



วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566



1. การถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ: กรณีศึกษาอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย, ปองพล วรปานิและคณะ
2. ความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่, กรกัญจน์ จิตไศภิชฐ์
3. การศึกษาบทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่, เยาวเรศ บรรเลง
4. อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลศรี่ง อำเภอยะรังของ จังหวัดเขื่องราย สวัสดิ์ตรี เด็กคำและคณะ
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสถานะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอยะรัง จังหวัดนครสวรรค์, บุญรักษ์ พันธมิตรและคณะ
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอยะรัง จังหวัดนครสวรรค์, จิราพร สินธุพรหมและคณะ
7. การรับรู้ ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตก หกล้ม ของผู้สูงอายุ ตำบลนาเพียง อำเภอยะรัง จังหวัดขอนแก่น, คมสันต์ อ้นภักดีและคณะ
8. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย, พุฒิพงศ์ มากมายและคณะ



ฉบับเต็ม

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs>

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค นคร.2 พิษณุโลก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานควบคุมโรค
2. เพื่อเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อกลางการจัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งด้านสาธารณสุขทั่วไป
3. เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข

เจ้าของวารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกThe Office of Disease Prevention and Control Region 2

ที่ปรึกษา

น.พ.ศราวุธ อุตตมาภคพงศ์ อำนวยการฯ

ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น รองผู้อำนวยการฯ

บรรณาธิการ

ดร.ไพรัตน์ อ้นอินทร์

กองบรรณาธิการ

น.พ.พีริยะ วตะกุลสิน นายแพทย์ชำนาญการ

นางสาวทิพย์สุดา กองเนียม

กำหนดออกเผยแพร่ ปี ละ 3 ฉบับ (ส่งบทความล่วงหน้าก่อนตีพิมพ์ 3 เดือน)

ฉบับ ที่ 1 ม.ค.-เม.ย. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน ธ.ค.

ฉบับ ที่ 2 พ.ค.-ส.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน เม.ย

ฉบับ ที่ 3 ก.ย.-ธ.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือนส.ค.

เผยแพร่ทางช่องทางอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs>

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ดร.สุทิน อ่อนอุบล	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี
ผศ.ดร.ไพฑูรย์ สอนทน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
รศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อนุกุล มะโนทน	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.สมคิด จูหว่า	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.สุทธิชัย ศิรินวล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ดร.บุญเรือง คำศรี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร. นงนุช โอปะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จักรพันธ์ เพชรภูมิ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อภิชาติ วิทย์ตะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.สุทธิรัตน์ สิริศักดิ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. เสน่ห์ แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จิรโรจน์ ต่อสะสุกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. ภัทรพล มากมี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.เริงวิทย์ บุญโถม	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ. ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.กวินธร เสถียร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ชนันท์ กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุโขทัย
ดร.พนารัตน์ เจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราช
ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราช
นพ.วิทยา สวัสดิวิวัฒน์	นักวิชาการอิสระ
ดร.พงศ์พิชญ์ บุญดา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก
ผศ.ดร.ศิรินภา อายุยืน	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
ดร.กฤตน์ บริรักษ์วัฒน์	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
ทพญ.ดร.สุภาพร แสงอ่วม	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.พิสิษฐ์ พูลประเสริฐ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ดร.สุทิน อ่อนอุบล	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี
ผศ.ดร.ไพฑูรย์ สอนทน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
รศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อนุกุล มะโนทน	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.สมคิด จูหว้า	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.สุทธิชัย ศิรินวล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร.สุพรรณันท์ สิริศักดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
ผศ.ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการวิชาการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 ยินดีรับบทความวิจัย / สอบสวนโรค ที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค โรคติดต่อ โรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 จะต้องไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการรับพิจารณาเรื่องต้นฉบับตามลำดับก่อนหลังในระบบ ThaiJo

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร

1. เจ้าของบทความ ต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องตีพิมพ์ และต้องส่งเอกสารมายังกองบรรณาธิการ 1 ฉบับ ทางระบบ ThaiJo (<https://www.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs>) กองบรรณาธิการจะไม่รับพิมพ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง

