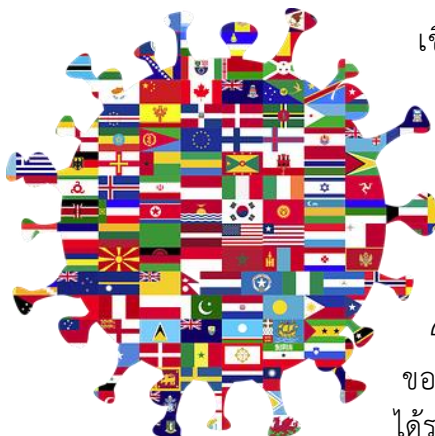
บทความทั่วไป

COVID-19 “โรคติดเชื้อในยุครัฟมแดน”

จุฬาร ธานี
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี



มหันตภัยร้ายส่งท้ายปี 62 : องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การแพร่กระจายระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็นการระบาดใหญ่ “pandemic” หลังจากเชื้อได้ลุกลามไปอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคของโลก คร่าชีวิตคนทั่วโลกไปนับแสนราย เราเผชิญกับโรคติดต่อร้ายแรงที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อว่า SARS-CoV-2 ซึ่งชื่อของโรคติดเชื้อชนิดนี้เรียกว่า “โรคติดเชื้อโควิด-19 : COVID-19 ชื่อเต็มคือ “Corona Virus Disease - 19”



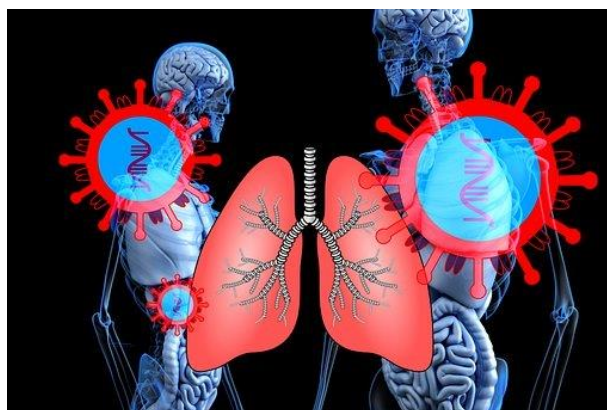
เชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (SARS-CoV-2) คืออะไร
ทางการประเทศจีนยืนยันเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2019
ว่าเกิดการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในเมืองอู่ฮั่น หลังจากทีเก็บตัวอย่างจากคนไข้เข้าไปวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จีนและองค์การอนามัยโลก ระบุว่าไวรัสชนิดนี้คือ “เชื้อไวรัสโคโรนา” เดิมมีเชื้อไวรัส 4 ชนิด ที่ก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจส่วนบนของคน และก่อโรคไม่รุนแรง ส่วนอีก 3 ชนิดก่อให้เกิดโรคได้รุนแรง ทำให้ปอดอักเสบและถึงตายได้ ได้แก่ SARS CoV-1 ก่อให้เกิดโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome-SARS) ในจีน ฮองกง เมื่อปี 2546 และโรค MERS-CoV ในประเทศซาอุดีอาระเบีย ปี 2555 และล่าสุด คือ SARS-CoV-2 มีการศึกษาขึ้นของเชื้อชนิดนี้ในตัวลิง หรือตัวนิ่ม พบว่า มีรหัสพันธุกรรม

เหมือนกับ SARS-CoV-2 ถึงร้อยละ 99 และตัวลื่นเป็นสัตว์มีแกนสันหลังและเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ดังนั้น ตัวลื่นอาจจะเป็น intermediate host ก่อนแพร่เชื้อสู่คนหรือเกิดการกลายพันธุ์ในค้างคาวแล้วมาสู่คน



การกระจายเชื้อไวรัสโคโรนา (SARS-CoV-2) สามารถแพร่กระจายเชื้อผ่านทางฝอยละอองขนาดใหญ่และขนาดเล็กเข้าไปในทางเดินหายใจของผู้รับเชื้อ การก่อโรคในทางเดินหายใจต้องมีการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (airborne) สัตว์ที่แพร่เชื้อต้องร้องหรือพ่นสิ่งคัดหลั่งออกมาทางปาก หรือผู้ป่วยต้องไอ ไม่มีเสมหะ ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด

จึงสูดดมเชื้อในอากาศผ่านทางฝอยละอองขนาดใหญ่ (droplet) และฝอยละอองขนาดเล็ก (เล็กกว่า 5 ไมครอนเรียกว่า aerosol) กระเด็นเข้าไปในทางเดินหายใจ ถ้าใครอยู่ใกล้ผู้ป่วยในระยะไม่เกิน 2 เมตรจะ ติดเชื้อจากการสูดฝอยละอองขนาดใหญ่และฝอยละอองขนาดเล็กจากการไอ จาม รดกันโดยตรง แต่ถ้าอยู่ ห่างจากผู้ป่วย 2 เมตรขึ้นไป จะมีโอกาสติดเชื้อจากการสูดฝอยละอองขนาดเล็ก ซึ่งการแพร่ทั้งสองวิธี มีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพแตกต่างกัน การแพร่เชื้อฝอยละอองขนาดเล็ก จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีผู้ติดเชื้อมาแพร่เชื้อในห้องหรือสถานที่ที่อากาศไม่ถ่ายเท และอยู่ร่วมห้องกันเป็นระยะเวลานาน ส่วนการแพร่เชื้อโดยการสัมผัส เช่น การจับมือกันหรือมือจับของใช้สาธารณะร่วมกัน แล้วมาแคะจมูกหรือเช็ดตาตนเองแล้วติดเชื้อพบได้ การแพร่ทางอุจจาระอาจเป็นไปได้เพราะเชื้อสามารถตรวจพบในอุจจาระได้ แต่การแพร่เชื้อทางอุจจาระนี้จะต้องมีการทำให้น้ำล้างอุจจาระกระเด็นเป็นฝอยละอองเพื่อให้ผู้อื่นสูดดมเข้าไป เช่น เมื่อกดชักโครกแล้วไม่ได้ปิดฝาชักโครกก่อน ซึ่งจากการแพร่กระจายของเชื้อ SARS-CoV ในปี 2546 ในโรงแรมที่ฮ่องกงเกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อ SARS ในอุจจาระ



ระยะฟักตัวของโรค COVID-19

ข้อมูลจากผู้ป่วย 1,099 รายในโรงพยาบาล 522 แห่ง พบว่า ระยะฟักตัวของโรคโดยทั่วไป คือ 14 วัน แต่มีช่วงเวลาระหว่าง 0 ถึง 24 วัน ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั่วไป มีระยะฟักตัว 3 วัน ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยหนักจะมีระยะฟักตัวเพียง 2 วันเท่านั้น และมีเพียง 14 ราย ร้อยละ 1.27 ที่มีระยะฟักตัวระหว่าง 15-24 วัน มีรายเดียวที่มีระยะฟักตัว 24 วัน ดังนั้น ผู้ป่วยร้อยละ 98 ขึ้นไป จะมีอาการภายใน 14 วันและส่วนมากมีอาการระหว่าง 3 ถึง 7 วันอาการของการติดเชื้อ

อาการแสดงของโรคโควิด-19

ผู้ติดเชื้อร้อยละ 80 ไม่แสดงอาการ หรือมีอาการน้อย บางรายมีอาการแสดงเหมือน โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน เช่น เจ็บคอ น้ำมูกไหล ร้อยละ 15 จะมีอาการชัดเจนมากขึ้น เช่น ไอ ไข้ มีเสมหะ มีไข้ ผู้สูงอายุบางรายจะมีอาการมีไข้ หายใจเร็ว หอบ และร้อยละ 5 จะป่วยรุนแรง หายใจเร็ว หอบไปจนถึงหายใจล้มเหลว และช็อคได้ การแพร่กระจายของ เชื้อไวรัสโคโรนา ค่อนข้างแพร่กระจายได้เร็วและก่อให้เกิดความรุนแรงในกลุ่มผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับ ปอด หัวใจ เบาหวาน ผู้ที่สูบบุหรี่ ติดสุรา โรคอ้วน หญิงตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่รุนแรงจนถึงตายได้ ซึ่งร่างกายมนุษย์ ยังไม่มีภูมิคุ้มกันเฉพาะเชื้อชนิดนี้มาก่อน จึงต้องใช้เวลาร่างภูมิคุ้มกันประมาณ 7-14 วัน หลังจากได้รับเชื้อ

วิธีการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาผู้ติดเชื้อ

1. การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ สามารถตรวจพบได้จากสิ่งคัดหลั่งใน ทางเดินหายใจ เลือด อูจจาระและปัสสาวะ แต่ไม่ได้หมายความว่าจำนวนเชื้อที่ตรวจพบเป็นเชื้อ ที่มีชีวิตทั้งหมด ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยการติดเชื้อในขณะนี้

2. การเพาะเชื้อโดยใช้เซลล์ชนิดต่าง ๆ ข้อดีของวิธีนี้คือ เชื้อยังมีชีวิตและสามารถแบ่งตัว ได้ แต่จะทราบผลการตรวจช้ากว่าและทำการตรวจยากกว่า เซลล์ที่ใช้เพาะเลี้ยงเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 จะเป็นเซลล์จากหลอดลม ไต หรือตับดั่งมี ชื่อว่า human airway epithelial cell, Vero E6 (จาก kidney epithelial cells) และ Huh-7 (จากตับ) และ Caco-2 cell (จากเยื่อลำไส้ใหญ่ชนิด adenocarcinoma cell)

3. การตรวจหาแอนติบอดีชนิด IgM และ IgG จากเลือดต่อเชื้อชนิดนี้ด้วยวิธี ICT จะใช้ได้เมื่อผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการของโรคแล้วเท่านั้น การตรวจอาจจะให้ผลลบลงได้ในผู้ที่อยู่ใน ระยะฟักตัวของโรคหรือผู้ที่ไม่แสดงอาการใด ๆ

4. ต่อไปจะพัฒนาจนมีการตรวจหาระดับแอนติบอดี ชนิด IgG 2 ครั้ง จากน้ำเหลืองเพื่อ แสดงถึงการติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2

ปัจจุบันมีการตรวจหา COVID-19 แบบ drive thru ซึ่งเป็นการป้ายเก็บตัวอย่าง เช่น ป้ายคอตหยอ ป้ายน้ำมูกจากเนื้อเยื่อในโพรงจมูกด้านใน ซึ่งจะได้เซลล์ที่หลุดไปพร้อมกับ เชื้อโคโรนาที่อยู่ทั้งนอกเซลล์และในเซลล์ ซึ่งผู้ที่อยากตรวจสามารถขับรถไปตรวจโดยไม่ต้อง ลงจากรถ ทำการเก็บตัวอย่างจากการป้ายคอตหรือผ่านรูจมูก ซึ่งจะช่วยให้ความสะดวกในการ

ตรวจหาเชื้อจากตัวอย่างในผู้ที่สงสัยว่าตนเองจะติดเชื้อโดยไม่ต้องไปในสถานพยาบาลและไม่ไปแพร่เชื้อในโรงพยาบาลได้

ยาที่ใช้ รักษาโรค COVID-19

ปัจจุบันยังไม่มียามาตรฐานที่รับรองว่าใช้ได้ผลดีในขณะนี้ ยาที่ใช้และปรากฏในข่าวลือว่าเป็นยาทดลองใช้เท่านั้น มีทั้งยาต้านไวรัส remdesivir, chloroquine, lopinavir+ritonavir, interferon ชนิดพ่น, ยาอื่น ๆ อีก เช่น losartan, แอนติบอดี ชนิด monoclonal, น้ำเหลืองของผู้ป่วยที่หายจากโรคนี้

“การป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการแพร่เชื้อ”



เอกสารอ้างอิง

1. อมร ลีลาธรมี. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเชื้อไวรัสโคโรนา SARS-CoV-2 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: แพทยสภา; (ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://tmc.or.th/pdf/COVID-19-MD-AmornUpdate.pdf>.



ใช้ชีวิตอย่างไร ให้ปลอดภัยจาก โควิด 19

นภัชชล รอดเที่ยง
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

“โควิด... โควิด... หนูซื้อโคๆ มากะไข่ และมากับไอ....” ไม่มีใครไม่รู้จักโรคระบาดจากไวรัส โควิด-19 (COVID-19) ที่จะมีอาการไข้ ร่วมกับ อาการทางเดินหายใจ เช่น ไอจาม มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ ที่ตอนนี้เกิดการแพร่ระบาดลุกลามไปทั่วโลก ประเทศไทยมีการพบผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันรายแรก และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากในกลางเดือนมีนาคม จากการแพร่เชื้อของไวรัสโคโรนา ทางฝอยละอองจากระบบทางเดินหายใจจากการไอ หรือจาม หรือการหายใจของผู้ป่วย ฝอยละอองเหล่านี้จะตกลงสู่วัตถุหรือพื้นผิวรอบๆ ถ้าเราได้รับเชื้อจากการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุเหล่านั้นมาจับตา จมูกหรือปากของเราเอง หรือโดยตรง ฉะนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่เราจะต้องรักษาระยะห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย 1-2 เมตร ส่งผลให้วิถีชีวิตของเราที่เคยไปไหนมาไหน สะดวกสบายในที่ที่มีคนหมู่มาก โดยไม่ต้องกังวลแต่...ทุกวันนี้ การดำเนินชีวิตของเราต้องเปลี่ยนไป เพราะเราไม่รู้เลย คนรอบข้างเราจะมีเชื้อโควิดหรือไม่.....หรือแม้กระทั่งการรับประทานอาหารร่วมสำหรับ การกินหมูกระทะ ชาบูกับครอบครัว เพื่อนๆ หรือคนที่เรารัก ก็ต้องเปลี่ยนไป ต้องใช้ชีวิตอย่างไร ให้ปลอดภัยจากเชื้อโรคร้ายที่ระบาดทุกพื้นที่ทั่วโลกในขณะนี้

การจะปลอดภัยจากเชื้อไวรัส โควิด-19 (COVID-19) ประชาชนทุกคนจึงต้องรู้จักการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจาก COVID-19 โดยกรมอนามัยได้เสนอวิธีการป้องกันตนเองโดยยึดหลัก 3ล. ลด เลี่ยง ดูแล ป้องกัน COVID-19

ลด

- ลด ความเสี่ยงจากการสัมผัสด้วยการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ให้บ่อยขึ้นโดยเฉพาะเมื่ออยู่ในพื้นที่สาธารณะ และก่อนรับประทานอาหาร
- ลด การแพร่เชื้อ เมื่อไม่สบาย ไอ จาม ให้สวมหน้ากากอนามัย

เสี่ยง

- เสี่ยง การเข้าไปในพื้นที่ ที่มีการระบาดของโรค
- เสี่ยง การเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น
- เสี่ยง การใช้มือสัมผัสหน้า

ดูแล

- ดูแล สุขภาพตนเอง รักษาสุขภาพ ด้วยการกินร้อน ใช้ช้อนกลางส่วนตัว ล้างมือ ออกกำลังกาย และพักผ่อนให้เพียงพอ
- ดูแล รับผิดชอบต่อสังคม ในกรณีที่เดินทางกลับ จากพื้นที่เสี่ยง ต้องแยก และสังเกตอาการ ไม่น้อยกว่า 14

ในสถานการณ์โรคระบาดครั้งนี้ คนไทยทุกคนสามารถช่วยกันลดการระบาดในประเทศให้ลดลง โดยเราทุกคนจึงมีหน้าที่สำคัญอยู่ 2 อย่าง คือ ลดการรับเชื้อโรคและลดการแพร่เชื้อโรค

มาตรการเพื่อ **“ลดการรับเชื้อโรค”** เราสามารถปฏิบัติได้ด้วยวิธีง่ายๆ ตาม แคมเปญของรัฐบาล คือ **“อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ”** ร่วมกับการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำให้เพียงพอ (วันละ 3 ลิตร) กินครบ 5 หมู่ เน้นผักผลไม้ ถ้าเลือกได้ให้กินผักให้ครบ 5 สี กินผักผลไม้ตามรสสมุนไพรรส 5 รส (ขม ฝาด เปรี้ยว เผ็ดร้อน จืด) ผลไม้ 5 อย่าง ที่มีวิตามินซีสูงที่ไม่เปรี้ยวหรือเปรี้ยวไม่มาก (เช่น มะขามป้อม ฝรั่ง ส้มเขียวหวาน มะยม ลิ้นจี่)

ออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) โดยออกกำลังกายชนิดใดก็ได้ที่เราสะดวก โดยให้มี “ความนาน” 15-30 นาทีขึ้นไป (ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมงจะล้าเกิน) และ “ความหนัก” ในช่วง 15-30 นาที (ไม่รวมวอร์มอัพ-คูลดาวน์) ให้หัวใจเต้น 60-80% ของ 220-อายุเรา หรือสังเกตง่ายๆ ว่า เริ่มอัมเพลงลำบาก

การหายใจเข้าลึก-ออกลึก ซ้ำๆ สม่ำเสมอ หายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ จะทำให้หมุนเวียนอากาศเก่าออกดี อากาศใหม่เข้าดี ได้ก๊าซออกซิเจนเพียงพอใช้ และช่วยไม่ให้เลือดเป็นกรดได้

การนอนหลับ เป็นช่วงเวลาพักผ่อนที่ทำให้ร่างกายได้ปรับสภาพและซ่อมแซมตัวเอง การนอนหลับที่ดีต้องได้ทั้ง “ปริมาณ” และ “คุณภาพ” กล่าวคือ นอนราว 6-8 ชั่วโมง มีการหลับที่ครบวงจรทั้ง “หลับตื้น หลับลึก หลับฝัน” ควรหลับลึกติดต่อกันสัก 1-2 ชั่วโมง

โดยมาตรการป้องกันการระบาดของโรคที่สำคัญช่วงนี้เพื่อ **"ลดการแพร่เชื้อ"** ก็คือ รักษาระยะห่างทางสังคม หรือ Social distancing ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน COVID-19

- ✗ จัดจัดกิจกรรมการประชุม การชุมนุมขนาดใหญ่หรือการรวมตัวกับคนจำนวนมาก
- ✓ ปรับเปลี่ยนเป็นการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ หรือ Work from home
- ✗ หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้กันในระยะประชิด
- ✓ ปรับเปลี่ยนเป็น เว้นระยะห่าง 6 ฟุต หรือ 2 เมตร
- ✗ ระงับการสัมผัสสิ่งของสาธารณะ เช่นราวจับ ลูกบิดประตู ลิฟต์ เป็นต้น
- ✓ ปรับเปลี่ยนเป็น ล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาที หรือเจลแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้งที่สัมผัส
- ✗ เลี่ยงการออกจากบ้านไปในที่แออัด มีคนหนาแน่นหรือสถานที่ปิด เช่นโรงหนัง ห้างสรรพสินค้า ผับบาร์ สนามกีฬา สนามมวย เป็นต้น
- ✓ ปรับเปลี่ยนเป็น อยู่บ้าน หากิจกรรม ผ่อนคลาย เช่น ดูหนัง ทำอาหาร ทำสวน อ่านหนังสือ ทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น

หลังจากที่ทุกคนให้ความร่วมมือในมาตรการต่าง ๆ ที่รัฐบาลกำหนดในช่วง พ.ร.ก.ฉุกเฉิน ที่ผ่านมามีทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ ร่วมกับการคาดการณ์ว่า เชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19) จะอยู่กับเราไปอีกนาน จนกว่าจะค้นพบวัคซีน ซึ่งเราทุกคนต้องปรับตัว ปรับพฤติกรรมเพื่อใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย ทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ๆ หรือที่เรียกว่า

