

ความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด-19 อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
Health literacy and factors associated with quality of life of village
health volunteers in situation of COVID-19
Mueang Ubon Ratchathani district, Ubon Ratchathani province

วงศ์ธร อ่อนศรีบุตร

Wongsathorn Onsribut

นิยม จันทร์นวล*

Niyom Junnual*

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

College of Medicine and Public Health,

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Ubon Ratchathani University

*Corresponding Author: Niyom.j@ubu.ac.th

Received: January 27,2023 Revised: April 21,2023 Accepted: April 21,2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 428 คน ได้จากวิธีสุ่มอย่างง่าย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค ระหว่าง 0.73-0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอผลค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) ช่วงเชื่อมั่น 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.8 มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 68.2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ ($OR_{adj} = 0.34, 95\% CI: 0.16 - 0.90$) การรับรู้บทบาทของ อสม. ($OR_{adj} = 3.01, 95\% CI: 1.65-5.51$) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($OR_{adj} = 4.25, 95\% CI: 2.60 - 6.93$) ดังนั้น ควรมุ่งเน้นการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ อสม. โดยส่งเสริมการรับรู้บทบาทและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสำหรับการปฏิบัติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), โรคโควิด-19

Abstract

This cross-sectional analytical study was to study health literacy and factors associated with quality of life of village health volunteers in the situation of the coronavirus disease 2019 epidemic, Mueang Ubon Ratchathani District Ubon Ratchathani Province. Data were collected from 428 village health by using simple random sampling. A questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient between 0.73 – 0.80 was used. Data were analyzed using the descriptive and inferential statistics with multiple logistic regression and value presented as an adjusted odds ratio (OR_{adj}), 95%CI and the statistical significance level at 0.05. The results showed that 56.8% of the samples had health literacy on coronavirus disease 2019 was high level 68.2% was good quality of life of and the factors significantly related to quality of life ($p < 0.05$) were sex ($OR_{adj} = 95\%$, 34.0 CI: 0.16 – 0.90), perception of the role of villagers ($OR_{adj} = 95\%$, 01.3 CI: 1.65 – 5.51), Performance Motivation ($OR_{adj} = 95\%$, 25.4 CI: 2.60 – 6.93). Therefore, it should focus on improving the quality of life of village health volunteers by promoting role perception and motivation to work for practice in the new situation of epidemic or re-emerging diseases in the future.

Keywords: Health literacy, Quality of life, Village health volunteers, COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไวรัสอุบัติใหม่ที่พบมีการระบาดเริ่มจากประเทศจีน โดยเริ่มจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 สำนักงานสาธารณสุขเมืองอู่ฮั่นได้ออกประกาศเป็นทางการว่า พบโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุสามารถแพร่กระจายการติดเชื้อจากคนสู่คนผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol) แล้วแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก⁽¹⁾ ทั้งนี้จากการระบาดหนักของโรคโควิด-19 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้มีมาตรการและแนวทางในการป้องกัน ควบคุมการระบาดของโรค โดยในระดับบุคคลได้ประชาสัมพันธ์ให้คนทั่วโลกดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายและมักมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยได้ใช้หลายมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เช่น ประกาศพระราชกำหนดการบริหารในสถานการณ์ฉุกเฉิน พร้อมรณรงค์ให้ประชาชนดำเนินชีวิตความปกติใหม่ (New normal) ตาม 5 มาตรการหลัก คือ การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือ

บ่อย ๆ ไม่ไปในที่ชุมชนแออัด และทำความสะอาดพื้นผิว โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสำคัญต่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในพื้นที่เป็นผู้นำในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่⁽³⁾ โดยสาเหตุมาจาก อสม. ได้รับความรุนแรงของโรคทำให้เกิดความตระหนักถึงปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้น⁽⁴⁾ การที่ อสม. จะสามารถปฏิบัติภารกิจด้านการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานของอสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เป็นต้น⁽³⁾ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ โดยบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูล การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ และการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม⁽⁵⁾

นอกจากการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. แล้ว คุณภาพชีวิตถือเป็นสิ่งสำคัญที่อาจมีผลกระทบจากการใช้ชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล ซึ่งคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตนภายใต้บริบทวัฒนธรรมและสังคม ประกอบด้วย 4 มิติ คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อม⁽⁶⁾ ทุกคนจึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่เสมอ เพราะการที่องค์กรมีบุคลากรที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่ากับเป็นการสร้างคุณภาพ และประสิทธิภาพงานในองค์กร การที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีก่อนจึงจะนำมาปฏิบัติ และสามารถถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นได้เพื่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน⁽⁷⁾ ทั้งนี้ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 อสม. เป็นผู้ที่มีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชนโดยเป็นด่านหน้าร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หาก อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงาน รับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมในขณะที่ปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้วางแผนดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ และเป็นแนวทางพัฒนาการคุณภาพชีวิตของ อสม. ในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 และคุณภาพชีวิตของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม 2564 – 15 ตุลาคม 2565 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) **ประชากรศึกษา** คือ อสม. ในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 2,582 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี (2) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ได้ยิน และการพูด (3) เป็น อสม. ไม่ต่ำกว่า 1 ปี (4) ยินยอมตอบแบบสอบถาม และเกณฑ์คัดออก คือ (1) ลาออกจากความเป็น อสม. (2) ย้ายถิ่นฐาน และไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล (3) ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และยังอยู่ระหว่างการรักษา (4) เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับการกักตัว

2) **กลุ่มตัวอย่าง** คือ อสม. ในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G *Power⁽⁸⁾ กำหนดระดับนัยสำคัญ

(α) = 0.05 ขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.50, Power ($1 - \beta$ err prob) = 0.80⁽⁹⁾ Pr (Y=1|X=1) H0 = 0.2 , Tail(s) Two, Odds ratio = 2.39, R² other X= 0, X distribution = Binomial, X parm π = 0.5 ได้ตัวอย่างอย่างน้อย 214 คน และคำนวณถึงค่า effect size (f²) สำหรับสถิติ Regression Analysis⁽⁹⁾ เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 428 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากรายชื่อ อสม. เพื่อรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ส่วน จำนวน 99 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ บุคคลในครอบครัวเคยป่วยโรคโควิด-19 ตำแหน่งในกลุ่ม อสม. การได้รับวัคซีน การผ่านอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน และโรคประจำตัว โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตั้งแต่ 0.50

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสารสุขภาพ 4) ทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง⁽⁷⁾ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด คะแนนเต็ม 130 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ⁽¹⁰⁾ คือ

มาก (99-130 คะแนน) ปานกลาง (63-98 คะแนน) น้อย (25-62 คะแนน) โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตั้งแต่ 0.50 ความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้บทบาท อสม. จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด คะแนนเต็ม 50 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ⁽¹⁰⁾ คือ มาก (38-50 คะแนน) ปานกลาง (24-37 คะแนน) น้อย (10-23 คะแนน) โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตั้งแต่ 0.50 ความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด คะแนนเต็ม 50 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ⁽¹⁰⁾ คือ มาก (38-50 คะแนน) ปานกลาง (24-37 คะแนน) น้อย (10-23 คะแนน) โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตั้งแต่ 0.50 ความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนนเต็ม 50 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ⁽¹⁰⁾ คือ ดี (38-50 คะแนน) ปานกลาง (24-37 คะแนน) ต่ำ (9-23 คะแนน) โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตั้งแต่ 0.50 ความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.73