2. กองบรรณาธิการพิจารณาเบื้องต้นว่าบทความอยู่ในขอบเขตของวารสารหรือไม่

3. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้องของบทความและตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมด้วยโปรแกรมอักษราวิสุทธิ แล้วจึงจัดส่งยังผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ (Peer Review) ในสาขาที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 2 ท่าน พิจารณาให้ความเห็นว่าควรรับลงตีพิมพ์หรือไม่ รวมทั้งอาจให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไข และจัดส่งผลการประเมินยังผู้เขียนบทความ โดยทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าของผลงานจะไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน (Double-blind peer review)

4. หลังจากเจ้าของบทความได้ปรับปรุงแก้ไข ส่งกลับมายังกองบรรณาธิการพร้อมคำชี้แจงการปรับปรุงแก้ไขแล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาในขั้นสุดท้าย ว่ามีการปรับปรุงแก้ไขครบถ้วนตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิหรือไม่ กรณีไม่ครบถ้วนจะมีการแจ้งกลับยังผู้เขียนเพื่อปรับปรุงเพิ่มเติมอีกครั้งหรืออาจปฏิเสธการตีพิมพ์

5. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และพิสูจน์อักษร ก่อนจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสาร

6. กองบรรณาธิการจัดส่งวารสาร ดำเนินการเผยแพร่

7. การขอใบรับรองการตีพิมพ์จะต้อง ผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ ในขั้นตอนที่ 1-4 จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ว่าปี ละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. ตีพิมพ์ สมบูรณ์ เดือน พ.ค., ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พ.ค.-ส.ค. ตีพิมพ์ สมบูรณ์ เดือน ก.ย. ,ฉบับที่ 3 ประจำเดือน ก.ย.-ธ.ค. ตีพิมพ์ สมบูรณ์ เดือน ม.ค. ***โดยผู้ที่ได้รับตีพิมพ์คือผู้ที่แก้ไขบทความเสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนด

การเตรียมต้นฉบับ เอกสารดังQR code แนบ shorturl.asia/ObXKD



คลิปสอนการส่งบทความ

<https://youtu.be/q5JCLrfueIY>



2.บทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 2 ประเภท

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นบทความรายงานผลการวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทย และอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปผลและวิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 14 หน้าพิมพ์ผลการตรวจสอบ plagiarism คัดลอกไม่เกิน 24 เปอร์เซ็นต์ **มีวัตถุประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรค และอ้างอิงเนื้อหาในวารสาร สคร.2 อย่างน้อย 1 เรื่อง**

การสอบสวนโรค (Outbreak investigation) เป็นรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา บทคัดย่อภาษาไทย นำเสนอข้อคิดเห็นแก่ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นองค์ความรู้และแนวทางในการสอบสวนโรค ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค กิจกรรมการควบคุมป้องกันโรค ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค วิจารณ์ สรุปเอกสารอ้างอิง **อ้างอิงเนื้อหาในวารสาร สคร.2 อย่างน้อย 1 เรื่อง**

3. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ เอกสารดังQR code แบน shorturl.asia/ObXKD

การเตรียมบทความ ให้เจ้าของผลงานพิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16 ใน Microsoft Word 97-2003 ขึ้นไป ใส่กระดาษหน้าเดียวลงบนกระดาษขนาด A4 ตั้งขอบกระดาษทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร จำนวนหน้าโดยรวมทั้งหมด ไม่เกิน 14 หน้าตามคำแนะนำเพิ่มเติมดังนี้

ชื่อเรื่อง อ่านเข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 18

ชื่อผู้นิพนธ์และที่อยู่ผู้นิพนธ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เขียนชื่อ นามสกุล ตัวอยู่โดด การศึกษาสูงสุด พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16

บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถ อ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) Abstract **วิธีการเขียนไวยากรณ์**
<https://bit.ly/2IT7Hx1>