“ชีวิตวิถีใหม่ ความปกติใหม่ ฐานวิถีชีวิตใหม่” **New Normal** ซึ่งราชบัณฑิตยสถาน ได้บัญญัติศัพท์นี้ หมายถึง “รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีตอันเนื่องมาจากมีบางสิ่งมากระทบจนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย” ที่กำลังจะเกิดขึ้นภายหลังการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ตัวอย่างที่ New Normal ที่เกิดขึ้นแล้วในสังคมไทย สิ่งที่เห็นได้ชัดคือการสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ที่บัดนี้กลายเป็นสิ่งจำเป็น เป็นเรื่องปกติเหมือนกับการสวมรองเท้าออกจากบ้าน แม้แต่พระสงฆ์ก็ต้องสวมใส่หน้ากากออกมาบิณฑบาต ซึ่งมาตรการข้อกำหนดของหลายๆ สถานที่ ออกกฎห้ามผู้ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยเข้าใช้บริการ คล้ายเป็นการบังคับไปโดยปริยาย นอกจากหน้ากากอนามัยแล้ว อีกหนึ่งอุปกรณ์ป้องกันที่คนไทยเพิ่งจะได้ทำความรู้จักและนำมาใช้ในชีวิตประจำวันอย่างจริงจัง ก็คือ หน้ากาก Face Shield ถ้าย้อนไปสัก 2 เดือนก่อนอาจจะเป็นภาพที่ดูแปลกประหลาดในสายตาคนรอบข้าง แต่ตอนนี้กลับเป็นภาพปกติสามัญ ราวกับเป็นอวัยวะส่วนหนึ่ง รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์ และพญ.ภัทรวณีย์ วรธนารัตน์ ได้กล่าวไว้ว่า **New Normal** เป็นสิ่งที่เราทุกคนในสังคมต้องตระหนักถึงความสำคัญที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเราเองให้เปลี่ยนไปจากที่เคยทำประจำในอดีตให้ได้แม้จะไม่ชอบ ไม่สะดวกสบาย หรือฝืนใจแต่หากเรารักตัวเรา รักพ่อแม่พี่น้องและคนใกล้ชิด ไม่อยากติดเชื้อจากใคร ไม่อยาก

แพร่ให้เค้า ไม่อยากเจ็บ ไม่อยากเสียชีวิต ไม่มีทางเลือกอื่นใด นอกจากทำให้เป็น New "Me" โดยต้องตระหนักไว้เสมอว่า คนที่เราพบเจอในชีวิตประจำวันนั้น ไม่ว่าจะรู้จักคุ้นเคยกันดีเพียงใด ก็ล้วนอาจติดเชื้อโรค COVID-19 อยู่โดยไม่รู้ตัว โรคนี้ยังไม่มีวิธีรักษามาตรฐาน โรคนี้ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน แผนการตรวจก็ทรมาน และใช้ทรัพยากรมาก ถ้าเป็น ต้องรักษาตัวอยู่นานหลายสัปดาห์ และมีโอกาสตาย ไม่ใช่หวัດธรรมดา

New “Me” ประกอบด้วยขั้นตอนปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างน้อยอีก 1 ปีถัดจากนี้

1. ปรับเปลี่ยนความคิดของชีวิตว่า “อยู่กับบ้าน” ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นจริงๆ เท่านั้น

2. ต้องเช็กอาวุธประจำตัวก่อนก้าวเท้าออกไปจากบ้าน “ใส่หน้ากากผ้า/หน้ากากอนามัย พกเจลแอลกอฮอล์หรือสเปรย์แอลกอฮอล์” พร้อมวางแผนให้ชัดว่าจะไปไหน ทำอะไร เจอใคร และพยายามจัดการให้เสร็จโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อลดเวลาสัมผัสผู้คนภายนอก หากไม่จำเป็น อย่าไปลงแรงออกจากบ้านให้เสี่ยงเลย ใช้โทรหรือวิดีโอคอลล์ติดต่อแทนจะดีกว่า

3. ล้างมือเป็นประจำทุกครั้งถึงหนึ่งชั่วโมงขณะอยู่ข้างนอก แต่ถ้าเผลอไปจับสิ่งของสาธารณะ หรือจับหน้ากากตัวเองเมื่อไหร่ ให้ล้างมือเมื่อนั้น และระวังอย่าเอามือไปขยี้ตาและ ล้วงแคะแกะเกาจมูกปาก

4. ใช้ขนส่งสาธารณะเท่าที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น ถ้าจะใช้รถเมล์ รถไฟ รถตู้ ควรเช็กให้ดีกว่าแออัดไหม ถ้าใกล้กันกว่าหนึ่งเมตร อาจต้องรับรู้ไว้ว่าเสี่ยงติดเชื้อนะ ไม่ไปจะดีกว่าไหม รอคันอื่น หรือเลือกเวลาที่ไม่แออัด แต่หากเลี่ยงไม่ได้ ก็ต้องคอยสังเกตอาการ ประเมินความเสี่ยงของตนเอง เมื่อสงสัยควรรีบไปตรวจที่สถานพยาบาลหรือปรึกษาแพทย์

5. กรณีใช้บริการมอเตอร์ไซด์ นั่งซ้อนแล้วควรใส่หน้ากากอนามัยเสมอ และสังเกตด้วยว่าคนขับนั้นใส่หน้ากากและใส่หมวกนิรภัยไหม ถ้าไม่ ก็ควรบอกให้ใส่ ถ้าไม่ใส่หน้ากาก ไม่ควรใช้บริการ ตอนนั่งซ้อนมอเตอร์ไซด์ ควรหันข้าง ไม่นั่งคร่อม คุณผู้หญิงคงจะชิน แต่ผู้ชายอาจลำบาก ถ้าจะนั่งคร่อม อาจต้องหันหน้าไปด้านข้าง จะดีกว่า เพื่อกันไม่ให้เราหายใจรดหลังคนขับ แม้จะใส่หน้ากากแล้วก็ตาม

6. ถ้าอยู่ข้างนอก ระวังคนอื่นไว้เยอะๆ จะได้อยู่ห่างๆ จากเขา อย่างน้อย 1-1.5 เมตร เสมอ ไม่ว่าจะเป็นคนใกล้ชิดคุ้นเคย เจ้านายลูกน้อง หรืออื่นๆ เพื่อทั้งเราและเขาจะได้ปลอดภัย

7. “ยึดดอกพวง” พกถุงผ้าไว้ติดตัว เวลาซื้ออาหารหรือของจิปาถะจะได้ใช้ได้เสมอ ไม่ต้องแฉ่ หยิบจับภาชนะกับคนอื่นในสังคม ไม่ติดไม่แพร่ถ้าไม่แฉ่

8. จำไว้ว่า อย่าแฉ่แก้ว แฉ่ขวด แฉ่ช้อนส้อมจานชาม หรือแม้แต่แฉ่บุหรีกับใครก็ตามที่ไม่ใช่ตัวเราเอง จำได้ไหมว่าแพร่กระจายกันกระจุกแฉ่ทองหล่อ ดังนั้นต้องไม่ทำไม่ว่าจะกลางวันหรือกลางคืน

9. กลับถึงบ้านอย่าเพิ่งไปกอดหอมทักทายคนรักคนใกล้ชิด ล้างมือก่อนเข้าบ้าน เข้าบ้านแล้วไปอาบน้ำก่อน

10. การออกกำลังกายในสวนสาธารณะ ถ้ามีใช้ งด เข้าสวนสาธารณะ เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร เมื่อออกกำลังกายเสร็จ ห้ามรวมตัวสังสรรค์/ดื่มกิน สวมหน้ากากตลอดเวลา ยกเว้น ขณะออกกำลังกาย และให้ความร่วมมือกับมาตรการของสวนสาธารณะอย่างเคร่งครัด

ณ เวลานี้ ทุกคนในประเทศให้ความร่วมมือในมาตรการต่างๆ ที่รัฐบาลกำหนด ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง นับเป็นความสำเร็จขั้นหนึ่งของคนไทยทั้งประเทศ ที่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คุ้นชินเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันตนเองและคนรอบข้างให้ปลอดภัยจากโรคโควิด 19 เพราะทุกคนมีเป้าหมายเดียวกัน

ลักวันหนึ่งประเทศไทยต้องชนะ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 3ล 3ด เลี่ยง ดูแล ป้องกัน COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.anamai.moph.go.th/main.php?filename=covid19>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสำหรับป้องกันตนเองจากโรค COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/info.php>
3. นพ.ธีระ วรธนารัตน์ และ พญ.ภัทรวัดณ์ วรธนารัตน์. โควิด-19 การเตรียมตัวสู่ "New Normal" = New "Me" [Internet]. อุดรธานี: สำนักข่าว Hfocus; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19077>
4. Thitiphon Yothaphan. 10 วิธีป้องกันตัวเองจากโรคโควิด-19 ด้วย 6 Safety FERS. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaihealth.or.th/Content/51792->
5. องค์การอนามัยโลก. คำแนะนำสำหรับประชาชนเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: WHO Country Office for Thailand; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-COVID-19>



บทความทั่วไป

กินอย่างไร ห่างไกลโควิด

ปณิดดา เหมือนมัตย์
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กินอาหารหน้าร้อนให้ปลอดภัย
ห่างไกล ไวรัส “โควิด-19”

หลีกเลียง
อาหารสุกๆดิบๆ
ปรุงอาหารให้สุกเสมอ

เลือก
อาหารที่มีการปิดปิด
ไม่มีแมลงวันตอม

ดื่มน้ำ/น้ำแข็ง
ที่สะอาด
ได้มาตรฐาน

ใช้ช้อนกลาง
ในการกินอาหารร่วมกัน

ล้างมือ
ก่อนรับประทานอาหาร
และหลังเข้าห้องส้วม

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ

อ่านความรู้เพิ่มเติม www.multimedia.anamai.moph.go.th | เผยแพร่ : 6 มี.ค. 2563 |    

ในยุคที่เชื้อไวรัสโควิด-19 กำลังระบาด สิ่งสำคัญในเวลานี้คือการดูแลสุขภาพชีวิตของตนเองให้ดี ซึ่งจะประกอบไปด้วยการมีโภชนาการที่ดี การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการออกกำลังกายเป็นประจำ หลายคนเริ่มทำอาหารเองหรือสั่งอาหารมาที่บ้านมากขึ้น เพื่อความสบายใจ ดูแลความสะอาดและปลอดภัยกว่าการออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน อีกทั้งยังเป็นการลดหรือรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ได้อีกทางหนึ่งด้วย

อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าให้มองข้ามความจำเป็นในการปฏิบัติตามสุขอนามัยส่วนบุคคลอย่างเข้มงวด ซึ่งในการจัดเตรียมอาหาร องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ปฏิบัติดังนี้

1. ในพื้นที่ที่กำลังมีไวรัสระบาด สามารถบริโภคเนื้อสัตว์ต่างๆได้ ถ้ามีการปรุงสุกอย่างทั่วถึงและจัดเตรียมอย่างถูกต้องเหมาะสม
2. ให้ใช้เขียงและมีด แยกกันระหว่างอาหารที่ปรุงสุกและเนื้อดิบ
3. ให้ล้างมือทุกครั้ง ระหว่างที่เตรียมเนื้อดิบสลับกับอาหารที่ปรุงสุกแล้ว
4. ต้องแน่ใจว่า เนื้อสัตว์ที่นำมาประกอบอาหารไม่ป่วยหรือตายจากโรค

ทั้งนี้ ให้เลือกทานอาหารที่มีประโยชน์ และคุณค่าทางอาหารอยู่เสมอ เพื่อช่วยเรื่องระบบภูมิคุ้มกันให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ **หากไม่สะดวกทำอาหารเองหรือจำเป็นต้องสั่งอาหารมาทาน** ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่คนขายใช้มือสัมผัสแล้วไม่ผ่านความร้อนต่อหรืออาหารเมนูที่มักจะไม่ใช่ช้อนกลาง ในช่วงนี้ให้ตระหนักไว้ว่าควรใช้ช้อนกลางของตัวเองเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสจากการทานอาหารกับผู้อื่น ตัวอย่างเมนูที่ควรหลีกเลี่ยงดังนี้

1. ข้าวมันไก่ ข้าวหมูแดง ข้าวขาหมู แม้ว่าเนื้อสัตว์ ไก่ หรือหมู จะถูกทำให้สุก แต่ช่วงที่คนขายใช้มือจับ และหันใส่กล่อง อาจทำให้เชื้อโรคติดมากับมือคนขายก็ได้ หากร้านนั้นใช้มือเปล่าหรือไม่ได้ใส่ถุงมือ

2. เมนูยำ น้ำตก ลาบ หรือส้มตำ พุดถึงแล้วก็เปรี้ยวปาก แต่แนะนำว่าช่วงนี้ควรงดไปก่อนดีกว่า เพราะส้มตำไม่ได้ผ่านความร้อนเลย แถมยังเป็นเมนูที่ต้องใช้มือหยิบจับวัตถุดิบ อาจทำให้เชื้อโรคติดมากับมือของคนขาย และครกที่ใช้ตำ หรือภาชนะที่ใช้ยำ หากใช้ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ก็อาจทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรคได้ อีกทั้งยังเป็นเมนูที่มักจะล้อมวงทานกันหลาย ๆ คน ก็มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสจากคนที่ทานอาหารร่วมกันด้วย

3. ก๋วยเตี๋ยวหลอด ก๋วยเตี๋ยวลุย ปอเปี๊ยะสด ถึงแม้ส่วนประกอบของเมนูนี้จะมีการทำสุก แต่เมื่อคนขายเอาส่วนประกอบทั้งหลายมาห่อเป็นไส้ ก็ต้องใช้มือในการหยิบจับอยู่ดี หากร้านไหนไม่ได้ใส่ถุงมือ ก็เสี่ยงที่จะทำให้เชื้อโรคปนเปื้อนมาในอาหารได้

4. สลัดผัก เป็นอาหารที่ไม่ผ่านความร้อนเลย ต้องทานแบบเย็น เพื่อคงความสดของผัก หากร้านที่ล้างผักสลัดไม่สะอาดเท่าที่ควร เชื้อไวรัสที่อาจปนเปื้อนมากับผัก ก็จะเข้าสู่ร่างกายของเราได้

5. ซาบู หม้อไฟ ปิ้งย่าง เมนูนี้อาจไม่ได้สั่งมาทาน แต่อาจหาซื้อเนื้อสัตว์หรือวัตถุดิบมาทำทานกันเองที่บ้าน แต่ก็ไม่นแนะนำค่ะ เพราะเป็นเมนูที่ต้องล้อมวงกินกันหลาย ๆ แบบนี้ก็เสี่ยงติดเชื้อไวรัสเหมือนกันค่ะ

ทั้งนี้ทั้งนั้น หากร้านอาหารที่มีการป้องกันที่ดี เช่น ใส่ถุงมือ ใส่หน้ากาก ในช่วงที่ประกอบอาหาร หรือล้างมือให้สะอาดอยู่ตลอด หรือเราเลือกสั่งอาหารจากร้านที่ถูกหลักอนามัย ก็สามารถทานอาหารเมนูด้านบนนั้นได้เหมือนกัน

นอกจากนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขยังแนะนำเพิ่มเติม ดังนี้

1. ล้างมือทุกครั้งก่อน และหลังรับประทานอาหาร
2. กินร้อน หมายถึง กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ หากสั่งเดลิเวอรี่ขอให้เลือกแบบอุ่นได้
3. ซ้อนตัวเอง ช่วงการระบาดของโควิด-19 อยากแนะนำให้แยกสำหรับอาหารและกับข้าวของตัวเอง แทนการรับประทานกับข้าวจากจาน-ชามเดียวกัน แม้จะมีช้อนกลางยังอาจเสี่ยงไวรัสติดช้อนกลาง และการนั่งล้อมวงกินข้าวใกล้กันก็เสี่ยงแพร่เชื้อซึ่งกันและกันได้
4. รักษาระยะห่างระหว่างกินข้าว นั่งห่างกัน 1.5-2 เมตร หรือแยกไปกินคนละที่ รวมถึงการยืน-นั่งในระหว่างวันด้วย
5. รับประทานอาหารให้หลากหลาย มีผักและผลไม้ทุกมื้อ ระวังการรับประทานอาหารสั่งมารับประทานที่บ้านเนื่องจากส่วนใหญ่มีแคลอรีสูง
6. เลือกและเก็บวัตถุดิบให้เหมาะสมกับการปรุงอาหารและจัดทำเมนูเพื่อสุขภาพ
7. รับประทานอาหารเสริมระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งประกอบด้วยวิตามินและสารอาหารต่าง ๆ ดังนี้

7.1 อาหารที่มีวิตามิน C จะช่วยการทำงานของเม็ดเลือดขาวในการขจัดเชื้อโรค ช่วยต้านภูมิแพ้มีในฝรั่ง มะขามป้อม มะเขือเทศ เงาะ คენห่า พริกหวานเขียว เป็นต้น

7.2 อาหารที่มีวิตามิน E ซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ พบในน้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันปาล์ม ถั่วลิสง ไข่ไก่ เป็นต้น

7.3 อาหารที่มีวิตามิน D มีความจำเป็นสำหรับการทำงานที่เหมาะสมของระบบภูมิคุ้มกันมีในน้ำมันตับปลา ไขมัน นม เนย ตับสัตว์ ปลาทู ไช้แดง ปลาแซลมอน ปลาซาดีนและแสงแดด เป็นต้น และธาตุซีลีเนียม เป็นสารต้านอนุมูลอิสระช่วยควบคุมระดับไทรอยด์มีในปลาทู สด ไข่ เครื่องใน ปลาจระเข้คัสต์ เนื้อปูต้มสุก

8. หากท่านจำเป็นต้องซื้ออาหารจากร้านอาหารหรือแผงลอย ควรเลือกร้านที่สะอาด ได้มาตรฐาน

- แผงจำหน่ายอาหารมีความสะอาดอยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.
- ผู้ขายของแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผูกผ้ากันเปื้อนสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ตัดเล็บสั้น ไม่ทาสีเล็บ เก็บผมให้เรียบร้อย เช่น สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม
- ใช้อุปกรณ์หรือถุงมือหยิบจับอาหารที่ปรุงสุกแล้วหรืออาหารที่พร้อมรับประทาน



- ต้องมีป้ายรับรองมาตรฐาน เช่น มาตรฐานความปลอดภัยป้องกันโรค COVID-19 (Thai Stop Covid) ของกรมอนามัยหรือป้ายอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)



ข้อควรระวัง

1. หากท่านรับประทานอาหารตามสั่ง ซึ่งมักจะมีแคลอรีสูงควรมีการออกกำลังกาย
2. การรับประทานอาหารจุบิบระหว่างมื้ออาจมีความเค็มและการแต่งเติมรสชาติ
3. ระวังอาหารสำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น อาหารที่มีไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ขณะที่ในช่วงนี้เป็นฤดูกาลผลไม้ทั้งมะม่วงและทุเรียน ซึ่งผู้สูงอายุหรือมีโรคประจำตัวไม่ควรรับประทานมากเกินไป เช่น มะม่วงสุกไม่ควรเกิน 1 ผล ทุเรียนไม่ควรเกิน 1 พู

****ที่สำคัญอย่าลืม!! กินร้อน ช้อนกลางส่วนตัว ล้างมือบ่อยๆ**

และ ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้านะคะ**



เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรการและแนวทางในการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19). นนทบุรี: กรม; 2563.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการพัฒนาอาหารริมบาทวิถีสำหรับกลุ่มอาชีพค้าอาหารและน้ำ. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 มกราคม 2563] เข้าถึงได้จาก : http://foodsan.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/foodsan/ewt_dl_link.php?nid=3324&filename=street_imp.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อินโฟกราฟิก COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563] เข้าถึงได้จาก : https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/page/6/?term_id.



การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในช่วง COVID-19

นิสิต อินลี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

นับตั้งแต่ต้นปี 2563 ประชาชนชาวไทยก็ได้รู้จักกับโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือที่เรียกกันติดปากว่า COVID-19 ซึ่งเกิดการระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วและคร่าชีวิตของผู้คนกว่า 160 ประเทศ สร้างความตระหนกตกใจแก่ผู้คนกลัวว่าจะติดเชื้อ COVID-19 จนสุขภาพจิตย่ำแย่ การอยู่ร่วมกันในสังคมด้วยความหวาดระแวง จนนำไปสู่ความขัดแย้งในสังคม เกิดวาทกรรม “ผีน้อย” ที่สร้างความเจ็บปวดทางจิตใจแก่พี่น้องแรงงานที่กลับจากเกาหลีใต้จากการไม่ยอมรับ การขับออกจากชุมชนเพราะความกลัว ความไม่รู้ ซึ่งก็เขาเหล่านั้นไม่ผิดหรอกที่จะรู้สึกกลัวแต่เราจะจัดการความกลัวเหล่านั้นได้อย่างไร สิ่งหนึ่งที่จะเป็นคำตอบได้ คือ องค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทุกท่านคงสงสัยใช่ไหมว่า “แล้วองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเนี่ย มันคืออะไร มันจะช่วยป้องกันไม่ให้ติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างไร?”