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย⁽¹¹⁾ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเต็ม 130 คะแนน แปลผลเป็น 2 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตดี (96-130 คะแนน) คุณภาพชีวิตไม่ดี (26-95 คะแนน) โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตั้งแต่ 0.50 ความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้บทบาท อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ กับตัวแปรตามที่หลายตัวแปร โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) เทคนิคการนำตัวแปรเข้าแบบ Enter selection และควบคุมตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 จาก Univariate โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) ลงใน Model กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม ประสานกลุ่มตัวอย่างผ่านเจ้าหน้าที่สถานบริการในพื้นที่ โดยนับรวมกลุ่มตัวอย่างที่สถานบริการ ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายรายละเอียดข้อคำถามในแบบสอบถาม และการตอบรับยินยอมให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาทีต่อคน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-68/2565 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2565 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 428 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.9 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 61.0 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 76.2 จบการศึกษาต่ำกว่าหรือเทียบเท่ามัธยมต้นร้อยละ 60.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 46.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 - 5,000 บาทร้อยละ 65.4 ระยะเวลาการเป็นอสม. อยู่ในช่วง 1 - 10 ปี ร้อยละ 85.2 โดยมีครัวเรือนที่รับผิดชอบ 9 - 16 หลังคาเรือนร้อยละ 72.4 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 75.9 ในครอบครัวไม่เคยมีผู้ป่วยด้วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 64.5 ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3 เข็ม ร้อยละ 66.1 มากกว่าครึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ระดับมากร้อยละ 56.8 มีการรับรู้บทบาทของ อสม. ระดับมากร้อยละ 80.8 มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับมากร้อยละ 66.1 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับดีร้อยละ 96.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปและคุณภาพชีวิต (n = 428 คน)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตดี	คุณภาพชีวิตไม่ดี	รวม
	n=292	n= 136	n= 428
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
- ชาย	44 (84.6)	8 (15.4)	52 (12.1)
- หญิง	128 (66.0)	248 (34.0)	376 (87.9)
อายุ (mean= 52.30, S.D.= 10.08, min = 28, max = 81)			
- ≤ 39 ปี	39 (66.1)	20 (33.9)	59 (13.8)
- 40 - 59 ปี	188 (72.0)	73 (28.0)	264 (61.0)
- 60 ปีขึ้นไป	65 (15.)	43 (10.0)	108 (25.2)
สถานภาพสมรส			
- โสด/หย่า/ม้าย	59 (69.4)	26 (30.6)	85 (19.8)
- สมรส	226 (69.3)	100 (30.7)	326 (76.2)
- คู่แต่แยกกันอยู่	7 (41.2)	10 (58.8)	17 (4.0)
ระดับการศึกษา			
- ต่ำกว่าหรือเทียบเท่ามัธยมต้น	176 (67.7)	84 (32.3)	260 (60.7)
- มัธยมปลายขึ้นไป	116 (69.0)	52 (31.0)	168 (39.3)
อาชีพ			
- เกษตรกรรม	141 (70.5)	59 (29.5)	200 (46.7)
- ค้าขาย	32 (69.6)	14 (30.4)	46 (10.7)
- รับจ้าง	94 (63.5)	54 (36.5)	148 (34.6)
- ธุรกิจส่วนตัว	25 (73.5)	9 (36.5)	34 (7.9)
รายได้ต่อเดือน (mean= 5213.08, S.D.= 3861.48, min = 1,000, max = 36,000)			
- 1,000 - 5,000 บาท	187 (66.8)	93 (33.2)	280 (65.4)
- 5,001 - 10,000 บาท	79 (68.1)	37 (31.9)	116 (27.1)
- 10,001 - 14,999 บาท	12 (85.7)	2 (14.3)	14 (3.3)
- 15,000 บาทขึ้นไป	14 (77.8)	4 (22.2)	18 (4.2)
ระยะเวลาการเป็น อสม. (mean= 11.57, S.D.= 7.77, min = 2, max = 34)			
- 1 - 10 ปี	168 (67.5)	81 (32.5)	249 (85.2)
- 11 - 20 ปี	88 (67.2)	43 (32.8)	131 (30.6)
- 21 ปีขึ้นไป	36 (75.0)	12 (25.0)	48 (11.2)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตดี	คุณภาพชีวิตไม่ดี	รวม
	n=292	n= 136	n= 428
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ (mean= 14.41, S.D.= 5.589, min = 4, max = 39)			
- ≤8	7 (53.8)	6 (46.2)	13 (3.0)
- 9 – 16	211 (68.1)	99 (31.9)	310 (72.4)
- 17 ขึ้นไป	74 (70.5)	31 (29.5)	105 (24.5)
โรคประจำตัว			
- มี	76 (37.8)	27 (26.2)	103 (24.1)
- ไม่มี	216 (66.5)	109 (33.5)	325 (75.9)
คนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคโควิด-19			
- เคยป่วย	107 (70.4)	45 (29.6)	152 (35.5)
- ไม่เคยป่วย	185 (67.0)	91 (33.0)	276 (64.5)
การได้รับวัคซีนโควิด-19			
- ยังไม่ได้รับวัคซีน	2 (100)	0 (0)	2 (0.5)
- ได้รับ 1 เข็ม	1 (100)	0 (0)	1 (0.2)
- ได้รับ 2 เข็ม	74 (70.5)	31 (33.4)	105 (24.5)
- ได้รับ 3 เข็ม	193 (68.2)	90 (31.8)	283 (66.1)
- ได้รับ 4 เข็ม	22 (59.5)	15 (11.8)	37 (8.6)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19			
- ระดับมาก	187 (77.0)	56 (23.0)	243 (56.8)
- ระดับปานกลาง	105 (56.8)	80 (43.2)	185 (43.2)
การรับรู้บทบาทบทบาท อสม.			
- ระดับมาก	264 (76.3)	82 (23.7)	346 (80.8)
- ระดับปานกลาง	28 (34.1)	54 (65.9)	82 (19.2)
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน			
- มาก	232 (82.0)	51 (18.0)	283 (66.1)
- ระดับปานกลาง	60 (41.4)	85 (58.6)	145 (33.9)
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19			
- ระดับดี	288 (69.6)	131 (3.04)	414 (96.7)
- ระดับปานกลาง	4 (9.6)	10 (4.4)	14 (3.3)

2. กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากร้อยละ 56.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลางร้อยละ 43.2 และพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 98.1 และ 60.0

ตามลำดับ) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการจัดการตนเอง อยู่ในระดับระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.5, 57.0, 55.6 และ 53.3 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 (n = 428)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	243 (56.8)	185 (43.2)	0
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ	420 (98.1)	6 (1.4)	0.5) 2)
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ	35.3) 151)	64.5) 276)	0.2) 1)
ทักษะการสื่อสาร	184 (43.0)	57.0) 244)	0
ทักษะการตัดสินใจ	60.0) 257)	40.0) 171)	0
ทักษะการจัดการตนเอง	46.7) 200)	53.3) 288)	0
ทักษะความรู้เท่าทันสื่อ	44.2) 189)	55.6) 238)	0.2) 1)

3. กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 68.2 และพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ

73.4 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 60.0 และคุณภาพชีวิตที่ดีด้านจิตใจร้อยละ 55.1 และกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตไม่ดีด้านร่างกายร้อยละ 54.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 428)

คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตดี	คุณภาพชีวิตไม่ดี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	292 (68.2)	136 (31.8)
ด้านร่างกาย	195 (45.6)	233 (54.4)
ด้านจิตใจ	236 (55.1)	192 (44.9)
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	257 (60.0)	171 (40.0)
ด้านสิ่งแวดล้อม	314 (73.4)	26.6) 114)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ อสม. พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ มีเพียง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) ได้แก่ เพศ โดยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีน้อยกว่าเพศชาย 66% ($OR_{adj} = 0.34, 95\% CI: 0.16 - 0.90$) ตัวแปรการรับรู้บทบาทของ อสม. ในระดับมากมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็น

3.01 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับการรับรู้บทบาทของ อสม. ในระดับปานกลาง ($OR_{adj} = 3.01, 95\% CI: 1.65 - 5.51$) และตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับมากมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็น 4.25 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับการแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง ($OR_{adj} = 4.25, 95\% CI: 2.60 - 6.93$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับคุณภาพชีวิตของ อสม. การวิเคราะห์ Multivariable logistic regression (n = 428)