บทความนี้ใช้ภาษาอังกฤษ ถูกต้องตามไวยากรณ์ ผู้ส่งบทความสามารถเริ่มต้นการเขียนบทความโดยให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บทนำ/ความสำคัญและความเป็นมา Background information ใช้ present simple tense/present perfect tense) วัตถุประสงค์ วัสดุ กลุ่มตัวอย่าง Objectives ใช้ present simple tense/past simple tense วิธีการศึกษา Methodology ใช้ past simple tense ผลการศึกษา Results past simple tense/present simple tense และบทสรุปหรือข้อเสนอแนะ Conclusions (อย่างย่อ) present simple tense/tentative verbs/modal ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทความ ห้ามใส่รูปหรือตารางในส่วนของบริษัทชื่อนี้บทความนี้

คำสำคัญ ควรเป็นคำที่สื่อถึงงานวิจัย เพื่อให้ผู้ที่สนใจในบทความสามารถสืบค้น ผลงานวิจัย 3-5 คำ ค้นด้วยจุลภาค (,) เช่น รูปแบบบทความ, ขนาดตัวอักษร, รูปแบบตัวอักษร

3. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

1. บทนำ การย่อหน้าข้อความทั่วไป เว้นจากเส้นขอบหน้า 1.50 เซนติเมตร อธิบายความสำคัญของปัญหา ผลการวิจัยจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปมาบ้างแล้ว วัตถุประสงค์ สมมติฐาน(ถ้ามี) และขอบเขตการวิจัย จำนวนไม่เกิน 14 หน้า **ต้องมีการอ้างอิงบทความในวารสาร สคร.2อย่างน้อย 1 เรื่อง**

2. วิธีการ ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ **มีวัตถุประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรค**

3. ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล อธิบายข้อค้นพบ แปลผลจากการวิเคราะห์ มุ่งเน้นตามวัตถุประสงค์ อาจมีตาราง ภาพประกอบตามความจำเป็น ไม่เกิน 4-6 ตารางหรือภาพ รูปภาพทั้งหมดควรมองเห็นชัดเจนเมื่อบทความถูกพิมพ์ด้วยเครื่องพิมพ์ขาวดำ

1.1 ภาษาให้ใช้ภาษาไทย อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้เฉพาะที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรม ฯ โดยใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นเป็นชื่อเฉพาะที่ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

1.2 ตัวเลข กรณีการเขียนค่าสถิติร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1-2 ตำแหน่ง

1.3 การพิมพ์หัวข้อ

พิมพ์หัวข้อใหญ่ที่นี่

พิมพ์หัวข้อย่อยที่นี่ โดยมีเลขกำกับหัวข้อหรือไม่ก็ได้

หัวข้อย่อย ในกรณีที่หัวข้อรองมีเลขกำกับหัวข้อ หัวข้อย่อยให้เริ่มหัวข้อหรือเลขกำกับหัวข้อที่อักษรตัวแรกของหัวข้อรอง ดังนี้ (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

1. ✓✓

1.1 ✓✓

1.1.1 ✓✓

1.4 ตารางและรูปภาพ ให้พิมพ์รวมในเนื้อหาบทความ และให้มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ซ้ำซ้อนหรือมากเกินไปจนทำให้เนื้อหาสาระคลุมเครือ ระบุหมายเลขกำกับ มีชื่อตารางและชื่อรูปภาพ โดยสามารถเชื่อมโยงกับเนื้อหาให้ตรวจสอบได้สะดวก

1.4.1 รูปภาพ

จะต้องวางไว้ตำแหน่งกลางคอลัมน์ หรือในกรณีจำเป็นจริงๆ เพื่อรักษารายละเอียดในภาพอาจยอมให้มีความกว้างได้เต็มหน้ากระดาษ ตัวอักษรทั้งหมดในรูปภาพ จะต้องมีความสูง 16 จุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถอ่านได้สะดวก โดยรูปภาพทุกรูปจะต้องมีหมายเลขแสดงลำดับและคำบรรยายได้ภาพ หมายเลขและคำบรรยายรวมกันแล้วควรจะมีขนาดไม่เกิน 2 บรรทัด ควรจะเว้นบรรทัด 1 บรรทัด เหนือขอบของรูปภาพและใต้คำอธิบายภาพ ตัวอย่างการจัดวางรูปดังแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 นักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นเข้าร่วมการ