ก่อนอื่น ขอให้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือ COVID-19 พอสังเขป โดยไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) เป็นเชื้อไวรัสที่สามารถ ก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจ หลังติดเชื้ออาจไม่มีอาการ หรืออาจมีอาการ ตั้งแต่ไม่รุนแรงคือ คล้ายกับไข้หวัดธรรมดา หรืออาจก่อให้เกิดอาการรุนแรง เป็นปอดอักเสบและเสียชีวิตได้ เข้าสู่คนผ่านทางไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของคน

ดังนั้นเมื่อรู้ช่องทางการรับสัมผัสแล้ว การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการสัมผัสเชื้อจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยได้ โดยมีวิธีการดังนี้

1. การมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี เพื่อป้องกันและลดการแพร่เชื้อ COVID-19

ด้วยหลักการ 3 ล. “ลด เลี่ยง ดูแล”

1) ลดสัมผัส ด้วยการ

- ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ส้วม หรือหลังจากไอ จาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอนหรือลูกบิดประตู ราว จับหรือราวบันได เป็นต้น



- ลดการสัมผัสและแพร่กระจายเชื้อโรค โดยการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า



**สวมหน้ากากทุกครั้ง
ก่อนออกจากบ้าน**

2) เลี่ยงจุดเสี่ยง

- หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เด็ก และ สตรีตั้งครรภ์หากจำเป็นให้ใส่หน้ากากตามความเหมาะสม เช่น หน้ากากผ้า
- หลีกเลี่ยง หรืออยู่ห่างจากผู้ที่มีอาการไอ จาม และมีความเสี่ยงว่าจะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ อย่างน้อย 1 เมตร
- หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

- ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด ให้เลี่ยงการออกนอกบ้าน เว้นแต่จำเป็นให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุด ในระยะเวลาสั้นที่สุด

3) ดูแลสุขภาพตนเองและสังคม

- ดูแลตัวเองด้วยการเลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ หากทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลาง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ
- หากเดินทางกลับจากประเทศหรือพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ควรกักตัวเองที่บ้าน 14 วัน และปฏิบัติตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข
- รักษาระยะห่างทางสังคม ด้วยการอยู่ที่บ้านหรือเลือกทำงานที่บ้าน หากออกนอกบ้านให้รักษา ระยะห่างระหว่างบุคคลไม่น้อยกว่า 1-2 เมตร ในทุกที่ทุกเวลา

2. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย

เนื่องจากไวรัสโคโรนาสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นาน 2 ชั่วโมง - 9 วัน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในสภาพแวดล้อม จึงจำเป็นต้องทำลายเชื้อด้วยสารทำลายเชื้อไวรัส โดยองค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำสาร 3 ชนิด ที่สามารถทำลายเชื้อไวรัสได้ภายในระยะเวลา 1 นาที ได้แก่ สารประกอบโซเดียมไฮโปคลอไรท์ 0.1% (เช่น น้ำยาฟอกขาวความเข้มข้น 1000 ppm) ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 0.5% (5000 ppm) เช่น น้ำยาซักผ้าสี และแอลกอฮอล์ 70% โดยมีแนวทางการ

ห้องน้ำ ห้องส้วม ใช้น้ำยาล้างห้องน้ำอย่างสม่ำเสมอ หรือทำลายเชื้อด้วยน้ำยาฟอกขาว (2 ฝา ต่อน้ำ 2 ลิตร) ขณะทำความสะอาดควรเปิดประตูเพื่อระบายอากาศ

พื้นบริเวณที่พัก อุปกรณ์เครื่องใช้และจุดเสี่ยงที่สัมผัสบ่อยๆ เช่น ลูกบิด มือจับราวบันได ใช้น้ำยาฟอกขาว (2 ฝา ต่อน้ำ 2 ลิตร) ขณะทำความสะอาดควรเปิด ประตู/หน้าต่าง เพื่อให้มีการระบายอากาศ

ทำความสะอาดเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ปลอกหมอน ผ้าขนหนู ฯลฯ ด้วยสบู่หรือผงซักฟอกธรรมดาและน้ำ หรือซักผ้าด้วยน้ำร้อนที่ อุณหภูมิ 60-90 องศาเซลเซียส

หลังทำความสะอาดควรซักผ้าสำหรับเช็ดทำความสะอาดและไม้ถูพื้น ด้วยน้ำผสมผงซักฟอก หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วซักด้วยน้ำสะอาดอีกครั้ง และนำไปผึ่งตากแดดให้แห้ง

3. สถานบริการสาธารณะ และ สถานที่สาธารณะ ต้องจัดให้มีมาตรการป้องกันเชื้อโรค โดยควรยึดแนวทางการคัดกรอง การส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลของผู้มาใช้บริการ ผู้ให้บริการ การจัดการสุขาภิบาลตามแต่ละประเภทบริการและการดำเนินการตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม เช่น

- ควรจัดให้มีสถานที่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือ การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลแก่ผู้มารับบริการ

- มีมาตรการคัดกรองอุณหภูมิร่างกายผู้มารับบริการและมีการกำหนดให้ผู้มารับบริการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่มาใช้บริการ
- มีการคัดกรองสุขภาพผู้ปฏิบัติงาน หากผู้ปฏิบัติงานมีอาการเจ็บป่วยให้พบแพทย์ทันที และกำหนดให้มีการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน
- ทำความสะอาดสถานประกอบการสม่ำเสมอ และเน้นทำความสะอาดจุดที่มีการสัมผัสร่วมบ่อยๆ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสมกับพื้นผิว
- รวบรวมขยะด้วยถังขยะที่มีฝาปิด และรวบรวมไปกำจัดทุกวัน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 COVID-19 รู้ทันป้องกันได้.[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=16759&filename=index
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำสำหรับประชาชนในการทำความสะอาดทำลายและฆ่าเชื้อโรคใน สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://covid19.anamai.moph.go.th/th/general-public/>



ผลของการจัดประสบการณ์เพื่อเสริมสร้าง
ความสามารถด้านการฟัง-พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย
ในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย
Effects of the Experience Provision to
Enhance English Listening - Speaking Abilities for
Early Childhood Students in the demonstration center to
promote early childhood brain Executive Function
Development

พรพิมล ช้างสาร
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง-พูด ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย และเปรียบเทียบระดับคะแนนความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษ ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการจัดประสบการณ์ ซึ่งได้ประยุกต์รูปแบบจากหนังสือเด็ก 2 ภาษา พ่อแม่สร้างได้ของพงษ์ระพี เตชพาหพงษ์ ^[1] มุ่งเน้นให้เด็กสามารถฟัง และพูดภาษาอังกฤษที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวันเป็นภาษาที่ 2 ได้โดยพ่อแม่เป็นผู้สอนเด็ก ผ่านการฟังและพูดโดยไม่แปลฝึกพูดจากความรู้สึก ฝึกออกเสียงโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ นำมาใช้ในโรงเรียนโดยครูเป็นผู้สอน ทั้งนี้ได้จัดทำแผนการจัดประสบการณ์สอดคล้องกับการใช้ภาษาอังกฤษที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวัน จำนวน 9 เรื่อง ประกอบด้วย 1.ทักทายตอนเช้า 2.แนะนำตัวเอง 3.เก็บของใช้ 4.ห้องเรียน 5.ล้างมือ 6.ห้องอาหาร(1) 7.ห้องอาหาร(2) 8.ห้องน้ำ 9.อาบน้ำ แต่ละเรื่องประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ชี้นำเสนอเนื้อหา (Presentation) ให้เด็กได้เรียนรู้ เข้าใจความหมาย และฟังการออกเสียงของคำศัพท์ วลี ประโยคคำถาม คำสั่ง บอกเล่าจากภาพและผู้อ่าน โดยไม่แปลความหมาย ขั้นการฝึก (Practice) ให้เด็กได้สัมผัสอุปกรณ์จริง ปฏิบัติตามคำสั่ง โดยผู้อ่านสาธิตการปฏิบัติตามคำสั่งและฝึกออกเสียงตาม และขั้นการนำไปใช้ (Production) เด็กเข้าใจความหมายของคำศัพท์ วลี ประโยคและปฏิบัติตามคำสั่งได้ ผู้อ่านจะได้นำคำศัพท์

บทคัดย่อ

วลี ประโยคคำถาม คำสั่ง บอกเล่า จากแผนการจัดประสบการณ์ทั้ง 9 เรื่อง มาใช้พูดสื่อสารเป็นภาษาอังกฤษกับนักเรียนในโรงเรียน โดยใช้เวลาเรื่องละ 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ดำเนินการระหว่าง พฤศจิกายน 2561-มีนาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบคะแนนความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษ ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการจัดประสบการณ์ ผลการวิจัย พบว่า ผลรวมคะแนนความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษ หลังการใช้ รูปแบบการจัดประสบการณ์ ทั้งหมด 9 เรื่อง ค่า $Z = -3.427$ คะแนนความสามารถ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ เมื่อแยกรายเรื่อง 1.ตกทายตอนเช้า 2.แนะนำตัวเอง 3.เก็บของใช้ 4.ห้องเรียน 5.ล้างมือ 6.ห้องอาหาร (1) 7.ห้องอาหาร (2) 8.ห้องน้ำ 9.อาบน้ำ $Z = -3.873, -3.464, -3.578, -3.482, -3.626, -3.520, -3.771, -3.690$ และ -3.448 (ตามลำดับ) ทั้ง 9 เรื่อง คะแนนความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษหลังการใช้รูปแบบการจัดประสบการณ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดประสบการณ์ส่งผลต่อความสามารถการฟัง-พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

Abstract

This study is a Quasi-Experimental study, the objective of this research is to develop a model to enhance listening-speaking ability and experiences in early childhood children. Listening-speaking English ability before-after the intervention was compared. The intervention was applied from bilingual children's books written by Pongraphi Techaphahaphong.^[1] The books aim to accentuate everyday communication in English as a second language. Parents were expected to teach children through non-translating listening and speaking skill. Speaking was practiced from feelings, whilst pronunciation was practiced by handy electronic devices. An experience plan has been prepared in line with the use of daily English communication, comprising of 9 subjects: 1.Morning greetings 2.Self-introducing 3.Keep belongings in places 4.Classroom 5. Wash hands 6.Dining room (1) 7. Dining room (2) 8.Toilet and 9.Shower room. Each subject consists of three steps 1) Presentation; Children were expected to understand the meaning and absorb pronunciation of words, phrases, sentences, questions, commands, without interpreting. 2) Practice; children were experienced actual tools, pronunciation and received orders from teachers. 3) Production; children will understand the meaning of words, phrases, sentences and can follow the instructions. Teachers will use vocabulary, phrases, sentences, questions, instructions from the 9 experiences plan to communicate in English with the students. The study took 2 weeks per subject. A sample of 15 students was enrolled between November 2018 to March 2019. Data were analyzed by Wilcoxon signed rank test (Nonparametric test) to compare between pre-post intervention outcomes. The results found that the total 9 subjects of English listening-speaking ability score at post-intervention period were higher with statistical significance of Z value = -3.42 ($p < 0.01$). When separated by subject; 1.Morning greeting 2. Self-introducing 3. Keep belongings in places 4. Classroom 5. Wash hands 6. Dining room (1) 7. Dining room (2) 8. Toilet and 9. Shower room the Z scores were -3.873, -3.464, -3.578, -3.482, -3.626, -3.520, -3.771, -3.690, and -3.448, respectively. All 9 subjects score of English listening-speaking ability following the adoption of the experienced management model was improved with statistical significance ($p < 0.01$). This indicated that the experienced management model was successfully enhanced early childhood listening-speaking ability. Therefore, this can be applied in practical classroom interventions.

บทนำ

ปัจจุบันภาษาอังกฤษเป็นภาษาต่างประเทศที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นภาษาสากล ผู้คนทั่วโลกใช้กันมากที่สุด ประกอบกับรัฐบาลได้ประกาศให้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาที่สองของประชาชนคนไทยทุกคน^[2] การสอนภาษาที่จะให้ได้ผลอย่างแท้จริงต้องเริ่มตั้งแต่ปฐมวัย ทั้งนี้ เนื่องจากความสามารถในการเรียนรู้ภาษาที่สองนอกเหนือจากภาษาแม่จะเจริญสูงสุดในช่วงแรกเกิดถึงอายุ 6 ขวบ หลังจากนั้นความสามารถจะลดลง จึงทำให้เด็กวัยนี้สามารถเรียนรู้ภาษาที่สองได้อย่างรวดเร็ว^[3] แนวคิดและรูปแบบทางด้านการพัฒนาภาษาของเด็กปฐมวัย มีหลายรูปแบบโดยคำนึงถึงสมองเป็นฐานในการเรียนรู้มากขึ้น ยึดเด็กเป็นศูนย์กลางการเรียนการสอนและตามหลักพัฒนาการและหลักการเรียนรู้ตามธรรมชาติ^{[4] [5]} กล่าวถึงรูปแบบการเรียนการสอนไว้อย่างสอดคล้องกันว่า ปัจจุบันครูปฐมวัยส่วนหนึ่งได้นำรูปแบบการเรียนการสอนแบบประถมศึกษาเข้ามาใช้กับเด็กปฐมวัย โดยไม่คำนึงถึงศักยภาพของเด็กว่าสามารถรับรู้และเข้าใจหรือไม่ วิธีการที่ใช้ก็คือการอ่าน เขียน สะกดคำ ซึ่งทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้และเสริมสร้างทักษะทางภาษาอย่างเหมาะสมกับวัย ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการดูแลเด็กปฐมวัย โดยจัดกระบวนการเรียนรู้ ผ่านการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การใช้ภาษา การเข้าใจภาษา ศูนย์สาธิต ฯ เล็งเห็นความสำคัญการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้สามารถฟัง-พูดภาษาอังกฤษได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการจัดประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย ในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัยขึ้น เพื่อให้เด็กสามารถฟัง-พูดภาษาอังกฤษได้และแก้ไขปัญหาการรูปแบบการเรียนการสอน ไม่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลรูปแบบการจัดประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถทางการฟัง-พูด ภาษาอังกฤษ ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการจัดประสบการณ์ เพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง-พูด ภาษาอังกฤษ สำหรับเด็กปฐมวัย

ขอบเขตการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)
2. ประชากร คือ เด็กปฐมวัย 2 ปี 7 เดือน – 4 ปี 1 เดือน ที่ศึกษาในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย
3. กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนห้อง Bilingual Kids จำนวน 15 คน ในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและดัดแปลงพัฒนาจากหนังสือเด็กสองภาษาพ่อแม่สร้างได้ และรวบรวมเนื้อหาจากตำรา เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 รูปแบบการจัดประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลรูปแบบการจัดประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย (ค่าคะแนนก่อน-หลัง)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยอายุระหว่าง 2 ปี 7 เดือน-4 ปี 1 เดือน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 (12 ราย)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษ ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการจัดประสบการณ์ พบว่า ผลรวมคะแนนความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษ หลังการใช้รูปแบบการจัดประสบการณ์ ทั้งหมด 9 เรื่อง ค่า $Z = -3.427$ คะแนนความสามารถสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ เมื่อแยกรายเรื่อง 1. ทักทายตอนเช้า 2. แนะนำตัวเอง 3. เก็บของใช้ 4. ห้องเรียน 5. ล้างมือ 6. ห้องอาหาร (1) 7. ห้องอาหาร (2) 8. ห้องน้ำ 9. อาบน้ำ $Z = -3.873, -3.464, -3.578, -3.482, -3.626, -3.520, -3.771, -3.690$ และ -3.448 ตามลำดับ ทั้ง 9 เรื่อง คะแนนความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษหลังการใช้รูปแบบการจัดประสบการณ์ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดประสบการณ์การส่งผลต่อความสามารถการฟัง-พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. การจัดประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง-พูด ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยเสร็จสิ้นลงส่งผลต่อความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษของเด็กเข้าใจความหมายของคำโดยปฏิบัติตามคำสั่งได้ พูดเป็นประโยคได้เพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลรูปแบบการจัดประสบการณ์

2. เด็ก ปฐมวัย รูปแบบการสอนภาษาอังกฤษมุ่งเน้นพัฒนาความสามารถฟัง-พูด โดยนำเอาคำศัพท์ วลี ประโยคภาษาอังกฤษที่ใช้ในชีวิตประจำวันและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก มาจัดทำเป็นแผนการสอน จำนวน 9 เรื่อง ใช้เวลาเรื่องละ 2 สัปดาห์ แต่ละเรื่องประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นนำเสนอเนื้อหา (Presentation) ให้เด็กได้เรียนรู้ เข้าใจความหมายและ ฟังการออกเสียงของคำศัพท์ วลี ประโยคคำถาม คำสั่ง บอกเล่าจากภาพและผู้สอน โดยไม่แปลความหมาย ขั้นการฝึก (Practice) ให้เด็กได้สัมผัสอุปกรณ์จริง ปฏิบัติตามคำสั่ง โดยผู้สอนสาธิตการปฏิบัติตามคำสั่งและฝึกออกเสียงตาม และขั้นการนำไปใช้ (Production) เด็กเข้าใจความหมายของคำศัพท์ วลี ประโยคและปฏิบัติตามคำสั่งได้ ผู้สอนจะได้นำคำศัพท์ วลี ประโยคคำถาม คำสั่ง บอกเล่าจากแผนการจัดประสบการณ์ทั้ง 9 เรื่อง มาใช้พูดสื่อสาร เป็นภาษาอังกฤษกับนักเรียนในโรงเรียน ซึ่งได้ใช้กิจกรรมการร้องเพลงและเล่นเกมประกอบ ในการสอน เพื่อสร้างแรงจูงใจและความสนุกสนานเป็นการสอนที่เหมาะสมสอดคล้องกับ พัฒนาการของเด็กปฐมวัย^[3] และสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาภาษาของเด็กปฐมวัย โดยคำนึงถึงสมองเป็นฐานในการเรียนรู้และให้ความสำคัญกับหลักการเรียนรู้ตามธรรมชาติที่ พ่อแม่สร้างได้^[1] ซึ่งมุ่งเน้นแนวคิดและ มุ่งเน้นให้เด็กสามารถฟังและพูดภาษาอังกฤษที่ใช้สื่อสาร ในชีวิตประจำวันเป็นภาษาที่ 2 ได้ ผ่านการฟังและพูดโดยไม่แปล ฝึกพูดจากความรู้สึกจริง อย่างเป็นธรรมชาติ โดยเริ่มจากคำศัพท์ วลี ประโยค สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กแต่ละวัย และใช้เพลงและเกมประกอบการสอนเพื่อให้มีความสุข สนุกสนาน ดังนั้น รูปแบบ การจัดประสบการณ์แบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง-พูดภาษาอังกฤษ สำหรับเด็กปฐมวัยมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการเรียน การสอนภาษาอังกฤษ สำหรับเด็กปฐมวัยได้

เอกสารอ้างอิง

1. พงษระพี เตชพาหพงษ์. *เด็กสองภาษาพ่อแม่สร้างได้*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์ บุคเซ็นเตอร์ จำกัด; 2553.
2. ศันสนีย์ ฉัตรคุปต์. *สิ่งแวดล้อมและการเรียนรู้สร้างสมองเด็กให้ฉลาดได้อย่างไร*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2542.
3. พรพิมล บัวผดุง. ผลของการใช้คำคล้องจองภาษาไทยประกอบคำศัพท์ภาษาอังกฤษที่มี ต่อการ เรียนรู้คำศัพท์ของเด็กอนุบาลชั้นปีที่ 2 โรงเรียนบ้านทุ่งสีเสียด อำเภอบาง สะพานน้อย สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาประจวบคีรีขันธ์ เขต 1 [วิทยานิพนธ์]. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2556.
4. ราศี ทองสวัสดิ์. อนุบาลศึกษาการพัฒนาเด็กแห่งศตวรรษที่21, ใน เอกสารประกอบการ อบรมผู้บริหารและครูผู้สอนระดับก่อนประถมศึกษา ระหว่างวันที่ 25-26 สิงหาคม 2541. กรุงเทพฯ : สำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร; 2541.
5. วรนาท รักสกุลไทย. หลักการจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษา. รักลูก 2537; 6:170-175.