ปัจจัย	OR _{Crude}	OR _{Adjusted}	95%CI	P-value
เพศ				
- ชาย	Ref.			
- หญิง	0.28	0.34	0.16 - 0.90	0.02
โรคประจำตัว				
- ไม่มี	Ref.			
- มี	0.70	1.56	2.81-0.87	0.14
ตำแหน่งในกลุ่ม อสม.				
- ไม่มีตำแหน่ง	Ref.			
- มีตำแหน่ง	2.14	1.36	2.78-0.66	0.39
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19				
- ระดับมาก	0.39	0.62	1.02-0.38	0.60
- ระดับปานกลาง	Ref.			
การรับรู้บทบาทบทบาท อสม.				
- มาก	6.20	3.01	5.51 - 1.65	<0.001
- ปานกลาง	Ref.			
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน				
- มาก	6.44	4.25	6.93 - 2.60	<0.001
- ปานกลาง	Ref.			
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19				
- ระดับดี	5.71	3.75	14.81-0.95	0.59
- ระดับปานกลาง	Ref.			

อภิปราย

ความรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับหลายงานวิจัยในประเทศ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ ที่พบ อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี แต่แตกต่างจากการศึกษาของกัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทน์วล⁽¹⁷⁾ ที่พบความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชนจังหวัดมุกดาหารในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นช่วงที่รัฐบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ได้รณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้และแนวทางปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคที่ดีด้วย สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D.⁽¹⁸⁾ ที่ว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับดีด้วยหรือสามารถป้องกันโรคได้

คุณภาพชีวิตของ อสม. อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับหลายงานวิจัยในประเทศ⁽¹²⁻¹³⁾ ที่พบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี แต่แตกต่างจากการศึกษาของเขมิกา สมบัติโยธา และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย บูรณาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนอย่างต่อเนื่องกว่า 4 ปี ภายใต้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ส่งผลให้เกิดวัฒนธรรม “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ระดับเขต (พขอ./พชช.) ขับเคลื่อนให้ประชาชนดูแลตนเองอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ใน

ช่วงสถานการณ์โรคโควิด 19 พขอ. ยังมีส่วนสำคัญในการป้องกันและการควบคุมโรคในพื้นที่ สร้างการรับรู้ และความเข้าใจในการป้องกันโรคให้กับคนในชุมชน นำไปสู่การสร้างคุณภาพชีวิตวิถีใหม่

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ 1) เพศ โดยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีน้อยกว่าเพศชาย สอดคล้องกับนัสสมล บุตรีพิเศษ และอุปรีษฐา อินทรสาด⁽¹⁹⁾ เนื่องจากเพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพของบุคคลในสังคม เพศหญิงถูกกำหนดบทบาทให้เป็นแม่บ้าน และเลี้ยงดูบุตร ส่วนเพศชายมีหน้าที่หลักในการดูแลครอบครัว บ่งบอกถึงความสามารถทางด้านร่างกายมากกว่าเพศหญิง จึงส่งผลถึงคุณภาพชีวิต 2) การรับรู้บทบาทของ อสม. ในระดับมากมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็น 3.01 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ซึ่ง อสม. เป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้า และมีพลังที่สำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน การรับรู้บทบาทของตนเองที่ชัดเจนจึงมีความสำคัญ โดย อสม. ทำหน้าที่หลักในการแจ้งข่าวสาร และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง รวมไปถึงการรายงานผลการดำเนินงานในพื้นที่ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยในประเทศ^(4,20) 3) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับมากมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็น 4.25 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง สอดคล้องกับหลายงานวิจัยในประเทศ⁽²¹⁻²²⁾ พบว่าแรงจูงใจในการทำงานด้านสาธารณสุขมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากแรงจูงใจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความพอใจที่จะทำงาน ทำให้คนอยากทำงานด้วยความเต็มใจและมีความสุข อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรมีนโยบายหรือกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของ อสม. ให้ครอบคลุมทั้งในสถานการณ์ปกติ และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดแนวทางหรือกิจกรรมในการสร้างแรงจูงใจ และการรับรู้บทบาทให้กับ อสม. ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และประสิทธิภาพในการทำงานของ อสม.