ประชุมวิชาการ

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

กรณีชื่อภาพมีความยาวมากกว่า 1 บรรทัด อักษรตัวแรกในบรรทัดต่อไป ให้วางตรงกับอักษรตัวแรกของชื่อภาพ ส่วนของการแสดงภาพให้เว้นบรรทัด 1.5 จากข้อความส่วนบนและส่วนล่าง

1.4.2 การเขียนสมการ

สมการทุกสมการต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ในวงเล็บ และเรียงลำดับที่ถูกต้อง ตำแหน่งของหมายเลขสมการต้องอยู่ชิดขอบด้านขวาของคอลัมน์ ดังตัวอย่างนี้

$$a + b = c \quad (1)$$

MERGEFORMAT เริ่มเขียนคำอธิบายตั้งแต่บรรทัดนี้

3.3 การจัดทำตาราง

ตารางควรมีจำนวนไม่เกิน 4-5 ตาราง ทุกตารางจะต้องมีหมายเลข และคำบรรยายกำกับเหนือตาราง และคำอธิบายเพิ่มเติมให้เขียนเป็น footnote ใต้ตาราง เช่น

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

โดยปกติให้ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 pt โดยพิมพ์ตัวหนาสำหรับหัวข้อและหมายเลขของตาราง และตัวพิมพ์ธรรมดาสำหรับคำอธิบายตาราง ถ้ามีข้อมูลฟุตโน้ตด้านล่างของตารางให้ใช้ตัวหนังสือเป็นแบบเดียวกันหากแต่ขนาดตัวอักษรเป็น 16 pt

ในกรณีที่จำนวนข้อมูลในตารางมีปริมาณน้อย ตารางควรมีขนาดความกว้างไม่เกิน 7 ซม. ตารางขนาดใหญ่อาจยอมให้มีความกว้างได้ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ

หากเกิน 1 หน้ากระดาษ ให้ พิมพ์ตารางที่ 1(ต่อ)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

ใส่ตารางทั้งหมดไว้หลังหัวข้อรูปภาพ โดยทุกตารางที่ใส่ไว้ท้ายบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างในเนื้อหาบทความทุกตาราง

4.วิจารณ์

เขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานหรือไม่ สอดคล้องกับทฤษฎี หรืองานวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ผสมผสานกับข้อเสนอแนะทางวิชาการ

5.สรุป

เขียนสรุปเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาการวิจัย สรุปผลให้ตรงประเด็นตามคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

6.กิตติกรรมประกาศ

เขียนขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัย ด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

7.บทสรุป

ผู้เขียนบทความกรุณาตรวจสอบความอย่างรอบคอบ ก่อนส่งให้กรรมการพิจารณา จะทำให้บทความของท่านมีคุณภาพสูงและผ่านการพิจารณาได้ง่ายขึ้น

8.กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้ความร่วมมือรักษาระเบียบการเขียนบทความอย่างเคร่งครัด

*** การพิสูจน์อักษร เจ้าของผลงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้อง

9. รูปแบบการเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

9.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

เอกสารอ้างอิงต้องมีภาษาอังกฤษ(reference)ประกอบ ใช้ระบบThe Vancouver style 2008 ขึ้นไป โปรดอ้างอิงวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลกฉบับก่อนๆในเนื้อหาที่ท่านทำวิจัยอยู่ จักขอบคุณยิ่งเพราะช่วยให้วารสารเป็นที่รู้จักเป็นประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขไทย และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก⁽¹⁾ หลังข้อความหรือหลังชื่อนักเขียนบทความที่อ้างถึง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ สอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบทความและควรเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น

9.2 เอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษให้เรียงตามลำดับโดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย, หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า“et al.” (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

1.การอ้างอิงจากวารสาร

หมายเลข.✓ชื่อผู้แต่ง (Author).✓ชื่อบทความ (Title of the article).✓ชื่อวารสาร (Title of the Journal)ปีพิมพ์ (Year);✓เล่มที่ของวารสาร (Volume):✓หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

1.1 บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

- 1.วิทยา สวัสดิภูมิพงษ์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเชื้อเรื้อรังปาล์มดลูกสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-26.
- 2.Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, Children household contacts of adult with AIDS, JAMA 1987; 257: 640-644

1.2 บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author) ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

1. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the WHO Western Pacific Region. *Commun Dis Intell* 2002; 26:541-5.
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัย และ แนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ ทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. *แพทยสภาสาร* 2538; 24: 190-204.