ศึกษาสถานการณการจ้ดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 10

THE STUDY OF INFECTIOUS WASTE MANAGEMENT IN HOSPITAL AND HEALTH PROMOTION HOSPITAL IN THE 10th HEALTH REGION

จ้รึภรณ์ คุณแก้ว และ สุกัญญา คิลปราชะ
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาสถานการณการจ้ดการมูลฝอยติดเชื้อ 6 ด้าน ประกอบด้วยบุคลากร ด้านการคัดแยก ด้านการเก็บรวบรวม ด้านการเคลื่อนย้าย ด้านสถานที่พักรวม และด้านการกำจัด ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 10 คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากร เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 256 แห่ง กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เครื่องมือที่ใช้ประยุกต์มาจากแบบประเมินคุณภาพการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล ของกรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ผ่านมาตรฐาน โดยพบว่าโรงพยาบาลผ่านเฉพาะด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ผ่านทั้ง 6 ด้าน ดังนั้นเพื่อให้โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านมาตรฐานดังกล่าว เสนอแนะให้ดำเนินการต่อไปนี้ 1) ควรมีการจัดอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อตามหลักสูตรที่กฎหมายกำหนดต่อเนื่องทุกปี 2) มีการกำกับติดตามผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อให้มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเป็นประจำทุกครั้ง 3) ควรใช้ถุงบรรจุมูลฝอยติดเชื้อตามลักษณะที่กฎหมายกำหนด 4) รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อที่มีควรจัดหาอุปกรณ์ให้ได้ตามมาตรฐาน 5) รวมทั้งประสานการมอบอำนาจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตาม พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ.2535 และ 6) ติดตามการส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดด้วยโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของกรมอนามัย

คำสำคัญ : การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ผ่านมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

Abstract

This is a survey study aimed to explore six dimensions of infectious waste management including staff, segregation process, collecting process, on-site transport process, storage, and disposal process in hospitals and health-promoting hospitals locating in the 10th health region. Sample size was derived from the defined population with simple random sampling resulted in 256 places. Level of confidence was 95%. Evaluation tool in the study was applied from hospital infectious management evaluation form by the Department of Health. Descriptive Statistics including frequency, percentage, average and standard deviation were analyzed. The results found that regional/ general/ community/ private hospitals and sub-district health promoting hospitals were unable to achieved the standard. In addition, hospitals only standardized in infectious waste segregation process, yet, sub-district health promoting hospitals have not passed any dimension. Therefore, all relating hospitals should be encouraged to 1) building capacity in infectious waste management through annual seminar 2) strictly controlled of staff to always protecting themselves with appropriate personal protective equipment 3) store infectious waste in the lawful garbage bag 4) invest in standardized infectious waste trolley 5) communicate with local authorities according to the Public Health Act 1992 and 6) monitor the infectious waste disposal process through the infectious waste transportation program proposed by the Department of Health.

Keywords: Infectious waste management, Standardized of infectious waste management

บทนำ

จากสถานการณ์ ปี 2559 พบว่า ของเสียอันตรายที่เกิดขึ้น 3.642 ล้านตัน เพิ่มขึ้น 0.017 ล้านตัน จากปี 2558 และพบว่ามูลฝอยติดเชื้อ 0.056 ล้านตัน (ร้อยละ 2) คาดการณ์ปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 55,646 ตัน เพิ่มจากปี 2558 จำนวน 1,778 ตัน (ร้อยละ 3.3) นอกจากนี้งานวิจัยความรู้และพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลภาครัฐพบว่า ปัญหาสองอันดับแรกที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ การขาดงบประมาณ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลภาครัฐยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานการคัดแยก การรวบรวมจัดเก็บ การเก็บขน และการบำบัดกำจัดมีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ร้อยละ 68.9, 73.3, 64.4 และ 66.7 ตามลำดับ ^[1] จากการศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีนโยบายและความพร้อมในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เพียงร้อยละ 2.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 81.9 ไม่มีการเก็บข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากขยะมูลฝอยชุมชน เพียงร้อยละ 3.7 ^[2] หากไม่มีการจัดการให้ถูกต้องตามมาตรฐาน อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และตามแผนแม่บทการบริหารจัดการมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ.2559-2564) เป้าหมายในปี พ.ศ.2563 มูลฝอยติดเชื้อจะต้องได้รับการจัดการ ร้อยละ 100 เพื่อให้ได้ข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและวางแผนการขับเคลื่อนงานให้มูลฝอยติดเชื้อจากทุกแหล่งกำเนิดได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จึงได้ทำการศึกษาวิจัยการศึกษานโยบายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 10

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษานโยบายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 10

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษานโยบายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้านบุคลากร ด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ด้านการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ด้านสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ และด้านการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวนทั้งหมด 922 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 256 แห่ง ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้การประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากร ของเครซีและมอร์แกน^[3] ซึ่งได้รับแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล จำนวน 249 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.3

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาลงบันทึกข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1) ด้านบุคลากร

พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 89.5 และ 85.5 หน่วยงานมีการจัดชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้กับเจ้าหน้าที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 100 และร้อยละ 91.3 และเจ้าหน้าที่ในการเก็บรวบรวม/คัดแยก/เคลื่อนย้าย มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานเป็นประจำทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 98.7 และ ร้อยละ 76.3 เจ้าหน้าที่ประจำรถที่มาขนมูลฝอยติดเชื้อมีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทุกครั้งขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 98.7

2) ด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

พบว่า โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป/รีไซเคิล/อินทรีย์ ณ แหล่งกำเนิด ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 98.8 มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคม ไม่มีคมและสารคัดหลั่ง ณ แหล่งกำเนิด ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 100

3) ด้านการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ

พบว่า โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการใช้ถุงแดงเพื่อบรรจุมูลฝอยติดเชื้อโดยมีข้อความตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 92.1 และร้อยละ 68.2 ซึ่งมีข้อความระบุว่า มูลฝอยติดเชื้อ, ห้ามเปิด, ห้ามนำกลับมาใช้อีก, ระบุชื่อหน่วยงาน, มีตราสัญลักษณ์รูปหัวกะโหลกไขว้, มีตราสัญลักษณ์ที่ใช้ระหว่างประเทศ ครบตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 86.8 และ ร้อยละ 33.5 ลักษณะของภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทมีคมเป็นกล่อง ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนต่อการแทงทะลุและกัดกร่อน สารเคมี ร้อยละ 94.7 และ ร้อยละ 74.6 ลักษณะภาชนะกำจัดมูลฝอยติดเชื้อประเภทสารคัดหลั่งเป็นแบบชักโครกแบบเพนัราด มีฝาปิดมิดชิด พื้นที่เป็นสัดส่วน ร้อยละ 93.4 และ 65.3

4) ด้านการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ

พบว่า โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีรถเข็นสำหรับเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไปยังที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 34.1 แต่มีลักษณะรถที่ใช้สำหรับเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น/พื้นและผนังทึบ ทำความสะอาดได้ง่าย มีฝาปิดมิด/ข้อความสีแดงอย่างน้อยสองด้านว่า “รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น”/มีอุปกรณ์สำหรับใช้เก็บมูลฝอยติดเชื้อหล่นระหว่างการเคลื่อนย้าย ครบตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 97.4 และ ร้อยละ 84.7 มีการล้างทำความสะอาดอุปกรณ์และรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้งหลังปฏิบัติงาน ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 96.0 มีพื้นที่สำหรับใช้ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์และรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 98.4 และในกรณีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อมีการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไปยังที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อใส่ถุงสีแดง หัวไปยังที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของหน่วยงาน ร้อยละ 74.6

5) ด้านสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ

พบว่า โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ก่อนส่งไปกำจัดนอกหน่วยงาน ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 96.5 ลักษณะสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อมีลักษณะเป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ/หน้าห้องหรือหน้าอาคาร มีข้อความว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ”/อาคารหรือห้องพักรวมมูลฝอยติดเชื้อ มีลักษณะโปร่ง ไม่อับชื้น สามารถป้องกันสัตว์แมลงนำโรคได้ /อาคารหรือห้องพักรวมมูลฝอยติดเชื้อมีรางหรือท่อระบายน้ำเสีย เชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย /มีลานสำหรับล้างรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ใกล้ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ และมีรางหรือท่อระบายน้ำทิ้งเชื่อมกับระบบบำบัดน้ำเสีย/บ่อเกรอะ ครบตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 92.1 และ ร้อยละ 66.3

6) ด้านการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

พบว่า โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งกำจัดภายนอกหน่วยงาน ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 100 ส่งไปกำจัดเทศบาล (ทม.วารินชำราบ) ร้อยละ 96.1 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งไปกำจัดกับโรงพยาบาล ร้อยละ 100 หน่วยงานมีเอกสารหรือหนังสือยินยอม กรณี ส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดภายนอกหน่วยงาน ร้อยละ 90.8 และ ร้อยละ 86.1 หน่วยงานมีการใช้ Manifest ในการควบคุมกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 88.2 และ ร้อยละ 54.9 รถที่ใช้ในการขนมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลไปยังสถานที่รับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเป็นรถเฉพาะในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ มีการควบคุมอุณหภูมิมากกว่าหรือเท่ากับ 10 องศา ร้อยละ 100 และรูปแบบการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปกำจัดกับโรงพยาบาลใช้รถของโรงพยาบาล ร้อยละ 35.3 รองลงมารถเฉพาะในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ไม่มีการควบคุมอุณหภูมิและรถยนต์ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 29.5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ผ่านมาตรฐาน โดยผ่านการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 89.5 และ ร้อยละ 85.5 แต่เป็นสัดส่วนที่มากกว่างานวิจัยจัดการขยะติดเชื้อกรณีศึกษา : สถานพยาบาลเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในเขตเทศบาลเมืองพัทยา จ.ชลบุรี ที่พบว่าผู้เคยได้รับการอบรมในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ เพียงร้อยละ 24.0 ^[4] และการศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับสถานบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อเคยผ่านการอบรมตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 43.2 ^[5] เจ้าหน้าที่ที่มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานเป็นประจำทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 91.3 และ ร้อยละ 76.3 น้อยกว่าการศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับสถานบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ที่พบว่าเจ้าหน้าที่มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานเป็นประจำทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 98.7, 76.3 ^[5] แต่ก็ยังมากกว่างานวิจัยศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้เคลื่อนย้ายมีอุปกรณ์ป้องกันตัวเพียง ถุงมือยาง ผ้าปิดจมูก และผ้ากันเปื้อน โดยไม่มีการสวมรองเท้าบูท ร้อยละ 75 ^[6] มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป/รีไซเคิล/อินทรีย์ ณ แหล่งกำเนิด ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่าการศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมและไม่มีคม ออกจากกันอย่างชัดเจน ณ แหล่งกำเนิดทุกแห่ง สวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ร้อยละ 70.83 ^[7] และเท่ากับการศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับสถานบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี พบว่าสถานบริการสาธารณสุขที่มีการแยกประเภทการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อได้เหมาะสม ร้อยละ 99 ^[5] และสืบเนื่องจากรัฐบาลมีแผนแม่บทการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (พ.ศ.2559-2564) โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุข ผลักดันการดำเนินการแบบศูนย์รวมในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อและกำกับดูแลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในภาพรวมของประเทศ และในปี 2563 มูลฝอยติดเชื้อได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ร้อยละ 100 ของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น ^[8] กฎกระทรวงมูลฝอยติดเชื้อมีข้อความตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 92.1 แต่มีข้อความว่า มูลฝอยติดเชื้อ, ห้ามเปิด, ห้ามนำกลับมาใช้อีก, ระบุชื่อหน่วยงาน, มีตราสัญลักษณ์รูปหัวใจโลกไขว้, มีตราสัญลักษณ์ที่ใช้ระหว่างประเทศ ครบตามที่กฎหมายกำหนด 86.8 และ ร้อยละ 33.5 ซึ่งตามที่กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 ระบุว่าภาษาสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ต้องมีสีแดง ทึบแสง และมีข้อความสีดำที่มีขนาดสามารถอ่านได้ชัดเจน ระบุว่า “มูลฝอยติดเชื้อ” อยู่ภายใต้รูปหัวใจโลกไขว้คู่กับตราหรือสัญลักษณ์ที่ใช้ระหว่างประเทศตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาและต้องมีข้อความว่า “ห้ามนำกลับมาใช้อีก” และ “ห้ามเปิด” ระบุชื่อหน่วยงาน หากมีการส่งมูลฝอยติดเชื้อกำจัดภายนอกหน่วยงาน ^[9] ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน โรงพยาบาลเอกชนมีรถเข็นสำหรับเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ

ร้อยละ 100 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีรถเข็น ร้อยละ 34.1 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อจะใส่ถุงสีแดงหิ้วไปยังที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของหน่วยงาน ร้อยละ 74.6 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จงจุฑา ลักษณะโต, 2559^[7] ศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่าการเคลื่อนย้ายขนส่ง พบปฏิบัติโดยวิธีการหิ้วถุงมูลฝอยติดเชื้อไปยังที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยไม่ใช้รถเข็น ไม่มีการกำหนดเวลาและเส้นทางที่แน่นอน และกฎกระทรวงด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545^[9] กำหนดให้ต้องเคลื่อนย้ายโดยรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ เว้นแต่มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นมีปริมาณน้อยไม่จำเป็นต้องใช้รถเข็น เคลื่อนย้ายโดยผู้ปฏิบัติงาน และกำหนดเส้นทางในการเคลื่อนย้ายและเวลาการเก็บรวบรวมอย่างแน่นอน จัดให้มีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อก่อนส่งไปกำจัดนอกหน่วยงาน ร้อยละ 97.6 ลักษณะสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อมีลักษณะครบตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 66.3 ซึ่งตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 หมวด 2 การเก็บมูลฝอยติดเชื้อ กำหนดว่า ในการเก็บมูลฝอยติดเชื้อจะต้องจัดให้มีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นห้องหรือเป็นอาคารเฉพาะแยกจากอาคารอื่น โดยมีลักษณะ 1) มีลักษณะไม่แพร่เชื้อ และอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด 2) มีขนาดกว้างเพียงพอที่จะเก็บกักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อยสองวัน 3) พื้นและผนังต้องเรียบ ทำความสะอาดได้ง่าย 4) มีรางหรือท่อระบายน้ำทิ้งเชื่อมต่อบำบัดน้ำเสีย 5) มีลักษณะโปร่ง ไม่อับชื้น 6) มีการป้องกันสัตว์แมลงเข้าไป มีประตูกว้างพอสมควรตามขนาดของห้อง หรืออาคารเพื่อสะดวกต่อการปฏิบัติงาน และปิดด้วยกุญแจหรือวิธีอื่นที่บุคคลทั่วไปไม่สามารถที่จะเข้าไปได้ ส่งกำจัดกับเทศบาลเมืองวารินชำราบ ร้อยละ 96.1 มีการ Manifest ในการควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 88.2 และ ร้อยละ 54.9 และมีเอกสารหรือหนังสือยินยอมที่แสดงว่ามูลฝอยติดเชื้อได้นำไปกำจัดภายนอกหน่วยงาน ร้อยละ 90.8 และ ร้อยละ 86.1

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการจัดอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อตามหลักสูตรที่กฎหมายกำหนดต่อเนื่องทุกปี และมีการกำกับติดตามผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อให้มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเป็นประจำทุกครั้ง
2. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรใช้ถุงแดงบรรจุมูลฝอยติดเชื้อตามลักษณะที่กฎหมายกำหนด โดยมีข้อความว่า “มูลฝอยติดเชื้อ” “ห้ามเปิด” “ห้ามนำกลับมาใช้อีก” และรูปหัวกะโหลกไขว้ มีตราสัญลักษณ์ที่ใช้ระหว่างประเทศ หากมีการส่งกำจัดภายนอกหน่วยงานควรระบุชื่อหน่วยงานชัดเจน
3. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อที่จัดไว้บริการควรได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ได้แก่ 1) ทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย ไม่มีแฉกมุมอันจะเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค สามารถทำความสะอาดด้วยน้ำได้ 2) มีพื้นและผนังทึบ เมื่อจัดวางภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อแล้วต้องปิดฝาให้แน่น เพื่อป้องกันสัตว์และแมลงเข้าไป 3) ข้อความสีแดงที่ มีขนาดที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนอย่างน้อย 2 ด้านว่า “รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น”

4) ต้องมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับใช้เก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ตกหล่นระหว่างการเคลื่อนย้าย และมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับใช้ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคบริเวณที่มูลฝอยติดเชื้อตกหล่นประจำรถเข็น

4. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องดำเนินการขอหนังสือยินยอมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อนุญาตในหน่วยงานดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

5. โรงพยาบาลควรมีการลงโปรแกรมการกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อฯ (Manifest) เพื่อเป็นการติดตามการนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพควรมีการตรวจสอบข้อมูลการลง Manifest กับโรงพยาบาล

6. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการประสานการมอบอำนาจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535 และติดตามการส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดด้วยโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของกรมอนามัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อไปยังสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

2. ควรมีการประเมินผลความรู้และพฤติกรรมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อหลังการอบรมตามหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. จอมจันทร์ นทีวัฒนา. ความรู้และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการภาครัฐ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2555;3.
2. จันทนา มณีอินทร์. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2556.
3. สุริย์พันธุ์ วรพงศ์ธร. การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก; 2558.
4. ทิปปา ชัยสมุทร. การศึกษาการจัดการขยะติดเชื้อ กรณีศึกษา : สถานพยาบาลเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในเขตเทศบาลเมืองพัทยา จ.ชลบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2556.
5. ณัฐธิดา จันท์แก้ว. ศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับสถานบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี; 2550.
6. ไพรวลัย โพธิ์ใหญ่ และคณะ. ศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.

7. จงจุฑา ลักษณะโต. ศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2559;18(1).
8. ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, กระทรวง. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2559. กรุงเทพฯ: กรม; 2560.
9. สาธารณสุข, กระทรวง. กรมอนามัย. เอกสารวิชาการด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สำหรับเจ้าหน้าที่กรมอนามัย. นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม; 2561.



บทวิทยากร

การประเมินผลผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10 Evaluation of 14 exercises leaders in the elders' club capacity building curriculum, Health Promotion Center Region 10

เดือนธิดา ศรีเสมอ และ วรณภา อินทร์ราชา

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับแกนนำชมรมผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาทักษะของผู้นำบริหารร่างกาย 14 ท่า ในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมในโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันตนเองในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 70 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) เครื่องมือวิจัย คือแบบสอบถามประเมินความรู้ การเป็นผู้นำจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 ประเมินความสามารถด้านการเป็นผู้นำออกกำลังกายป้องกันการหกล้ม 14 ท่า และการ focus group สถิติที่ใช้: one simple pair t-test ระยะเวลาการวิจัย: กุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2561

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ของผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม หลังการอบรมและระยะติดตามหลังการอบรม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความสามารถของผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า พบว่า ก่อน-หลังการอบรมและระยะติดตาม 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 มีทักษะการนำกิจกรรมบริหารร่างกาย 14 ท่าในชมรมผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี จนส่งผลให้สมาชิกสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติบริหารร่างกายได้ 14 ท่าและจากการสรุปบทเรียนของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม ส่วนใหญ่สมาชิกมีความพึงพอใจต่อการนำทำกิจกรรมการออกกำลังกาย 14 ท่าของผู้นำ จนทำให้สมาชิกมาร่วมกิจกรรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุและในชุมชนได้ คำสำคัญ: ผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10

Abstract

Building capacity of the elders' club is a strategy to enhance elders' club's leader strength in terms of physical activity behaviors, which lead to higher prevalent of healthy behaviors among socially dependent elders. This quasi-experimental study aims to evaluate the 14 exercises leaders in the elders' club capacity building curriculum in the 10th health region. Participants in this study were selected by Multi - stage Random Sampling and resulted in 70 elders in the elders' club and healthcare personnel that have passed the dementia health promotion and prevention capacity building project in the 10th health region in fiscal year 2018. The research tools consisted of knowledge in managing health promotion activity in the elders' club evaluation form 14 exercises leader evaluation form, and focus group interview. One simple pair t-test was utilized and the period of the study was February to June 2018.

The results revealed that the average score of 14 exercises at pre-post seminar and 3-months follow-up period were differences with statistical significance ($p < .001$). Similarly, the leader performance score at pre-post seminar and 3-months follow-up period were differences with statistical significance ($p < .001$). This could imply that 14 exercises leaders in the 10th health region were capable in transferring their skills to members in the elders' club, accordingly. In accordance, members in the elders' club also satisfied with 14 exercises leaders activity and lead to higher physical activity level. Therefore, healthcare personnel and elders' club should apply this 14 exercises activity in their elders' club or school and community.