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลจากการศึกษาไปพัฒนาประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ อสม. ในการทำงานในสถานการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของ อสม. เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต

3. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกถึงปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และสามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของ อสม. ในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน บุคลากรด้านสาธารณสุข และ อสม. ทุกคน ที่อนุเคราะห์ข้อมูลการวิจัย จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmune* 2020;109(26): 102-433.
2. World Health Organization. Origin of SARS-CoV-2. [Internet] 2020 [cited 2021 December 26]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQ-Virus-origin-2020.1-eng.pdf>
3. Aiamnui S. Factors influencing surveillance and prevention practices of COVID -19 among village health volunteers in Kongkrait district, Sukhothai province. *Thai Journal of Public Health and Health Education* 2021; 1(2): 75-90. (in Thai).
4. Chinnabutr W, Phakdisorawit N. The role of village health volunteers (vhvs) in preventing the Coronavirus 2019 (COVID-19) outbreak according to government policy of Mueang district Suphanburi province. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology* 2021; 6(2): 304-18. (in Thai).
5. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155: 97-107.

6. Trevittaya P. Concepts of quality of life. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci 2016; 49(2): 171-84. (in Thai).
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International; 2000;15(3): 259-67
8. Buchner, A. G*Power: Users guide-analysis by design. Web Page of Heinrich-HeineUniversität - Institut für experimentelle Psychologie. [Internet] 2010 [cited 2021 December 16]. Available from: <http://www.psychu.uniduesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3>
9. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1997.
11. Mongkol A, Wongpiromsarn Y, Tangseree T, Huttapanom W, Romsai P, Chutha W. The development and testing of Thai mental health indicator version 2007. J Psychiatr Assoc Thailand 2009; 54(3): 299 - 315. (in Thai).
12. Chaisuwanthavorn P, Niyomkij T, Thipsot S, Tagong W, Sotwitee S. Quality of life of grassroots economy people in Chanthaburi, Rayong and Trat provinces. Rajabhat Rambhai Barni research journal 2020; 16(1): 118 - 27. (in Thai).
13. Sonnoi A, Siripanus P, Piyanukool S. The development model for elders' quality of life in Buriram province. Academic Journal of Buriram Rajabhat University 2016; 8(2): 153 - 69. (in Thai).
14. Sombateyotha K, Yoosuk W, Turnbol N. Health behavior and quality of life of the elderly in Chiangyuen district, Mahasarakham province. J Sci Technol MSU 2019; 38(1): 47 - 59. (in Thai).
15. Thippawan C, Chanmanee P. A study of health literacy and health behavior of village health volunteers (VHV.). In the health zone that 11. [Internet] 2019 [cited 2022 January 5]. Available from: http://do11.new.hss.moph.go.th:8080/show_topic.php?id=12. (in Thai).
16. Meekaew E, Jaidee W, Sangjun S. Factors related to health literacy and self-protective behaviors on the Coronavirus-2019 infection disease surveillance of village health volunteers in Soi-Dao district, Chanthaburi province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2022; 32(1): 74 - 87. (in Thai).

17. Kotpan K, Junnua N. Associated between health literacy and Coronavirus Disease 2019 prevention behavior among people in Mukdahan province. The 16th National Academic Conference grants research during 11-12 July 2022 at Ubon Ratchathani University and Research and Innovation for Sustainable Development Goals in the Next Normal. p.148-60.[Internet] 2022 [cited 2022 Aug 18]. Available from: https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2022090115080291.pdf. (in Thai).
18. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008; 67(12): 2072-8.
19. Bootwisas N, Intarasat U. Factors contributing quality of life for elders: A studying case in Phra Nakhon Si Ayutthaya city, Phra Nakhon Si Ayutthaya province . *Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi, Nonthaburi Province* ; 2020. (in Thai).
20. Leklai J. Factors influencing the role of the participation in village health volunteers for the prevention and control of dengue hemorrhagic fever. *Journal of Public Health Nursing* 2016; 30(3): 132-44. (in Thai).
21. Wongprasit N. The achievement motive model of health volunteers of Sakaeo province, Thailand . *Silpakorn University Journal* 2015; 35(2): 45-67. (in Thai).
22. Potavech E. Factors affecting the work performance on basic public health of the village public health volunteers of Stichangmai district, Nongkhai province. *Rajabhat Maha Sarakham University Journal* 2008; 2(3): 265-73. (in Thai).