1.3 บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

4. Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. *N Engl J Med* 2009; 360: 2302-9.

2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

2.1 การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อหนังสือ (Title of the book). ✓ ครั้งที่พิมพ์ (Edition). ✓ เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): ✓ สำนักพิมพ์ (Publisher); ✓ ปี (Year).

2.1.1 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

1. รังสรรค์ ปัญญาัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

2.1.2 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.1.3 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

3. Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington: The Institute; 1992.

2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้พิมพ์. ✓ ชื่อเรื่องใน. ✓ ใน: ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อหนังสือ. ✓ ครั้งที่พิมพ์. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ สำนักพิมพ์; ✓ ปีที่พิมพ์. ✓ หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, บรรณาธิการ. *กุมารเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2550. หน้า 424-7.

2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology-logy, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. pp. 465-78.

3. รายงานการประชุม/สัมมนา

หมายเลข. ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อเรื่อง. ✓ ชื่อการประชุม; ✓ วัน เดือน ปีประชุม; ✓ สถานที่จัดประชุม. ✓ เมืองที่พิมพ์; ✓ สำนักพิมพ์; ✓ ปีที่พิมพ์.

1. อนุพันธ์ สุขขุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาคิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2551; ณ โรงแรมโป๊ปเป็ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2551.
2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.1 บทความในการประชุมสัมมนา (Conference paper)

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้รายงาน. ✓ ชื่อบทความ. ✓ ใน: ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อการประชุม; ครั้งที่ประชุม. ✓ วันเดือนปี หรือปีเดือนวัน พร้อมรายละเอียดอื่นๆ (ถ้ามี); สถานที่ประชุม; ✓ ผู้รับผิดชอบในการพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ✓ หน้า.

1. พิทักษ์ พุทธวรชัย, กิตติ บุญเลิศนิรันดร์, ทนงศักดิ์ มณีวรรณ, พงาม เดชคำรณ, นภา ชันสุภา. การใช้เอทีฟอน กระตุ้นการสุกของพริก. ใน: เอกสารการประชุมสัมมนาทางวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 15 สถาบันวิจัยและพัฒนา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล; 2541. หน้า 142-9.
2. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for enetic Programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. Pp.182-91.

4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

หมายเลข.✓ชื่อผู้สนับสนุน.✓ชื่อเรื่อง.✓เมืองที่พิมพ์: ✓หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน;✓ปีที่พิมพ์.✓เลขที่
รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัยการพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ ในระบบ
สาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.
2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays.
Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and
Inspections; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

5.วิทยานิพนธ์

หมายเลข.✓ชื่อผู้สนับสนุน.✓ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา).✓ภาควิชา คณะ.✓เมือง: มหาวิทยาลัย;✓ปีที่ได้
ปริญญา.

1. ชมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลใน
เขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต).
ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.
2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care:
the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washing- ton Univ.; 1995.

6. สิ่งพิมพ์อื่นๆ

6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

หมายเลข.✓ชื่อผู้เขียน.✓ชื่อเรื่อง.✓ชื่อหนังสือพิมพ์ วัน เดือนปีที่พิมพ์;✓ส่วนที่:✓เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ ๓๐ สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).
2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The
Washington Post 1996 Jun 21; Sect.A:3 (col.5).