Keywords: 14 exercises leaders , elders' club capacity building curriculum in the 10th health region

บทนำ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 และมีแนวโน้มสถานการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วน ซึ่งประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 10.7 ในปี 2550 หรือ 7.0 ล้านคน เป็นร้อยละ 11.7 หรือ 7.5 ล้านคนในปี 2553 และร้อยละ 20.0 หรือ 14.5 ล้านคน ในปี 2568 ^[1] นับว่าอัตราการก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” เร็วมาก ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีเวลาสั้นมากที่เตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ซึ่งปัญหาที่พบในผู้สูงอายุก็คือ ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเรื้อรังหนึ่งโรคหรือมากกว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 58 ที่มีโรคประจำตัว ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาทางด้านสุขภาพเนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายอยู่ในสภาพของความเสื่อมทั่วร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ มีปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจ โรคกระเพาะ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุส่วนมากจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายว่าเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากแล้วจะให้ความแข็งแรงเหมือนกับวัยหนุ่มสาวไม่ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่คิดที่จะทำอะไรและในที่สุดก็จะมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ ^[2]

ในระบบสุขภาพปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุและศูนย์สุขภาพชุมชนของแต่ละชุมชนท้องถิ่นต่างก็มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำผู้สูงอายุและมีบทบาทร่วมกันในการจัดและดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ แม้ว่าในปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่ายกับสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยมีจำนวน 21,155 ชมรม แต่การดำเนินของชมรมผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร รวมทั้งการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการดำเนินงานของชมรมยังไม่เข้มแข็งและขาดความต่อเนื่อง ซึ่งมักมีสาเหตุมาจากการขาดการทำงานเป็นทีม การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้นำและผู้สูงอายุยังขาดการเชื่อมประสานความร่วมมือกับชุมชน ไม่มีการขยายเครือข่ายเพิ่มขึ้น และขาดการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยชุมชน ^[3]

การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้ที่มีบทบาทในการจัดกิจกรรมดังกล่าวในท้องถิ่น ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น ควรได้รับการพัฒนาความเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ มีการรับรู้สมรรถนะภายในตน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตลอดจนเป็นต้นแบบที่ดีของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีทักษะการเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่สุขภาพ เพื่อทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและช่วยให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีทักษะด้านสัมพันธภาพ มีความสามารถในการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต้องปรับทัศนคติในการพัฒนางานให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนนั้นๆ และควรมีโอกาสในการพัฒนาเครือข่ายเพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ^[4]

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพร่วมกับจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี, จังหวัดศรีสะเกษ, จังหวัดยโสธร, จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีชมรมผู้สูงอายุที่จดทะเบียนเป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ จำนวน 4,678 แห่ง โดยได้สนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี พ.ศ.2552 ด้วยการพัฒนากระบวนการและเกณฑ์รับรองมาตรฐานการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุคุณภาพร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สาขาสมาคมผู้สูงอายุในพระบรมราชูปถัมภ์ในเขตพื้นที่ โดยกำหนดองค์ประกอบสำคัญที่ชมรมผู้สูงอายุต้องดำเนินการ คือ 1) การบริหารจัดการ 2) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายใจ 3) การจัดสวัสดิการ/กิจกรรมสมาชิก และ 4) การระดมทุน/การมีส่วนร่วมกับชุมชน

การสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 133 แห่ง พบว่าชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ สิ่งที่ชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้ด้วยตนเอง คือ การบริหารจัดการ การจัดสวัสดิการ/กิจกรรมสมาชิกและการระดมทุน/การมีส่วนร่วมกับชุมชน ร้อยละ 93.4 92.0 และ 82.3 ตามลำดับ ส่วนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายใจนั้น ชมรมผู้สูงอายุ ยังต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้นำทำกิจกรรม และจากการติดตามงานในปีต่อมาก็ยังคงพบปัญหาคล้ายๆเดิม คือ ชมรมผู้สูงอายุยังพึ่งพาเจ้าหน้าที่ในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ^[5] ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร่วมกิจกรรมชุมชนในรอบปีที่ผ่านมาในสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อย โดยกิจกรรมที่มีการเข้าร่วมมากที่สุดคือกลุ่ม ฅบปณกคสงคระห้ ร้อยละ 32.4 ตามด้วยกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 26.1 และกลุ่มอาชีพและกลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์ ซึ่งมีสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 11.2 ^[6]

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้ออกไปนคศคคตามเยียมการดำเนินงานของแกนนำไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้มเศร้ากคนข้าวอร้อย ในปี 2560 หลังการฝึกอบรมผ่านไปสามเดือน พบว่าสามารถดำเนินการให้กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้ครบทั้ง 4 เรือง คคอ ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้มเศร้ากคนข้าวอร้อย มีเพือง 2 ชมรม ซึ่งไม่ถึงร้อยละ 50 จึงไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อเป็นการศึกษาผลการพัฒนาทักษะของผู้นำด้านความรู้ และความสามารถของผู้นำในการบริหารร่างกาย 14 ท่า ในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 ขึ้น จึงได้ทำโครงการการประเมินผลผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10

วัตถุประสงค์การวิจัย

การประเมินผลผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อประเมินความรู้ และความสามารถในการจัดกิจกรรมของแกนนำจากชมรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมการบริหารร่างกาย 14 ท่า

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรที่ศึกษา

ประชากร ได้แก่ บุคลากรในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดมุกดาหารและจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 4,678 แห่ง ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 46,780 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมในโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบในเขต สุภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 70 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) มีวิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการสุ่ม ดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

1) การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐานของ (Power analysis) โดยกำหนดรายละเอียด ดังนี้

1. ใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ Paired sample t test
2. กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) คือ 0.80

คำนวณได้ผล ดังนี้

t-test : Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s)	=	Two
Effect size dz	=	0.5
α err prob	=	0.05
Power (1- β err prob)	=	0.97
Output: Noncentrality parameter δ	=	3.9051248
Critical t	=	2.0002978
Df	=	60
Total sample size	=	61
Actual power	=	0.9700771

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 61 คน

เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15

($\frac{61 \times 15}{100} = 9.15$) ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน

2) การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าสัดส่วนอำเภอได้จำนวนตัวอย่างจำแนกรายจังหวัด และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนตัวอย่างแยกรายจังหวัดโดยใช้สัดส่วนอำเภอ

จังหวัด	จำนวน ชมรม (แห่ง)	จำนวน กรรมการบ ริหารชมรม เฉลี่ย/แห่ง (คน)	จำนวน ประชากร กรรมการ บริหารชมรม เฉลี่ย/จังหวัด	จำนวน อำเภอ	สัดส่วน อำเภอ	จำนวนตัวอย่าง แยกรายจังหวัด โดยใช้สัดส่วน อำเภอ
อุบลราชธานี	2,792	10	27920	25	0.36	25
ศรีสะเกษ	1,023	10	10230	22	0.31	22
ยโสธร	425	10	4250	9	0.129	9
มุกดาหาร	354	10	3540	7	0.10	7
อำนาจเจริญ	84	10	840	7	0.10	7
รวม	4,678		46,780	70		70

คุณลักษณะเกณฑ์คัดเลือกเข้าผู้นำชมรมผู้สูงอายุร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นกรรมการหรือสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และได้รับการยอมรับคัดเลือกให้เข้าร่วมอบรมจากชมรมผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ
- 2) จบการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นและมีความสามารถในการเขียน การอ่าน ได้เป็นอย่างดี
- 3) มีสุขภาพแข็งแรง สะดวกต่อการเดินทางมาฝึกอบรม
- 4) อายุไม่เกิน 69 ปี หากอายุเกินต้องเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตามข้อ 1-2

เกณฑ์การคัดออก คือ คือ ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนจาก การเจ็บป่วย หรือโรคอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ ไม่สมัครใจ เข้าร่วมโครงการ

สถานที่และระยะเวลาดำเนินการวิจัย

- 1) สถานที่ ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดมุกดาหารและจังหวัดอำนาจเจริญที่เข้าร่วมโครงการ
- 2) ระยะเวลา
 - 2.1 มกราคม-กุมภาพันธ์ 2561 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/หลักสูตร/ทดสอบเครื่องมือ
 - 2.2 มีนาคม 2561 ทดลองใช้หลักสูตร จัดอบรม 2 วันและเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนดำเนินการ
 - 2.3 เมษายน -มิถุนายน 2561 ผู้นำที่ผ่านการอบรมดำเนินการทำกิจกรรมในชมรม 3 ครั้งตามใบงานโดยที่วิจัยออกติดตามเยี่ยมเป็นรายชมรม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต สัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และการเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการจัดกิจกรรมของผู้นำฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณ จำนวน 2 ฉบับ ด้วยใช้แบบสอบถามโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่

1) แบบประเมินความรู้ ทักษะและความสามารถในการเป็นผู้นำจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์เป็นผู้นำในชมรมหรือชุมชน และประสบการณ์การฝึกอบรม

ส่วนที่ 2 ประเมินความสามารถด้านการเป็นผู้นำออกกำลังกายป้องกันการหกล้ม 14 ท่า มี 14 ข้อ มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ทำถูกต้อง และทำไม่ถูกต้อง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) โดยใช้รูปแบบ One group pair t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.9 และเพศชาย ร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี รองลงมาคืออายุ 70-79 ปี ส่วนอายุ 80 ปีขึ้นไปไม่มี คิดเป็นร้อยละ 67.1 และ 32.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมาระดับมัธยม/ปวช. และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 37.1 31.4 และ 18.6 ตามลำดับ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่, ทำนา, ทำสวน) รองลงมา ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ และค้าขาย คิดเป็น ร้อยละ 45.7 ,32.9 และ 14.3 ตามลำดับ และการมีบทบาทหน้าที่ในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกรรมการชมรม รองลงมาเป็นสมาชิกในชมรม และประธานชมรม คิดเป็นร้อยละ 51.4 32.9 และ 15.7

ความรู้ของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่า พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่าก่อนการอบรม หลังการอบรมและระยะติดตามหลังการอบรม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรม และมีคะแนนเฉลี่ยระยะติดตามหลังการอบรม 3 เดือนมากกว่าก่อนการอบรม และหลังการอบรม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ความสามารถของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ก่อนและหลังการอบรมระยะติดตาม 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้เข้าอบรมมีความสามารถในการทำกิจกรรมบริหารร่างกาย 14 ท่า หลังการอบรมระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่าก่อนการอบรม ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนอบรม หลังการอบรมและ
ระยะติดตาม 3 เดือน และการประเมินความสามารถในการเป็นผู้นำบริหารร่างกาย
14 ท่า ก่อนอบรมและหลังการอบรมระยะติดตาม 3 เดือน เพื่อป้องกันการหกล้ม
ในผู้สูงอายุ

การประเมิน	N	Mean (SD) (Diff)	Mean	95%CI	
				Lower	Upper
การวัดความรู้					
ก่อนการอบรม	70	1.50	10.92	10.56	11.28
หลังการอบรม	70	1.40	11.90	11.56	12.23
หลังการติดตามการอบรมระยะ 3 เดือน	63	1.31	12.12	11.7	12.45
ความสามารถในการทำกิจกรรมบริหารร่างกาย 14 ท่า					
ก่อนการอบรม	65	.615	13.67	13.52	13.82
หลังการอบรม 3 เดือน	61	378	13.91	13.82	14.01

* $p < 0.01$

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-69 ปี เป็นกรรมการชมรม รองลงมาเป็นสมาชิกในชมรม และประธานชมรม คิดเป็นร้อยละ 51.4 32.9 และ 15.7 ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้มเศร้า กินข้าวอร่อย” ร้อยละ 100

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่า พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่าก่อนการอบรม หลังการอบรมและระยะติดตามหลังการอบรม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความสามารถของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ก่อนและหลังการอบรมระยะติดตาม 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 มีทักษะการนำกิจกรรมบริหารร่างกาย 14 ท่า ในชมรมผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และจากการสรุปบทเรียนของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม สมาชิกส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการนำทำกิจกรรมการออกกำลังกาย 14 ท่าของผู้นาจนทำให้สมาชิกมาร่วมกิจกรรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุและในชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลสำมะโน/สำรวจประชากร.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2551.
2. พิรสิทธิ์ คำวนศิลป์ และคณะ. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; 2542.
3. ยุวลักษณ์ เลิศพุทธิพงศ์พร. การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาล เมืองนนทบุรี อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี [รายงานการศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
4. เข้มทอง หน่อศรีดา. การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
5. ตติยา สารธิมา และเดือนธิดา ศรีเสมอ. ความคิดเห็นของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 ต่อเกณฑ์และกระบวนการพัฒนาคุณภาพชมรมผู้สูงอายุ เขต 7. อุบลราชธานี: กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี; 2553.
6. วิพรรณ ประจวบเหมาะ. รายงานการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554) สนับสนุนโดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์, มหาวิทยาลัย; 2556.



การสำรวจพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อ ป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

Personal behavior survey in population in the 10th Health Region to prevent the spread of COVID-19

มลุลี แสนใจ ศศิธร บุญสุข ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์ และสุนทรีย์ พันธุ์คำ
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 461 คน ศึกษาในประชาชนที่อาศัยในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และ มุกดาหาร เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามออนไลน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ(Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 10 ร่วมเก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ด้วย Link Address และ QR code การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Chi-square test

ผลการศึกษา พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์จำนวนทั้งหมด 461 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ร้อยละ 88.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.1 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 28.2

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานร้อยละ 88.9 ใส่ทุกครั้งที่ออกนอกบ้านร้อยละ 94.6 การเว้นระยะห่าง จากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ร้อยละ 82.4 ซึ่งปฏิบัติได้ในระดับสูง เช่นเดียวกับการสำรวจพฤติกรรมของคนไทยในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2563 ยกเว้นพฤติกรรมการล้างมือทุกครั้งเมื่อสัมผัสจุดเสี่ยงเช่นประตู ลูกบิด ที่ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ปฏิบัติได้ ร้อยละ 84.8 ซึ่งน้อยกว่าผลการสำรวจของระดับประเทศ ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องของประชาชน โดยการเพิ่มจุดล้างมือ หรือ

บทคัดย่อ

เพิ่มจุดให้บริการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ในพื้นที่ที่มีประชาชนไปใช้บริการจำนวนมากเช่น บริเวณทางเข้าตลาด ตลาดนัด ร้านอาหาร ห้างสรรพสินค้า ร้านสะดวกซื้อ ตลอดจนสถานที่สาธารณะ อื่นๆ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการล้างมือได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ควรมีการประชาสัมพันธ์และรณรงค์เรื่องการล้างมือ 7 ขั้นตอน ในทุกช่องทางเพื่อสร้างความตระหนักและเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการล้างมือที่ถูกต้อง

คำสำคัญ : พฤติกรรมส่วนบุคคล โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตสุขภาพที่ 10

Abstract

This research is an Exploratory Research to study the personal behavior of people in the 10th health region in the prevention of the coronavirus infection 2019 (COVID-19). A sample of 461 participants living in 10th health region (Ubon Ratchathani, Si Sa Ket, Yasothon, Amnat Charoen and Mukdahan) were enrolled. The research tool was designed to covered all research objectives and distributed as an online questionnaire. Three levels rating scale including always, sometimes, and never practice was optioned. The researcher coordinated with the governmental department in the 10th health region, to distribute the questionnaire and collect the data via URL link address and QR code. Data analysis and statistics used were descriptive statistics, percentage, mean, and standard deviation and the inferential statistics was Chi-square test.

The study found that 461 online respondents were mostly aged 25-59 years, 88.1% of them were female, 75.1% had completed elementary education. One mounth ago majority of the participants wear a face mask or a cloth mask every time they were at work (88.9%) or outside their home (94.6 %). Around 82.4 percent also reported to keep social distancing of 1-2 meters away from other people. This is in accordance with the survey of Thais behavior in implementing COVID-19 Prevention and Control Measures Of the emergency response center on April 1, 2020. The exception was the washing hands every time when touching a risk point behavior, that people in the 10th health region performed regularly only 84.8%, which was lower than the national average. Therefore, authorities that responsible in organizing facilitating environment should take this into account by providing abundant hand washing points or alcohol gel service. Especially in population dense area such as market, flea markets, restaurants, department stores, convenience stores and also in other public places. In addition, there should be a publicity and campaign of 7 steps hand wash procedure in all media channels to raise awareness and encourage people to wash their hands properly.

Keywords: Personal Behavior, Coronavirus Disease 2019, 10th Health Region0

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 : COVID-19) ที่เริ่มต้นการแพร่กระจายเชื้อจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน การติดเชื้อดังกล่าวมีความรุนแรงและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัยโลก^[1] ได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern ZPHEIC) REF ไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสที่จัดอยู่ในวงศ์ใหญ่ที่สุดในบรรดาไวรัสที่พบในทั้งสัตว์และคน ไวรัสโคโรน่ายังเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเจ็บป่วยต่าง ๆ ตั้งแต่โรคหวัดธรรมดาจนถึงโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) โรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (SARS) และโรคทางเดินหายใจอักเสบ สามารถติดต่อระหว่างคนสู่คนได้จึงเกิดการระบาดซึ่งการติดเชื้อมีระยะฟักตัวประมาณ 1-14 วัน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 5 วัน อีกทั้งกว่าจะเริ่มมีอาการป่วยใช้ระยะเวลาเวลาฟักตัวนาน จึงมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่ยังไม่แสดงอาการ หรือมีอาการน้อย เมื่อได้เดินทางจึงทำให้มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อทำให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็วกว้างในหลายๆ ประเทศทั่วโลก^[2] การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ค่อนข้างง่ายเพราะติดต่อการสัมผัสผ่านสารคัดหลั่ง เช่น ฝอยละอองต่างๆ ที่มาจากร่างกายของผู้ติดเชื้อเมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือหายใจออก ฝอยละอองเหล่านี้จะตกลงสู่วัตถุหรือพื้นผิวรอบๆ ในระยะ ประมาณ 1 เมตร หรือ 3 ฟุต จากนั้นบุคคลอื่นจะรับเชื้อได้โดยตรงหรือด้วยการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุเหล่านั้น แล้วมาจับตา จมูกหรือปาก มีผลงานวิจัยพบว่าผู้ป่วย 1 คนสามารถแพร่เชื้อได้ในอัตรา 2-3.3 หรือ 2-4 คน ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้พบว่าผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้สูงอายุมักจะมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตและผู้มีโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ

สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรก เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2563^[3] และเริ่มมีการระบาดในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑลและมี 3 เหตุการณ์ใหญ่ที่เป็นต้นเหตุแพร่ระบาดจาก กลุ่มสถานบันเทิง สโมสรมวย และพิธีทางศาสนา พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่ม 109 รายสะสม 1,245 รายเสียชีวิต 6 ราย^[4] เท่ากับ 0.5 % ผู้ป่วยอาการหนัก 17 รายของไทย 50% อายุเกิน 70 ปี และมีโรคประจำตัว การกระจายของโรค กระจุกตัวที่กทม.-ปริมณฑล จังหวัดท่องเที่ยวภาคตะวันออกและภาคใต้ รวมถึงจังหวัดชายแดนภาคใต้จนทำให้มียอดผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข^[5] ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ประกาศ ณ วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 การควบคุมการระบาดตาม พรบ.ดังกล่าวฯ เริ่มต้นจากการกำหนดประเทศที่มีความเสี่ยง ซึ่งถือเป็นการป้องกันการติดต่อโรคจากนอกราชอาณาจักร ได้แก่ สาธารณรัฐเกาหลี สาธารณรัฐประชาชนจีน สาธารณรัฐอิตาลี สาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน มาเลเซีย ราชอาณาจักรกัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สาธารณรัฐอินโดนีเซียและสาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า อีกทั้งเพิ่มมาตรการลดการเดินทางในประเทศ การควบคุม การเข้า-ออกพื้นที่เสี่ยงอย่างเคร่งครัด มาตรการลดการสัมผัสเชื้อ โดยการสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า