6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเรื่องสำอว 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษา
เล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).
2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์ ; 2538. หน้า 555.
2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

7. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ Web based / online Databases

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อบทความ (Title of the article) ✓ [ประเภทของสื่อ]. ✓ ปี พิมพ์ ✓ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. ✓ เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

1. Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: [http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick-Interpretation/dp/3540777717](http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick-Interpretation/dp/3540777717#reader_3540777717)
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงใน เอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>
- 7.1. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง
 1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: URL: <http://rarediseases.org/>

7.2 บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อบทความ (Title of the article). ✓ ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ✓ [ประเภทของสื่อ]. ✓ ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ✓ ปีที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ✓ เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010[cited 2011 Jun 15]; 363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>
2. วันดี สันติวุฒิมณี. การแพทย์พาณิชย์ อาชญากรที่มองไม่เห็น. สารคดี [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2556]; 188-9 เข้าถึงได้จาก: <http://www.sarakadee.com/feature/2000/10/doctor.htm>

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 10 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 บทความทางวิชาการต่าง ๆ ที่มีคุณค่าของหลายๆท่านที่ได้รับการทบทวน ตีพิมพ์และเผยแพร่ ถือเป็นส่วนสำคัญของวารสาร กองบรรณาธิการยินดีรับผลงานวิชาการของท่านเพื่อ ตีพิมพ์เผยแพร่

โดยบทความที่ได้รับการเผยแพร่ผ่านการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอ่านให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสม ก่อนลงตีพิมพ์ ซึ่งข้อความต่างๆ ที่ผู้เขียน บทความนำเสนอ ถือเป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยที่ปรากฏในวารสารฉบับนี้ จะเป็น ประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน ในการเสริมสร้างความรู้ และ ความเข้าใจ ตลอดจนได้ข้อค้นพบทางวิชาการใหม่ ๆ อำนวยประโยชน์ต่อท่านในการต่อยอดองค์ความรู้โดยการดำเนินงานวิจัยสืบเนื่องของท่าน ต่อไป

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

ชื่อบทความ	ชื่อผู้แต่ง	หน้า
คำแนะนำสำหรับผู้เขียน		ข
1.การถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ: กรณีศึกษาอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย = Lessons Learned on Public Health Emergency Administrative Management of Coronavirus Disease 2019 under the 6 Building Blocks of Health Systems: A Case Study of Sawankhalok District, Sukhothai Province	ปองพล วรปานิ, ณัฐพงษ์ เชียงกุล, พิชญพร สายคำทอง, สุพัตรา จันทร์แก้ว, สุภาภรณ์ วงษ์, ยุทธนา แยกคาย,	1
2.ความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ = Prevalence of diabetic retinopathy and relation of Hemoglobin A1c level with occurrence of diabetic retinopathy in diabetic patients at Sanpatong hospital, Chiangmai province	กรกัญจน์ จิตโสภิษฐ์	15
3.การศึกษบทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ = The Study of Implementation Role for Surveillance, Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Communities of Village Health Volunteers in Phrae Province	เยาวเรศ บรรเลง	26
4.อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลศรี่ง อำเภอ	สาวิตตรี เด็กคำ, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ	49

สารบัญ

ชื่อบทความ	ชื่อผู้แต่ง	หน้า
เชิงของ จังหวัดเชียงราย= Long COVID-19 and Factors Related to Self-Care Behaviors of COVID-19 Patients in Kluang Sub-district, Chiang Khong District, Chiang Rai Province		
5.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ = Factors associated with per depression-reducing behavior in patients with chronic disease in Yan Matsi Sub-district, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province.	บุญรักษ์ พันธมิตร อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	67
6.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ = Factors associated with the behavior of chronic kidney disease prevention among type 2 diabetes mellitus patients, Noen-Makok Sub-district, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province.	จิราพร สินธุพรหม อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	81
7.การรับรู้ ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุ ตำบลนาเพียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น= Perceptions, risks and fall prevention behaviors of the elderly, Na Phiang Subdistrict, Chum Phae District, Khon Kaen Province	กมลสันต์ อ้นภักดี สุพัฒน์ อาสนะ	94
8.ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย= Association between Knowledge Attitude and Behavior of Preventing and Controlling Dengue Hemorrhagic Fever Among Peoples lived in Muang Kao Sub-district, Sukhothai Province.	พุดิพงษ์ มากมาย อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	108

**การถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
ในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ:
กรณีศึกษาอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย**

ปองพล วรปานิ, พ.บ., ประ.ค. (การจัดการ)¹

ณัฐพงษ์ เสียงกุล, ศ.ม.¹

พิษณุพร สายคำทอง, ส.บ.¹

สุพัตรา จันทรแก้ว, ศ.ม.¹

สุภาภรณ์ วงษ์, ศ.ม.¹

ยุทธนา แยกคาย, ศ.ค.²

1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย 2.วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

วันที่รับบทความ(Received), 24 มกราคม 2566 , วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 16 กุมภาพันธ์ 2566

วันตอบรับบทความ(Accepted), 16 กุมภาพันธ์ 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ: กรณีศึกษาอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล จำนวน 7 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 7 คน ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน ได้จากคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบกรณีหลากหลาย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มร่วมกับการสังเกต ในวันที่ 26 พฤษภาคม 2565 และวันที่ 9 มิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ การบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การเงินการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ซึ่งมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ: การบริหารจัดการ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ

Lessons Learned on Public Health Emergency Administrative Management of Coronavirus Disease 2019 under the 6 Building Blocks of Health Systems: A Case Study of Sawankhalok District, Sukhothai Province

Pongpol Vorapani, M.D., Ph.D. (Management)¹

Nattapong Heangkul, M.P.H.¹

Pitsanuporn Saicamthon, B.P.H.¹

Supatra Chankaew, M.P.H.¹

Supaporn Wongti, M.P.H.¹

Yutthana Yaebkai, Dr.P.H.²

1.Sukhothai Provincial Public Health Office, Thailand

2.Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Thailand

Abstract

This qualitative research aimed to investigate lessons learned on public health emergency administrative management of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) under the six building blocks of health systems: a case study of Sawankhalok District, Sukhothai Province. The participants were seven hospital health workers, seven district health workers, two local administration officers, and six village health volunteers in Sawankhalok District, Sukhothai Province. They were selected using the maximum variation sampling technique. In-depth interviews and focus group discussions with observations were employed for the data collection on 26 May 2022 and 9 June 2022, after which the data were analyzed by content analysis, and the reliability of the data was verified by triangulation. The results revealed that the model public health emergency administrative management of COVID-19 under the district health system by the mechanism of the district health board consisted of six building blocks as follows: service delivery, health workforce, health information systems, access to essential medicines, health financing, and leadership and governance, which are effective and efficient in surveillance, prevention, control, and treatment of COVID-19.

Keywords: Administrative management, Coronavirus disease 2019, Six Building blocks of health systems