ให้หน่วยงานพิจารณาการเหลื่อมเวลาทำงาน (Work From Home) เพื่อลดความหนาแน่น การประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ งดกิจกรรมการรวมกลุ่ม ปิดสถานบริการที่มีความเสี่ยงในการ ระบาดของโรค กำหนดให้มีบริการแอลกอฮอล์เจลล้างมือ และกำหนดระยะห่าง 1-2 เมตร ใน พื้นที่สาธารณะ กรมอนามัย^[6]ซึ่งเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ และระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดีได้จัดทำแนวทาง คำแนะนำในการควบคุม ป้องกันโรคดังกล่าว เช่น 5 ลดความเสี่ยง เลี่ยง COVID-19 จากการบริโภคน้ำในชีวิตประจำวัน 3 เลี่ยง 3 เลี่ยง 4 ต้องการป้องกัน COVID-19 ในวัด คำแนะนำสำหรับพื้นที่จัดบริการอาหารริม บาหวีถึ แนวทางการจัดอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานที่พักหรือโรงแรม กรณีจัดให้เป็นสถานที่ ควบคุมเพื่อแยกสังเกตอาการผู้มีความเสี่ยงสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น กรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล พบว่า มีจำนวนยอดผู้ติดเชื้อสูงสุดในประเทศ รองลงมา คือ ภาคใต้ พบมากที่สุด จังหวัดภูเก็ต ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ติดเชื้อมากที่สุดในจังหวัด นครราชสีมา รองลงมา คือ จังหวัดอุบลราชธานี ^[3] นั้น

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย ได้เล็งเห็นความสำคัญในการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ ได้ประชาสัมพันธ์การดูแลและป้องกันตนเอง และเผยแพร่แนวทาง คำแนะนำต่างๆแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ในเขตสุขภาพที่ 10 ในหลากหลายช่องทาง ดังนั้น เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจ สำนวญพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อป้องกันการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อสำนวนญพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- 2.เพื่อหาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วิธีการศึกษา

- 1.การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำนวนญ (Exploratory Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรม ส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19)
- 2.ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัด อุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดมุกดาหาร

ตัวอย่างที่ศึกษาได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) ^[7] ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 NP(1-P)}{e^2 (N-1) + \chi^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

χ^2 แทนค่าไคสแควร์ (Chi-square Value) (χ^2 ที่ความเชื่อมั่น 95% = 3.84)

N แทนขนาดประชากร (ประชากรเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 4,610,095 คน (เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข, 2563^[8])

P แทนสัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (กำหนดให้เท่ากับ 0.50)

e แทนค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้ (กำหนดให้เท่ากับ 0.05)

แทนค่าดังนี้

$$n = \frac{(3.84)(4,610,095)(0.50)(1-0.50)}{(0.05^2)(4,610,095-1) + (3.84)(0.50)(1-0.50)}$$

$$n = 383.97$$

เพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายร้อยละ 20 คือ จำนวน 76.79 คน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 461 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละจังหวัด แบ่งตามสัดส่วนประชากรแต่ละจังหวัดได้ดังนี้

จังหวัด	จำนวนประชากร (คน)	สัดส่วน	ขนาดตัวอย่าง (คน)
อุบลราชธานี	1,869,633	0.41	187
ศรีสะเกษ	1,472,031	0.32	147
ยโสธร	539,542	0.12	54
อำนาจเจริญ	378,107	0.08	38
มุกดาหาร	350,782	0.08	35
รวม	4,610,095	1.00	461

3. สถานที่และระยะเวลาดำเนินการ

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดมุกดาหาร ระยะเวลาดำเนินการ เมษายน-พฤษภาคม 2563

4.เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

- 4.1 ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์
- 4.2 อาศัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 อย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป

5.เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 5.1 ตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ
- 5.2 อาศัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ไม่ถึง 1 เดือน

6.เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- 6.1 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ
- 6.2 กลุ่มตัวอย่างต้องการหยุดการตอบข้อมูลตามแบบสอบถาม

7.ขั้นตอนการดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

7.1 ขั้นตอนการดำเนินการ

- ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัยจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบนำมาแก้ไขและปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
- ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประสานกับหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 10
- รวบรวมและตรวจสอบข้อมูล นำมาวิเคราะห์ทางสถิติตามวัตถุประสงค์
- สรุปและอภิปรายผล

7.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามออนไลน์ของระบบ Google Form ประกอบไปด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว จังหวัดที่อยู่ สถานที่ใช้ชีวิตในช่วงกลางวัน การอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือ หน้ากากผ้า พฤติกรรมการล้างมือ พฤติกรรมการรักษาระยะห่างหยุดเชื้อ พฤติกรรมการใช้บริการในร้านสะดวกซื้อ ผู้ให้บริการในร้านสะดวกซื้อ พฤติกรรมการสั่งอาหารออนไลน์ของผู้สั่งและซื้อ ข้อเสนอแนะอื่น เป็นข้อสอบถามแบบเลือกตอบ (Rating Scale 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ โดยมีการแบ่งระดับ คะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากสูตร บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์^[9] ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3}$$

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{3-1}{3} = 0.67$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนพฤติกรรม ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
2.34-3.00	มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระดับดี
1.67-2.33	มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระดับพอใช้
1.00-1.66	มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระดับควรปรับปรุง

7.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 10 ร่วมเก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ด้วย Link Address และ QR code

7.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ Chi-square test เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษา

จากการสำรวจพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์จำนวน 461 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ร้อยละ 88.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 28.2 รองลงมา มีธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส./ เทียบเท่า ร้อยละ 27.3 อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี มากที่สุด ร้อยละ 40.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 43.4 โดยในรอบ 14 วันที่ผ่านมา ส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร ร้อยละ 90.9 มีสมาชิกในครัวเรือน จำนวน 2-4 คน ร้อยละ 54.4 ในครัวเรือนมีผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 44.9 รองลงมามีผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ร่วมในครัวเรือน ร้อยละ 43.8 และในรอบ 14 วันที่ผ่านมา ช่วงเวลากลางวัน ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตประจำวันที่บ้าน ร้อยละ 68.8 รองลงมา คือที่ทำงาน ร้อยละ 30.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
1.อายุ 15-24 ปี	19	4.1
2.อายุ 25-59 ปี	406	88.1
3.อายุ 60 ปีขึ้นไป	36	7.8
ต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 82 ปี อายุเฉลี่ย 46.3 ปี S.D.=11.15		
รวม	461	100.0
เพศ		
1.ชาย	115	24.9
2.หญิง	346	75.1
รวม	461	100.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
1.ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.4
2.ประถมศึกษา	130	28.2
3.มัธยมศึกษาตอนต้น/ ปวช./ เทียบเท่า	83	18.0
4.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส./ เทียบเท่า	126	27.3
5.ปริญญาตรี/ เทียบเท่า	102	22.1
6.ปริญญาโท	17	3.7
7.ปริญญาเอก	1	0.2
รวม	461	100.0
จังหวัด		
1.อุบลราชธานี	187	40.6
2.ศรีสะเกษ	147	31.9
3.ยโสธร	54	11.7
4.อำนาจเจริญ	38	8.2
5.มุกดาหาร	35	7.6
รวม	461	100.0
อาชีพ		
1.รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ/อสม	158	34.3
2.พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	11	2.4
3.ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	34	7.4
4.รับจ้างรายวัน	17	3.7
5.อาชีพอิสระ	25	5.4
6.ทำการเกษตร	200	43.4
7.นักเรียน/นักศึกษา	7	1.5
8.ไม่ได้ทำงาน/ เกษียณอายุ	9	2.0
รวม	461	100.0
การอยู่อาศัยหรือการดำเนินชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ ในรอบ 14 วันที่ผ่านมา		
1.อยู่คนเดียว	0	0.0
2.อยู่ร่วมกับ บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร	419	90.9
3.อยู่ร่วมกับพี่น้อง/ญาติ/ปู่/ย่า/ตา/ยาย	31	6.7
4.อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	11	2.4
รวม	461	100.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด		
1.จำนวน 1 คน	-	-
2.จำนวน 2-4 คน	251	54.4
3.จำนวน 5-8 คน	200	43.4
4.จำนวน 9 คนขึ้นไป	10	2.2
ต่ำสุด 2 คน สูงสุด 11 คน เฉลี่ย 4.60 คน S.D.= 1.66		
รวม	461	100
จำนวนครัวเรือนที่มีบุคคลเสี่ยงติดโรคร้ายดังนี้		
1.เด็ก 0-5 ปี	113	24.5
2.หญิงตั้งครรภ์	18	3.9
3.ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป	202	43.8
4.ผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	207	44.9
5.ผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินระบบหายใจ	57	12.4
สถานที่ในการใช้ชีวิตประจำวันมากที่สุดช่วงเวลากลางวัน ในรอบ 14 วันที่ผ่านมา		
1.บ้าน	317	68.8
2.สำนักงาน สถานที่ทำงาน	142	30.8
3.ตลาดสด	1	.2
4.สถานที่แออัด เช่น โรงหนัง สนามมวย บ่อนชนไก่ สถานบันเทิง	1	.2
รวม	461	100.0

ผลการสำรวจพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าบางครั้งถึงแม้จะอยู่บ้าน ร้อยละ 49.0 ใส่ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานร้อยละ 88.9 ใส่ทุกครั้งที่ออกนอกบ้านร้อยละ 94.6 ใส่เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ไข้ ไอ เจ็บคอ ร้อยละ 92.2 ใส่ทุกครั้งเมื่อไปในสถานที่แออัด เช่น ตลาด ห้าง ร้อยละ 91.5

ในด้านพฤติกรรมการล้างมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร ร้อยละ 85.2 ล้างมือก่อนและหลังสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 77.0 ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสคนใกล้ชิดหรือผู้ที่ภาวะเสี่ยง ผู้สูงอายุ เด็กทุกครั้งร้อยละ 88.7 ล้างมือทุกครั้งเมื่อสัมผัสจุดเสี่ยงเช่นประตู ลูกบิด ร้อยละ 84.8

ในด้านการนั่งยืน พุดคุยห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ทุกครั้ง ร้อยละ 82.4 งดการรวมตัวกันในสถานศึกษา ที่ทำงาน หรือสถานบันเทิงต่างๆ ทุกครั้ง ร้อยละ 84.4 รับประทานอาหารที่เป็นชุดสำหรับคนเดียว หลีกเลี่ยงการร่วมสำรับกับผู้อื่นทุกครั้ง ร้อยละ 60.7

ส่วนใหญ่ติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ ทุกครั้ง ร้อยละ 77.9 ทำงานที่บ้านหรือเรียนออนไลน์ ร้อยละ 49.9 ลดหรือหลีกเลี่ยงการเดินทางไปสถานที่แออัด ทุกครั้ง ร้อยละ 79.0

ในรอบ 7 วันที่ผ่านมา มีผู้เคยไปใช้บริการในร้านสะดวกซื้อ/ร้านค้า ร้อยละ 82.4 โดยล้างมือ/ใช้แอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังสัมผัสจุดเสี่ยงทุกครั้ง เช่น รถเข็น ร้อยละ 94.7 สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 93.2 ยืนห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ระหว่างรอชำระสินค้า ทุกครั้ง ร้อยละ 90.3

ในส่วนของการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคโคโรนาไวรัสของร้าน พบว่า ร้านจัดให้มีจุดคัดกรอง วัดอุณหภูมิ ก่อนเข้าร้าน ร้อยละ 90.0 จัดให้มีเจลแอลกอฮอล์ ล้างมือหรือจุดล้างมือ ก่อนเข้าร้าน ร้อยละ 97.6 พนักงานสวมใส่หน้ากากผ้าหรือ หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากใสบังหน้าขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 96.3 และมีการกำหนดระยะห่าง 1-2 เมตร ระหว่างรับบริการหรือรอคิวจ่ายเงิน ร้อยละ 92.4

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ใช้บริการสั่งอาหารออนไลน์ เพียงร้อยละ 16.1 โดยพนักงานมีพฤติกรรม สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 97.3 พนักงานล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังส่งสินค้าทุกครั้งร้อยละ 73.0 เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ขณะส่งสินค้า ร้อยละ 82.4

ผู้ใช้บริการสั่งอาหารออนไลน์มีพฤติกรรมสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยขณะรับสินค้าทุกครั้ง ร้อยละ 93.2 ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ก่อนและหลังรับสินค้า ร้อยละ 93.2 เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ขณะรับสินค้าทุกครั้งร้อยละ 86.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10

ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พฤติกรรมกำกับการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
การหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา		
1.ใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าตลอดเวลา แม้จะอยู่บ้าน		
-ทุกครั้ง	205	44.5
-บางครั้ง	226	49.0
-ไม่เคยปฏิบัติ	30	6.5
รวม	461	100.0
2.ใส่ตลอดเวลาในขณะปฏิบัติงาน ในที่ทำงาน		
-ทุกครั้ง	410	88.9
-บางครั้ง	40	8.7
-ไม่เคยปฏิบัติ	11	2.4
รวม	461	100.0
3.ใส่ตลอดเวลาทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน		
-ทุกครั้ง	436	94.6
-บางครั้ง	25	5.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10
ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พฤติกรรมป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
รวม	461	100.0
4.ใส่หน้ากากอนามัยหรือผ้าปิดจมูก		
-ทุกครั้ง	425	92.2
-บางครั้ง	24	5.2
-ไม่เคยปฏิบัติ	1	.2
-ไม่มีอาการเจ็บป่วย ไข้ ไอ เจ็บคอ	11	2.4
รวม	461	100.0
5.ใส่หน้ากากเมื่อไปในสถานที่แออัด เช่น ตลาด ห้าง		
-ทุกครั้ง	422	91.5
-บางครั้ง	27	5.9
-ไม่เคยปฏิบัติ	12	2.6
รวม	461	100.0
การล้างมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา		
1. ปฏิบัติทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร		
-ทุกครั้ง	393	85.2
-บางครั้ง	59	12.8
-ไม่เคยปฏิบัติ	9	2.0
รวม	461	100.0
2. ปฏิบัติทุกครั้งก่อนและหลังสวมหน้ากากอนามัย		
-ทุกครั้ง	355	77.0
-บางครั้ง	85	18.4
-ไม่เคยปฏิบัติ	21	4.6
รวม	461	100.0
3. ปฏิบัติทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสคนใกล้ชิดหรือผู้ที่ภาวะเสี่ยง		
ผู้สูงอายุ เด็ก		
-ทุกครั้ง	409	88.7
-บางครั้ง	34	7.4
-ไม่เคยปฏิบัติ	18	3.9
รวม	461	100.0
4. ปฏิบัติทุกครั้งเมื่อสัมผัสจุดเสี่ยงเช่นประตู ลูกบิด		
-ทุกครั้ง	391	84.8
-บางครั้ง	58	12.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10
ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พฤติกรรมป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
-ไม่เคยปฏิบัติ	12	2.6
รวม	461	100.0
5. ปฏิบัติทุกครั้งภายหลังการไอ จามสั่งน้ำมูก		
-ทุกครั้ง	394	85.5
-บางครั้ง	67	14.5
รวม	461	100.0
การรักษาระยะห่าง หยุดเชื้อ เพื่อชาติ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา		
1. นั่ง ยืน พุดคุยห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร		
-ทุกครั้ง	380	82.4
-บางครั้ง	76	16.5
-ไม่เคยปฏิบัติ	5	1.1
รวม	461	100.0
2. งดการรวมตัวกันในสถานศึกษา ที่ทำงาน หรือสถานบันเทิงต่าง ๆ		
-ทุกครั้ง	389	84.4
-บางครั้ง	70	15.2
-ไม่เคยปฏิบัติ	2	0.4
รวม	461	100.0
3. รับประทานอาหารที่เป็นชุดสำหรับคนเดียว หลีกเลี่ยงการร่วม สำรับกับผู้อื่น		
-ทุกครั้ง	280	60.7
-บางครั้ง	161	34.9
-ไม่เคยปฏิบัติ	20	4.3
รวม	461	100.0
4. ติดต่องานทางโทรศัพท์ หรือ ทางไลน์		
-ทุกครั้ง	359	77.9
-บางครั้ง	81	17.6
-ไม่เคยปฏิบัติ	21	4.6
รวม	461	100.0
5. ทำงานที่บ้านหรือเรียนออนไลน์		
-ทุกครั้ง	230	49.9
-บางครั้ง	109	23.6
-ไม่เคยปฏิบัติ	122	26.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10
ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พฤติกรรมป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
รวม	461	100.0
6. ลด/หลีกเลี่ยงการเดินทางไปสถานที่แออัด		
- ทุกครั้ง	364	79.0
- บางครั้ง	75	16.3
- ไม่เคยปฏิบัติ	22	4.8
รวม	461	100.0
การไปใช้บริการในร้านสะดวกซื้อในรอบ 7 วันที่ผ่านมา		
- เคย	380	82.4
- ไม่เคย	81	17.6
รวม	461	100.0
1. ล้างมือ/ใช้แอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังสัมผัสจุดเสี่ยง เช่น รถเข็น		
- ทุกครั้ง	360	94.7
- บางครั้ง	20	5.3
- ไม่ปฏิบัติเลย		
2. สวมหน้ากากผ้า/หน้ากากอนามัย		
- ทุกครั้ง	354	93.2
- บางครั้ง	21	5.5
- ไม่ปฏิบัติเลย	5	1.3
3. ยืนห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ระหว่างรอชำระสินค้า		
- ทุกครั้ง	343	90.3
- บางครั้ง	37	9.7
- ไม่ปฏิบัติเลย		
4. จัดให้มีจุดคัดกรอง วัดอุณหภูมิ ก่อนเข้าร้าน		
- มี	342	90.0
- ไม่มี	35	9.2
- ไม่ทราบ	3	0.8
5. จัดให้มีเจลแอลกอฮอล์ ล้างมือหรือจุดล้างมือ ก่อนเข้าร้าน		
- มี	371	97.6
- ไม่มี	9	2.4
- ไม่ทราบ		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10
ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พฤติกรรมป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
6.พนักงานสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากใสบัง หน้าขณะปฏิบัติงาน		
-มี	366	96.3
-ไม่มี	14	3.7
-ไม่ทราบ		
7.จัดให้มีการกำหนดระยะห่าง 1-2 เมตร ระหว่างรับบริการหรือรอ คิวจ่ายเงิน		
-มี	351	92.4
-ไม่มี	29	7.6
-ไม่ทราบ		
การใช้บริการสั่งอาหารออนไลน์ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา		
-เคย	74	16.1
-ไม่เคย	387	83.9
รวม	461	100.0
1.พนักงานสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย		
-ทุกครั้ง	72	97.3
-บางครั้ง	2	2.7
-ไม่เคยเห็น		
2.พนักงานล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังส่งสินค้า		
-ทุกครั้ง	54	73.0
-บางครั้ง	13	17.6
-ไม่เคยเห็น	7	9.5
3.พนักงานเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ขณะส่งสินค้า		
-ทุกครั้ง	61	82.4
-บางครั้ง	11	14.9
-ไม่เคยเห็น	2	2.7
4.ผู้ใช้บริการสั่งอาหารออนไลน์สวมหน้ากากผ้า/หน้ากากอนามัย ขณะรับสินค้า		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10
ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พฤติกรรมป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
-ทุกครั้ง	69	93.2
-บางครั้ง	3	4.1
-ไม่เคยปฏิบัติ	2	2.7
5. ผู้ใช้บริการสั่งอาหารออนไลน์ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนและหลัง รับสินค้า		
-ทุกครั้ง	69	93.2
-บางครั้ง	4	5.4
-ไม่เคยปฏิบัติ	1	1.4
6. ผู้ใช้บริการสั่งอาหารออนไลน์เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ขณะ รับสินค้า		
-ทุกครั้ง	64	86.5
-บางครั้ง	9	12.2
-ไม่เคยปฏิบัติ	1	1.4

จากการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับของพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า จังหวัดและอาชีพมีผลกับระดับพฤติกรรมป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ระดับพฤติกรรม	พฤติกรรมป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019									
	ใส่หน้ากาก		ล้างมือ		เว้นระยะห่าง		ใช้บริการร้านสะดวกซื้อ		ใช้บริการสั่งอาหารออนไลน์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	188	40.8	310	67.2	172	37.3	328	86.3	50	67.6
พอใช้	264	57.3	137	29.7	272	59.0	51	13.4	22	29.7
ควรปรับปรุง	9	2.0	14	3.0	17	3.7	1	0.3	2	2.7
รวม	461	100.0	461	100.0	461	100.0	380	100.0	74	100.0

จากการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับของพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า จังหวัดและอาชีพมีผลกับระดับพฤติกรรมป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับของพฤติกรรมส่วนบุคคล
ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 (COVID-19)

ปัจจัย ส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม						สถิติ χ^2	P-value
	ดี	พอใช้		ควรปรับปรุง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จังหวัด							30.513*	0.000
1.อุบลราชธานี	50	10.8	136	29.5	1	0.2		
2.ศรีสะเกษ	25	5.4	115	24.9	7	1.5		
3.ยโสธร	8	1.7	45	9.8	1	0.2		
4.อำนาจเจริญ	18	3.9	20	4.3	-	-		
5.มุกดาหาร	4	0.9	31	6.7	-	-		
รวม	105	22.8	347	75.3	9	2.0		
อายุ							9.341	0.053
1.อายุ 15-24 ปี	6	1.3	13	2.8	0	0.0		
2.อายุ 25-59 ปี	91	19.7	309	67.0	6	1.3		
3.อายุ 60 ปีขึ้นไป	8	1.7	25	5.4	3	0.7		
รวม	105	22.8	347	75.3	9	2.0		
เพศ							0.239	0.887
1.ชาย	28	6.1	85	18.4	2	0.4		
2.หญิง	77	16.7	262	56.8	7	1.5		
รวม	105	22.8	347	75.3	9	2.0		
ระดับการศึกษาสูงสุด							19.949	0.068
1.ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.2	1	0.2	-	-		
2.ประถมศึกษา	36	7.8	92	20.0	2	0.4		
3.มัธยมศึกษาตอนต้น/ ปวช./ เทียบเท่า	20	4.3	59	12.9	4	0.9		
4.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส./ เทียบเท่า	34	7.4	89	19.3	3	0.7		
5.ปริญญาตรี/ เทียบเท่า	13	2.8	89	19.3	-	-		
6.ปริญญาโท	1	0.2	16	3.5	-	-		
7.ปริญญาเอก	-	-	1	0.2	-	-		
รวม	105	22.8	347	75.3	9	2.0		
อาชีพ							33.135*	0.003
1.รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานของรัฐ/อสสม	28	6.1	130	28.2	-	-		
2.พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	3	0.7	8	1.7	-	-		
3.ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	10	2.2	23	5.0	1	0.2		
4.รับจ้างรายวัน	10	2.2	7	1.5	-	-		
7.อาชีพอิสระ	2	0.4	23	5.0	-	-		
8.ทำการเกษตร	46	10.0	146	31.7	8	1.7		
9.นักเรียน/ นักศึกษา	4	0.9	3	0.7	-	-		
10.ไม่ได้ทำงาน/ เกษียณอายุ	2	0.4	7	1.5	-	-		
รวม	105	22.8	347	75.3	9	2.0		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับของพฤติกรรมส่วนบุคคล
ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 (COVID-19)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม						สถิติ χ^2	P-value
	ดี		พอใช้		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การอยู่อาศัยหรือการดำเนินชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ในรอบ 14 วันที่ผ่านมา							4.223	0.377
1.อยู่คนเดียว	-	-	-	-	-	-		
2.อยู่ร่วมกับ บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร	99	21.5	312	67.7	8	1.7		
3.อยู่ร่วมกับพี่น้อง/ญาติ/ปู่/ย่า/ตา/ยาย	6	1.3	24	5.2	1	0.2		
4.อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	-	-	11	2.4	-	-		
สถานที่ในการใช้ชีวิตประจำวันมากที่สุดช่วงเวลากลางวันในรอบ 14 วันที่ผ่านมา							7.950	0.242
1.บ้าน	78	16.9	231	50.1	8	1.7		
2.สำนักงาน สถานที่ทำงาน	26	5.6	115	24.9	1	0.2		
3.ตลาดสด	1	0.2	-	-	-	-		
4.สถานที่แออัด เช่น โรงหนัง สนามมวย บ่อนชนไก่ สถานที่บันเทิง	-	-	1	0.2	-	-		
รวม	105	22.8	347	75.3	9	2.0		

* (P-value < 0.01)

อภิปรายผล

พฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกนอกบ้านร้อยละ 94.6 มีค่าสอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมของคนไทยในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2563 ที่มีพฤติกรรมการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าก่อนออกจากบ้านร้อยละ 94.03 ในเขตสุขภาพที่ 10 มีพฤติกรรมการล้างมือทุกครั้งที่สัมผัสจุดเสี่ยง ร้อยละ 84.8 น้อยกว่าผลการสำรวจพฤติกรรมของคนไทยฯ ซึ่งผลสำรวจพบว่าล้างมือด้วยสบู่และน้ำสูงถึง ร้อยละ 90.47 ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ร้อยละ 90.4 ส่วนพฤติกรรมการเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ร้อยละ 82.4 มากกว่าผลการสำรวจพฤติกรรมของคนไทยที่มีการเว้นระยะห่าง เพียง ร้อยละ 64.81 ซึ่ง 3 พฤติกรรมเหล่านี้จะมีส่วนช่วยในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้^[10]

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพิดา เียนโสภา^[11] ที่ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก พบว่า ปัจจัยที่มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค เช่น เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ที่มีผลต่อกระทำหรือชักนำให้ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรครวมถึง ความรู้ที่ได้จากสื่อมวลชนต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หรือ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษา ที่พบว่า พฤติกรรมส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส โคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การล้างมือทุกครั้งที่มีสัมผัสสูงเสี่ยง ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องของประชาชน โดยการเพิ่มจุดล้างมือ หรือ เพิ่มจุดให้บริการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ในพื้นที่ที่มีประชาชนไปใช้บริการจำนวนมาก เช่น บริเวณทางเข้าตลาด ตลาดนัด ร้านอาหาร ห้างสรรพสินค้า ร้านสะดวกซื้อ ตลอดจนสถานที่สาธารณะ อื่นๆ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการล้างมือได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ควรมีการประชาสัมพันธ์และรณรงค์เรื่องการล้างมือ 7 ขั้นตอน ในทุกช่องทางเพื่อสร้างความตระหนักและเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการล้างมือที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการประเมินพฤติกรรมการป้องกัน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยหรือสาเหตุเกี่ยวกับพฤติกรรมส่วนบุคคลดังกล่าว ในการศึกษารุ่นต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงลึก เช่น การสัมภาษณ์ หรือ การสังเกต อันจะทำให้ทราบแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนที่ตรงประเด็นมากที่สุด

2.จากผลการศึกษาพบว่า อาชีพ และ จังหวัด มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษารุ่นต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงลึกในประเด็นอาชีพ และลักษณะของแต่ละจังหวัดกับระดับความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อประโยชน์ในการให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติพฤติกรรมส่วนบุคคลที่เหมาะสมในแต่ละอาชีพ และลักษณะของแต่ละจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. *จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา*. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: WHO Country Office for Thailand. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.who.int/thailand>
2. แพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข. *ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ COVID-19*. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://tmc.or.th/covid19/>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *สถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา*. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/info.php>.

4. วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงการอุดมศึกษา. สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวง; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.mhesi.go.th/home/index.php/pr/all-media/56-COVID-19/covid-infostatistic>
5. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตรายกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานราชกิจจานุเบกษา; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2563] เข้าถึงได้จาก : http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/052/T_0013.PDF
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 COVID-19 รู้ทัน ป้องกันได้. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [เข้าถึง เมื่อ 5 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.anamai.moph.go.th/main.php?filename=covid19>
7. ประสพชัย พสุนนท์. การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan(1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์. 2557;2 (กรกฎาคม-ธันวาคม).
8. เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.spbket10.com/web60/?page_id=494
9. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์, มหาวิทยาลัย; 2545.
10. สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน. ผลการสำรวจพฤติกรรมของคนไทยในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaigov.go.th/infographic/contents/details/2819>.
11. สุพิดา เย็นโสภา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.



ความสัมพันธ์ของระดับ alpha-fetoprotein ในเลือดของมารดา ที่เพิ่มมากขึ้นกับการคลอดก่อนกำหนด

Association between unexplained high maternal serum alpha-fetoprotein levels and preterm birth

นพ.พงษ์สันต์ พันธะไชย*

Pongsun Puntachai, MD.**

บทคัดย่อ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้อัตราการพลาพลาและอัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น งานวิจัยนี้ทำเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ Maternal serum alpha-fetoprotein (MSAFP) ในช่วงไตรมาสสอง กับภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยเป็นการศึกษาย้อนหลังในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มารับบริการเจาะเลือดตรวจในช่วงไตรมาสสอง เพื่อคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559 – ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 1,580 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูล MSAFP ที่ได้มาจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีระดับ MSAFP > 2.0 MoM และ MSAFP < 2.0 MoM เพื่อเปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์, ในแต่ละกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ในกลุ่มที่มีระดับ MSAFP > 2.0 MoM เท่ากับ 27 จาก 151 ราย (ร้อยละ 17.9) สูงกว่าในกลุ่มที่มีระดับ MSAFP < 2.0 MoM เท่ากับ 108 จาก 1,429 ราย (ร้อยละ 7.6) และในกลุ่มที่มีระดับ MSAFP > 2.0 MoM มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เท่ากับ 2.37 เท่า สรุปผลได้ว่า ระดับ MSAFP > 2.0 MoM เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับ MSAFP > 2.0 MoM ควรต้องมีการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดการคลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ : MSAFP การคลอดก่อนกำหนด กลุ่มอาการดาวน์

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานสูติเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

** Department of Obstetrics and Gynecology, Sunpasitthiprasong hospital, Ubon-Ratchathani
Corresponding Author E-mail : pongsun-ob@hotmail.com

Abstract

Preterm is the serious problem in maternal-child health care. This study want to determine the relationship between high maternal serum alpha-fetoprotein (MSAFP) levels and preterm birth. This study is retrospective cohort study was conducted on consecutive singleton pregnancies, screened for fetal Down syndrome, in Ubon Ratchathani. The prospective database of our fetal Down screening program was assessed to recruit all consecutive records. The recruited women were categorized into two groups: high (> 2.0 MoM) and normal (< 2.0 MoM) MSAFP levels. Results: Of 1,702 screened women, 1,580 met inclusion criteria, 151 women in the group of high and 1,429 women are normal MSAFP levels, respectively. The rates of spontaneous preterm birth at < 37 weeks of gestation were significantly higher in women with high MSAFP levels, (17.9% vs 7.6%), with a relative risk of 2.37, respectively (P value < 0.001). Conclusions: High (> 2.0 MoM) MSAFP levels was significantly associated with an increased risk for spontaneous preterm birth.

Keywords: Maternal serum alpha-fetoprotein, Preterm birth, Down syndrome.

บทนำ (Introduction)

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย คือ ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในอดีตความสนใจมักจะมุ่งไปที่ปัญหาการตายของมารดา แต่เนื่องจากในปัจจุบันอัตราการตายของมารดาได้ลดลงอย่างมาก ประกอบกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการดูแลมารดาและทารกพัฒนามากขึ้น มีการมุ่งเน้นถึงแนวทางการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการป้องกันการเกิดโรค มากกว่าการรักษา ซึ่งนำมาปรับใช้ได้เหมาะสมในทางการดูแลรักษา มารดาและทารกในครรภ์ นำไปสู่การลดลงของอัตราการตายของมารดาและทารกปริกำเนิดได้¹

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด เป็นต้นเหตุสำคัญ ที่ทำให้อัตราทุพพลภาพและอัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น สติแพทย์มีความพยายามที่จะหาวิธีเพื่อช่วยทำนายความเสี่ยงของสตรีมีครรภ์ที่จะเกิดภาวะเหล่านี้ตั้งแต่เนิ่นๆ

ในปัจจุบัน การใช้สารเคมีในเลือดเพื่อทำการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เริ่มทำกันมากขึ้น การที่เราตรวจพบสารชีวเคมีต่างๆ เช่น pregnancy associated plasma protein A (PAPP-A), human chorionic gonadotropin(hCG), unconjugated estriol (uE3), inhibin A และ alpha-fetoprotein (AFP) ที่เปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดจากความผิดปกติจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ซึ่งทำให้แพทย์สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้² ซึ่งในงานวิจัยนี้จะนำ AFP มาศึกษาทำนายภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นดังที่กล่าวมาข้างต้นได้

Alpha-fetoprotein (AFP) สร้างขึ้นในไตรมาสแรกโดยสร้างจากตับมากที่สุด และสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 6 สัปดาห์ขึ้นไป³ ระดับของ AFP ในพลาสมาของทารกจะสูงสุดเมื่ออายุครรภ์ 13 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะลดลงจนกระทั่งคลอด AFP จะผ่านทางปัสสาวะของทารกไปในน้ำคร่ำ และสามารถตรวจพบในกระแสเลือดมารดาได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 7 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนสูงสุดเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์⁴ ระดับของ AFP ที่เพิ่มขึ้นตรงข้ามกับในทารกซึ่งลดลงเป็นผลเนื่องมาจากการยอมให้มีการผ่านของ AFP จากน้ำคร่ำเข้าสู่กระแสเลือดมารดามากขึ้นเมื่ออายุครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น ระดับ AFP ในเลือดทารกสูงกว่าในกระแสเลือดมารดาถึง 50,000 เท่า

ปัจจุบันเชื่อว่ามีมีความสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมระบบภูมิคุ้มกันในระหว่างตั้งครรภ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2516 ได้มีการนำ AFP มาใช้ในการตรวจกรองภาวะ open neural tube defect โดยพบว่าสามารถตรวจพบภาวะ anencephaly และ open spina bifida ได้ โดยใช้ระดับจุดตัดที่สูงกว่า 2.0 เท่าของค่ามัธยฐาน (multiple of median = MoM) และยังตรวจพบว่า AFP ในทารกตัวนี้มีค่าต่ำกว่าการตั้งครรภ์ปกติ โดยมีค่าเฉลี่ย 0.76 MoM ของครรภ์ปกติ^{5,6,7}

จากการศึกษาก่อนหน้านี้ บางการศึกษาพบว่าระดับ AFP ในมารดา นำมาใช้ได้ดีในการตรวจคัดกรองภาวะ neural tube defect และ Down syndrome² แต่ยังไม่ดีสำหรับการทำนายภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของการตั้งครรภ์³ ในขณะเดียวกัน บางการศึกษาพบว่าหากมีภาวะคลอดก่อนกำหนดจะมีระดับ AFP ในมารดาเพิ่มมากขึ้น^{4,5} การเพิ่มขึ้นของ AFP ในมารดาโดยไม่มีสาเหตุจากอายุครรภ์คลาดเคลื่อนหรือความผิดปกติของทารกจะพบว่า การคลอดก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ ทารกโตช้าในครรภ์เพิ่มขึ้น โดยใช้ระดับจุดตัดที่สูงกว่า 2.0 MoM^{6,7,8}

เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด เป็นปัญหาในการดูแลรักษาอย่างมากทั้งในมารดาและทารกในครรภ์ที่จะเกิดมา อีกทั้งยังไม่สามารถป้องกันภาวะดังกล่าวได้ดีที่สุดในปัจจุบัน แต่การที่สามารถจะทำนายหรือตรวจคัดกรอง และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น น่าจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญนี้ และจะนำประโยชน์จากการใช้ maternal serum alpha-fetoprotein (MSAFP) มาใช้เพื่อดูความสัมพันธ์กับ การคลอดก่อนกำหนด ซึ่งจะนำไปเป็นข้อมูลเพื่อประยุกต์ใช้ต่อไปในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพที่ดีที่สุด งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อหาอัตราการคลอดก่อนกำหนด ในรายที่ระดับ MSAFP สูงกว่า 2.0 MoM ในสตรีตั้งครรภ์เดียวที่มารับบริการเจาะเลือดตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ในไตรมาสสองของการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ Maternal serum alpha-fetoprotein (MSAFP) ในช่วงไตรมาสสอง กับภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ไม่ทราบสาเหตุ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

Retrospective descriptive study โดยประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการเจาะเลือดตรวจหาระดับ serum marker ในช่วงไตรมาสสอง เพื่อคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559 – ธันวาคม พ.ศ. 2562 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์เดี่ยว ส่วนสตรีตั้งครรภ์แฝด หรือสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์มีความผิดปกติทางโครโมโซม หรือสตรีที่มีภาวะของทารกเป็น open neural tube defect ไม่นำเข้ามาในการศึกษาครั้งนี้

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากการศึกษาของ Simpson JL และคณะ พบว่าค่า MSAFP ที่มากกว่า 2.0 MoM มีความสัมพันธ์กับการเกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยพบอุบัติการณ์คิดเฉลี่ยเป็นร้อยละ 7.0%⁶ คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตร

$$N = [Z_{\alpha}^2 P (1-P)] / d^2$$

Z_{α}^2 คือ ค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น

(โดยการศึกษาใช้ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 1.96)

P คือ อุบัติการณ์การคลอดก่อน 37 สัปดาห์โดยไม่ทราบสาเหตุคิดเป็นร้อยละ 7.0%

d คือ allowable error ของค่าประมาณที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

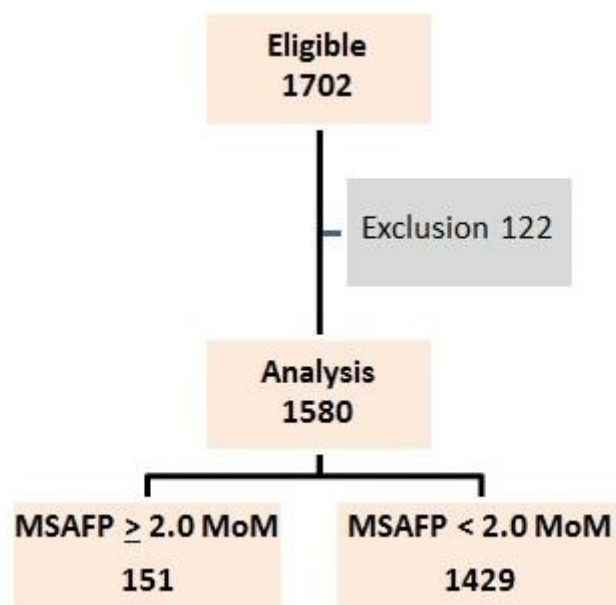
ในการศึกษานี้กำหนดค่า d เป็น absolute value และใช้ค่าเท่ากับ 0.05

ดังนั้น คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 100 ราย

วิธีดำเนินการวิจัยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการเจาะเลือดตรวจหาระดับ serum marker เพื่อคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559 – ธันวาคม พ.ศ. 2562 เก็บข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุมารดา อายุครรภ์ที่ตรวจเลือด จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติสูบบุหรี่ และน้ำหนักขณะช่วงเจาะเลือด ข้อมูลผลลัพธ์การตั้งครรภ์ เช่น อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด สุขภาพทารกหลังคลอด ข้อมูลพื้นฐานทางด้านประชากรศาสตร์และสถิติศาสตร์ระหว่าง 2 กลุ่ม ถูกทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างทางสถิติโดยใช้ Student's t-tests , Chi-square หรือ Fisher's exact ซึ่งจะถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ P-value < 0.05 และคำนวณค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk) ของการเกิดการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่มีระดับ MSAFP > 2.0 MoM โดยมีความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการวิจัย (Result)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบข้อมูลทางสถิติของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 1,602 รายที่เข้ามาใช้บริการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ของทารกในครรภ์ในช่วงไตรมาสสองที่มี 1,580 รายที่มีการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องและทราบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยส่วนใหญ่ที่ถูกคัดออกจากการศึกษาก็เนื่องมาจากข้อมูลไม่ครบถ้วนทั้งด้านมารดาและทารก บางรายยังดำเนินการตั้งครรภ์อยู่ขณะที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็นกลุ่มที่ระดับ MSAFP < 2.0 MoMทั้งสิ้น 1,429 ราย คิดเป็น 90.44% และกลุ่มที่ระดับ MSAFP > 2.0 MoM 151 ราย คิดเป็น 9.56%



ข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ทั้งสิ้น 1,580 รายได้ถูกวิเคราะห์ในด้านข้อมูลพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุของสตรีตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ขณะที่มาเจาะเลือดในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์ขณะคลอด ในกลุ่มที่ระดับ $MSAFP \geq 2.0$ MoM มีค่าน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือในกลุ่มที่ระดับ $MSAFP \geq 2.0$ MoM อายุครรภ์เฉลี่ยขณะคลอด เท่ากับ 36.3 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มที่มีระดับ $MSAFP < 2.0$ MoM อายุครรภ์เฉลี่ยขณะคลอดอยู่ที่ 38.1 สัปดาห์ ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของข้อมูลพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์

ข้อมูล	$MSAFP < 2.0$ MoM	$MSAFP \geq 2.0$ MoM	P-value
	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
อายุ (ปี)	30.9 $\pm$ 4.7	31.2 $\pm$ 4.7	0.295
อายุครรภ์ขณะเข้ารับ การเจาะเลือด (วัน)	86.7 $\pm$ 6.1	86.1 $\pm$ 5.9	0.054
อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์)	38.1 $\pm$ 2.6	36.3 $\pm$ 6.2	< 0.001

ผลการวิจัยหลักของการศึกษานี้คือ อัตราการเกิดการคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์โดยไม่ทราบสาเหตุในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับ $MSAFP < 2.0$ MoM และกลุ่มที่มีระดับ $MSAFP \geq 2.0$ MoM พบว่ากลุ่มที่มีระดับ $MSAFP \geq 2.0$ MoM มีอัตราการเกิดการคลอดก่อนกำหนด มากกว่าในกลุ่มที่ระดับ $MSAFP < 2.0$ MoM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังจะเห็นได้จาก อัตราการคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์ ในกลุ่มที่ระดับ $MSAFP \geq 2.0$ MoM กับในกลุ่มที่ระดับ $MSAFP < 2.0$ MoM มีค่าเท่ากับ 17.9% กับ 7.6% โดยมีค่า P-value < 0.001 และมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk) อยู่ที่ 2.366 ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงอัตราการคลอดก่อนอายุครรภ์ที่ 37 สัปดาห์ ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับ

$MSAFP \geq 2.0$ MoM และ $MSAFP < 2.0$ MoM

ข้อมูล	Preterm birth	Term birth	รวม
$MSAFP \geq 2.0$ MoM	27	124	151
$MSAFP < 2.0$ MoM	108	1,321	1,429
รวม	135	1,445	1,580

ตารางที่ 3 แสดงอัตราการคลอดก่อนอายุครรภ์ที่ 37 สัปดาห์ ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับ MSAFP ≥ 2.0 MoM และ MSAFP < 2.0 MoM

คลอดก่อน อายุครรภ์	MSAFP ≥ 2.0 MoM	MSAFP < 2.0 MoM	รวม (1,580)	P value	Relative risk (95% CI)
37 สัปดาห์	27 (17.9%)	108 (7.6%)	135 (8.5%)	< 0.001	2.366 (1.799-3.110)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ มีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอื่น ๆ ในต่างประเทศ^{6,7,8,9,10} ดังนั้นจึงเป็นข้อสนับสนุนให้การศึกษานี้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น เนื่องจากสามารถแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการคลอดก่อนกำหนด และระดับ MSAFP ที่มากกว่าค่าปกติได้อย่างแท้จริง ซึ่งการค้นพบนี้ถือว่าเป็นประโยชน์ในทางคลินิกเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคตที่มีการต่อยอดเพิ่มมากขึ้น การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาหนึ่งซึ่งเป็นหลักฐานที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกมาก จุดแข็งของการศึกษานี้คือ ได้มีการตั้งข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์บางกลุ่มออกจากการศึกษาเนื่องจากพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนดอยู่แล้ว ข้อจำกัดของการศึกษานี้ เนื่องจากรูปแบบการศึกษาเป็นแบบการศึกษาย้อนหลัง จึงมีความจำกัดในเรื่องของการเก็บข้อมูล ดังจะเห็นได้จากมีสตรีตั้งครรภ์หลายรายที่ถูกคัดออกจากการศึกษาเนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์บางอย่างที่เคยมีการศึกษาก่อนหน้าพบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับ MSAFP ที่สูงกว่าปกติ เช่น การเกิดครรภ์เป็นพิษ หรือภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์^{11, 12, 13, 14, 15} ไม่ได้ถูกวิเคราะห์ในครั้งนี้นี้ มิฉะนั้นอาจจะพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น เนื่องจากภาวะดังกล่าว มักจะตามมาด้วยข้อบ่งชี้ในยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนดอยู่แล้ว แต่เนื่องจากจุดประสงค์หลักของการศึกษา คือเพียงต้องการดูความสัมพันธ์ของระดับ MSAFP กับ การคลอดก่อนกำหนดที่ไม่ได้มีสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ จึงไม่นำข้อมูลดังกล่าวนี้มาวิเคราะห์ไปด้วยกัน

จากการศึกษา พบว่าอัตราการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ในกลุ่มที่มีระดับ MSAFP ≥ 2.0 MoM สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับ MSAFP < 2.0 MoM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.9% กับ 7.6%) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เท่ากับ 2.37 เท่า (P-value <0.001) ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่าระดับ MSAFP ≥ 2.0 MoM ควรได้รับการดูแลและเฝ้าระวังเพราะมีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งในอนาคตข้างหน้าอาจจะเป็นไปได้ว่าจะใช้ MSAFP เพื่อช่วยค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง และนำไปสู่

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนที่สุด

เอกสารอ้างอิง (References)

1. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กปี 2544-2546. กรมอนามัย; 2004.
2. Morris RK, Crossen JS, Langejans M, Robson SC, Kleijnen J, Riet Gt, et al. Serum screening with Down's syndrome markers to predict preeclampsia and small for gestational age: systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2008; 8: 33.
3. GERALD J. Biological Roles of Alpha-Fetoprotein during pregnancy and perinatal development. Exp Biol Med 2004; 229: 439-63.
4. Hay DM, Forrester PI, Handcock RL, Larscheider FL. Maternal serum alpha-fetoprotein in normal pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 1976; 83: 534-8.
5. Merkatz IR, Nitowsky HM, Macri JN, Johnson WE, An association between low maternal serum alpha-fetoprotein and fetal chromosomal abnormalities. Am J Obstet Gynecol 1984; 148:886-91.
6. Simpson JL, Palomaki GE, Mercer B, Haddow JE, Andersen R, Sibai B, Elias S: Associations between adverse perinatal outcome and serially obtained second and third trimester maternal serum alpha-fetoprotein measurements. Am J Obstet Gynecol 1995; 173(6):1742-8.
7. Brock DJH. Alpha-fetoprotein and acetylcholinesterase. In : Brock DJH, Rodeck CH, Ferguson-smith MA, editors. Prenatal diagnosis and screening. London: Churhill Livingtone; 1992: 159-68.
8. Ward K. Genetics and prenatal diagnosis. In : Scott JR, Disaia PJ, Hammand CB, Spellacy WN, editors. Danforth's obstetrics and gynecology. 7th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1994: 201-24.
9. Burton BK: Outcome of pregnancy in patients with unexplained elevated or low levels of maternal serum alpha fetoprotein. Obstetrics & Gynecology 1988; 72(5):709-13.
10. Bernstein IM, Barth RA, Miller R, Capeless EL: Elevated maternal serum alpha-fetoprotein association with placental sonolucencies, fetomaternal hemorrhage, vaginal bleeding, and pregnancy outcome in the absence of fetal anomalies. Obstet Gynecol 1992; 79(1): 71-4.

11. Cox MU, Kingdom J, Whittle M, McNay M, Fleming J, Bowman A, Crossley J, Aitken D: Unexplained increase in maternal plasma in alpha-fetoproteins in the second trimester of pregnancy: perinatal results. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1995; 60(3): 174-80.
12. Akinbiyi AA: Unexplained elevated maternal serum alpha-fetoprotein in singleton pregnancies as a predictor of fetal risk. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 53(1):17-21.
13. Krause TG, Christens P, Wohlfahrt J, Lei U, Westergaard T, Nrgaard-Pedersen B, et al. Second trimester maternal serum alpha-fetoprotein and risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2001; 97:277-82.
14. Duric K, Skrablin S, Lesin J, Kalafatic D, Kuvacic I, Suchanek E: Second trimester total human chorionic gonadotropin, alpha-fetoprotein and unconjugated estriol in predicting pregnancy complications other than fetal aneuploidy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 110(1): 12-5.
15. Kiran TS, Bethel J, Bhal PS: Correlation of abnormal second trimester maternal serum alpha- fetoprotein (MSAFP) levels and adverse pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25(3): 253-6.

เล่า พัฒนา EF

(อ่าน / ชวนคุยชวนคิด)



- ฟังลูกให้มองหน้า สบตาในการสื่อสาร
- ฟังลูกให้เป็น ฟังอย่างตั้งใจ ชื่นชม ใจกว้างใจ ปลอดภัยเสียใจ
- โต้ตอบ พูด-คุยกับลูก
- เปิดเพลงบรรเลงให้ลูกฟัง
- อ่านหนังสือกับลูก
- ให้ลูกมีส่วนร่วม ในการเล่าลำดับ
เรื่องราว และหัดเล่านิทานเอง
- ตั้งคำถามชวนลูกคิดหาคำตอบ
- สร้างนิยัรักการอ่านให้ลูก
ใช้นิทานเป็นสื่อ
ในการสร้างทัศนคติ
พฤติกรรมที่พึงประสงค์
- เชื่อมโยงการอ่านสู่การทำ
กิจกรรมสนุกอื่นๆ



ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ผลิต/เผยแพร่ : กลุ่มพัฒนาวิชาการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

สร้างเกราะป้องกัน
ไวรัส'โควิด-19'
สวมหน้ากากอนามัย



ต้องสวมหน้ากาก
อนามัย



ทุกครั้งเมื่ออยู่ในแหล่งชุมชนหรือพื้นที่เสี่ยง
โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ
เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่เชื้อผู้อื่น



ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ผลิต/เผยแพร่ : กลุ่มพัฒนาวิชาการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ





กรมอนามัย
ศูนย์อนามัย ๒

COVID-19 รู้ทันป้องกันได้

SOCIAL DISTANCING — @ H O M E —

ข้อควรทำ  เมื่อ(จำเป็น)  ต้องห่าง



ทำความสะอาดที่พัก



แยกของใช้ส่วนตัว



หมั่นดูแล
ความสะอาด
ของร่างกาย



กินอาหารปรุงสุก



ปิดปาก/จมูก
ด้วยทิชชูทุกครั้ง
เมื่อ ไอ จาม



ปิดฝาทุกครั้ง
ก่อนกดชักโครก



อ่านความรู้เพิ่มเติมได้ที่

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ผลิต/เผยแพร่ : กลุ่มสื่อสารประชาสัมพันธ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10

WORK FROM HOME อย่างไรให้แข็งแรง



กินร้อนช้อนกลางส่วนตัว



ล้างมือบ่อยๆ



นอนให้เป็นเวลา
พักผ่อนให้เพียงพอ



ดื่มน้ำเปล่าอย่าง
น้อยวันละ 1.5 ลิตร



ออกกำลังกายในบ้าน
หรือวิ่งในบริเวณบ้าน



สวมหน้ากากอนามัย
เว้นระยะห่างกับ
บุคคลในบ้าน



อ่านความรู้เพิ่มเติมได้ที่

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ผลิต/เผยแพร่ : กลุ่มสื่อสารประชาสัมพันธ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

5 ล

ลดความเสี่ยง เลี่ยง COVID-19
จากการบริโภคน้ำในชีวิตประจำวัน



1. เลือก

น้ำดื่มบรรจุขวดมีเครื่องหมาย อย.

XX-X-XXXXX-X-XXXX

น้ำประปา
ใส มีกลิ่นคลอรีนอ่อนๆ



น้ำตู้หยอดเหรียญ
จากตู้ที่สะอาด เปลี่ยนไส้กรองตามกำหนดเวลา

3. ลด

ลดการสัมผัสจุดที่สัมผัสน้ำ
เช่น ถือก้นน้ำดื่ม พื้นผิวภายในภาชนะ
หากต้องสัมผัส เช่น เปลี่ยนก้นน้ำ
ควรล้างมือหรือใช้แอลกอฮอล์เจลก่อน



1 เมตร



ลดความใกล้ชิด เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร
หากต้องรอใช้บริการ เช่น รอกดน้ำ

2. ล้าง



ล้างภาชนะที่ใช้บรรจุหรือดื่มน้ำให้สะอาด
ล้างทั้งภายนอกและภายใน
ล้างภาชนะใช้ดื่มน้ำทุกครั้งหลังใช้แล้ว
หลังจากการล้างควรทำการฆ่าเชื้อโรค
เช่น การต้มน้ำเดือด การแช่ในน้ำคลอรีน
100 ppm. นาน 2 นาที หรือ 200 ppm. นาน 1 นาที



4. เลี่ยง

เลี่ยงการใช้บริการน้ำดื่มร่วมกัน
โดยเตรียมน้ำดื่มใส่ภาชนะบรรจุเฉพาะตนเอง
เลี่ยงความสับสน โดยทำสัญลักษณ์หรือเขียนชื่อ
บนภาชนะน้ำดื่มของตนเอง ไม่ให้ปะปนกับของผู้อื่น



5. เลิก

เลิกใช้ภาชนะดื่มน้ำร่วมกัน
ควรใช้ภาชนะสำหรับดื่ม เช่น แก้ว จอก ขัน
ส่วนตัว หรือแบบใช้ครั้งเดียว
เลิกทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับน้ำบริโภค
หากมีไข้ น้ำมูก ไอ จาม



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ

อ่านความรู้เพิ่มเติม <https://multimedia.anamai.moph.go.th/>

เผยแพร่ : 15 เม.ย. 2563





4จุดเสี่ยง ต้องสะอาด...บนแท็กซี่



ที่จับบริเวณประตู



ที่จับเหนือหัวผู้โดยสาร



กระจกภายในรถ



ที่วางแขน

วิธีทำความสะอาด

เช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ หรือน้ำยาทำความสะอาด
และแอลกอฮอล์ 70% ที่สามารถทำลายเชื้อไวรัสได้



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

อ่านความรู้เพิ่มเติม www.multimedia.anamai.moph.go.th | เผยแพร่ : 3 ก.พ. 2563 |    

การป้องกัน ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับเด็กวัยเรียน

1. ถ้ามีอาการไอ จาม เป็นหวัด
มีไข้ หรือหายใจเหนื่อยหอบ
ให้หยุดเรียน



2. หลีกเลี่ยง/ไม่อยู่ใกล้ชิด
ผู้ที่มีอาการไข้ ไอ จาม
มีน้ำมูก



3. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำบ่อย ๆ
หรือเจลแอลกอฮอล์



ล้างมือ
ก่อนรับประทานอาหาร
และหลังใช้ส้วม



หลีกเลี่ยง
การใช้มือสัมผัสใบหน้า
ตา ปาก จมูก

4. กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่



5. มีอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัว



ช้อน ส้อม



แก้วน้ำ/กระบอกน้ำ



ผ้าเช็ดหน้า/ผ้าเช็ดตัว



แปรงสีฟัน/ยาสีฟัน

6. หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด
หรือสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก
หากจำเป็นควรสวมหน้ากาก



7. ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง



กินอาหารครบ 5 หมู่
และผัก ผลไม้ 5 สี
เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน



ออกกำลังกาย
อย่างน้อย 60 นาที ทุกวัน



นอนหลับให้เพียงพอ
9-11 ชั่วโมง/วัน

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดี



จัดทำโดย Cluster วัยเรียนวัยรุ่น กรมอนามัย <http://nutrition.anamai.moph.go.th>
เผยแพร่ วันที่ 24 มีนาคม 2563



การป้องกัน ไวรัสโคโรนา 2019

(COVID-19) สำหรับครู ผู้ดูแลนักเรียน

1.

คัดกรองเด็กก่อนเข้าโรงเรียน
หากพบ มีอาการไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก
หายใจเหนื่อยหอบ ให้ผู้ปกครองรับกลับไปพบแพทย์



2.

ให้ความรู้ คำแนะนำ และจัดหาสื่อ
ประชาสัมพันธ์การป้องกันและลดความเสี่ยง
จากการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19

วิธีการล้างมือที่ถูกต้อง 

 การใส่หน้ากาก

สื่อ/คำแนะนำในการปฏิบัติตัว

3.

ส่งเสริมการล้างมืออย่างถูกวิธีด้วยน้ำและสบู่บ่อยๆ
หรือเจลแอลกอฮอล์

 **ล้างมือ**
ก่อนรับประทานอาหาร
และหลังใช้ส้วม

 หลังเล่นกับเพื่อน/
กลับจากนอกบ้าน

 หลีกเลี่ยงการใช้มือ
สัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก

4.

ส่งเสริมให้นักเรียนมีของใช้ส่วนตัว
ไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่น

 แปรงสีฟัน/ยาสีฟัน

 ผ้าเช็ดหน้า/
ผ้าเช็ดตัว

 อุปกรณ์รับประทานอาหาร

 แก้วน้ำ

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย Cluster วัยเรียนวัยรุ่น กรมอนามัย <http://nutrition.anamai.moph.go.th>
เผยแพร่ วันที่ 24 มีนาคม 2563





แนวทางปฏิบัติ สถานดูแลผู้สูงอายุ ในสถานการณ์ COVID-19

สถานที่



จัดให้มีจุดคัดกรอง
และจุดบริการ
เจลแอลกอฮอล์



หมั่นทำความสะอาด
สถานที่ อุปกรณ์ของต่างๆ
โดยเฉพาะจุดเสี่ยง
ส้วม ราวจับ จุดที่มีการสัมผัส



งดหรือหลีกเลี่ยง
การจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม
ถ้าจำเป็นควรมีระยะห่าง 1-2 เมตร



ทำความสะอาดของบริจาค
ก่อนนำมาใช้งาน

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล



ทุกครั้งปฏิบัติหน้าที่
สวมหน้ากากผ้า

ดูแลความสะอาด
ร่างกายและหมั่นล้างมือ

หากพบมีอาการไอ จาม มีน้ำมูก
หรือเหนื่อยหอบ หยุดปฏิบัติหน้าที่
และให้ปรึกษาแพทย์

ผู้สูงอายุ



มีของใช้ประจำตัว แยกกับผู้อื่น
เช่น จาน ช้อน แก้วน้ำ เป็นต้น



สวมหน้ากากผ้า
เป็นประจำ



หากมียาประจำตัว
สังเกตวันหมดอายุ

ผู้ดูแล ผู้สุงวัย และผู้เข้าพบ
เสี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดในระยะประชิด
ควรมีระยะห่าง 1-2 เมตร

หากพบมีอาการไอ จาม มีน้ำมูก
เหนื่อยหอบ ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุภาพดี

สถานกักกันโรค
รับความรู้เรื่อง COVID-19





9 ข้อ ร้านสะดวกซื้อ...สะดวกง่าย ปลอดภัย "โควิด-19"



1. มีจุดคัดกรอง



2. มีจุดบริการ
เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ



3. เว้นระยะห่างระหว่าง
บุคคลอย่างน้อย 1-2 ม.



4. ทำความสะอาดจุด
สัมผัสร่วมกับส้วม

5. จัดวางสินค้าเป็นหมวดหมู่
ตามประเภทของสินค้า และทำ
ระบบ First In First Out



6. อาหารสดจัดเก็บ
ในอุณหภูมิที่เหมาะสม



7. อาหารปรุงสำเร็จมีการ
ปกปิด ปิดฉลากข้อมูล
แสดงวันหมดอายุชัดเจน



8. หมั่นล้างมือบ่อยๆ



9. สวมหน้ากากผ้า/หน้ากาก
อนามัย ทั้งผู้ซื้อและผู้ขาย



ข้อมูลโดย : สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จัดทำเมื่อ 02 เมษายน 2563



1422
สายด่วน



THAI STOP COVID



กรมอนามัย
Ministry of Health



กรมอนามัย
Ministry of Public Health



อย่าเพิ่งเปิดร้าน!!! หากคุณยังไม่ผ่าน ประเมินตาม Platform นี้ของกรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 ขอเชิญชวนหน่วยงานราชการ สถานประกอบการ ประชาชนรวม
พลังป้องกันโรค COVID-19 ด้วยการประเมินการจัดสถานที่การทำความสะอาด เพื่อ
ป้องกันยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ผ่านแพลตฟอร์ม THAI STOP COVID
<https://stopcovid.anamai.moph.go.th/>

ขั้นตอน



1. การลงทะเบียน
สถานประกอบการ



2. เลือกประเภท
สถานประกอบการ



3. เสร็จสิ้นการ
แพลตฟอร์ม



4. บันทึก
แพลตฟอร์ม

5. ระบบตรวจสอบ QR Code
รับรองมาตรฐาน ทาง MoH

6. สถานประกอบการได้รับ
ใบประกาศนียบัตร



เพิ่ม QR Code
ไว้ที่สถานประกอบการ

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี



ผลิตเผยแพร่ : กลุ่มสื่อสารประชาสัมพันธ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย

อำนาจหน้าที่
เผยแพร่ : เมษายน 2563



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

45 หมู่ 4 ถ.สถลมารค ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

โทร 045-251267-9