บทนำ

เชื้อโรคจากไวรัสโคโรนาเป็นโรคระบาดที่กำลังส่งผลกระทบต่อมวลมนุษยชาติและเป็นไวรัสวงศ์ใหญ่ที่เป็นสาเหตุของโรคทั้งในสัตว์และคน ในคนนั้นไวรัสโคโรนาหลายสายพันธุ์ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่โรคหัดธรรมดาจนถึงโรคที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) ไวรัสโคโรนาที่ค้นพบล่าสุดของโลกคือ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถแพร่จากคนสู่คนผ่านทางฝอยละออง (Droplet) จากจามหรือปากที่ขับออกมาเมื่อผู้ติดเชื้อ ไอ หรือจาม เชื้อจะเข้าสู่ร่างกายด้วยการหายใจเอาฝอยละอองเข้าไป หรือการสัมผัสพื้นผิว สิ่งของ เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ปนเปื้อนเชื้อ แล้วย่นำมาสัมผัสจาม ปาก และตา โดยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มต้นที่ประเทศจีนซึ่งมีการบันทึกไว้ว่าเริ่มมีการค้นพบการระบาดของเชื้อดังกล่าวตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ต่อมาพบผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยืนยันจากหลายประเทศทั่วโลก¹ ในปี พ.ศ. 2564 เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่ ข้อมูลรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานเมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2564 พบว่า ยอดรวมทั้งโลกยืนยันจำนวนผู้ติดเชื้อ 157,363,408 คน และเสียชีวิตสะสม 3,277,834 คน จำแนกเป็นทวีปอเมริกายืนยันจำนวนผู้ติดเชื้อ 63,554,005 คน และเสียชีวิตสะสม 1,551,860 คน ทวีปยุโรปยืนยันจำนวนผู้ติดเชื้อ 52,871,662 คน และเสียชีวิตสะสม 1,104,629 คน ทวีปอเมริกายืนยันจำนวนผู้ติดเชื้อ 63,554,005 คน และเสียชีวิตสะสม 1,551,860 คน ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยืนยันจำนวนผู้ติดเชื้อ 25,552,640 คน และเสียชีวิตสะสม 309,197 คน ฝั่งทะเลเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกยืนยันจำนวนผู้ติดเชื้อ 9,428,375 คน และเสียชีวิตสะสม 189,052 คน ทวีปแอฟริกายืนยันจำนวนผู้ติดเชื้อ 3,357,846 คน และเสียชีวิตสะสม 83,904 คน ฝั่งทะเลแปซิฟิกตะวันตกยืนยันจำนวนผู้ติดเชื้อ 2,597,134 คน และเสียชีวิตสะสม 39,179 คน¹ สำหรับประเทศไทย รายงานจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2564 พบว่า ยอดผู้ติดเชื้อสะสม 111,082 คน และเสียชีวิตสะสม 614 คน โดยจังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อสูงสุดคือ กรุงเทพมหานครและนนทบุรี²

จากการศึกษาสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังกล่าวข้างต้น มีการคาดการณ์อาจเกิดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในรอบที่ 2 ซึ่งจะทำให้เกิดความรุนแรงที่ทวีคูณหรือรุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของการระบาดไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ระบบการแพทย์และสาธารณสุข แต่ยังส่งผลกระทบไปยังวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และเศรษฐกิจในระบบมหภาคอีกด้วยเช่นกัน การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกแรกนั้นได้ส่งผลให้เกิดบทเรียนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมากต่อสังคมไทย ถึงแม้ว่าจะเจอปัญหาและอุปสรรคในช่วงแรก แต่อย่างไรก็ตามปัญหาดังกล่าวนั้นก็คลี่คลายไปด้วยดีโดยระบบและกลไกต่าง ๆ ของสังคมไทย ความสำเร็จหนึ่งของการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ในระยะแรกนั้นจะแสดงให้เห็นถึงข้อมูลสถานการณ์ความพร้อมของระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการ

นวัตกรรมทั้งสิ่งประดิษฐ์เพื่อการควบคุม ป้องกันโรค และการแพทย์กลไกทางสังคมเพื่อการป้องกันโรค แสดงให้เห็นความเข้มแข็งของระบบและกลไก การป้องกันควบคุมโรคในสังคมไทยด้วยความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงทวีความรุนแรงมากขึ้นในระดับนานาชาติ² จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผลการเรียนรู้จากประสบการณ์ และความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในของหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ จึงนับมีความสำคัญสำหรับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการระบาดระลอกต่อมาที่มีการคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เชิงประจักษ์ (Experiential learning) จะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากกิจกรรมหรือการปฏิบัติซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมเพื่อนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจเชิงนามธรรมโดยผ่านการสะท้อนประสบการณ์ การคิดวิเคราะห์ การสรุปเป็นหลักการ ความคิดรวบยอด และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงซึ่งการเรียนรู้จากความสำเร็จนั้นนอกจากจะเป็นประโยชน์ให้กับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำชุดประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ประสบการณ์ไปสู่การออกแบบหรือการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และบทบาทหน้าที่ขององค์กรนั้นเพื่อการป้องกันควบคุมโรค และในขณะเดียวกันหน่วยงานที่เป็นเจ้าของผลงานหรือบทเรียนก็จะได้เรียนรู้เพื่อการทบทวนประสบการณ์ของตนเอง และวิเคราะห์เพื่อการปรับปรุงระบบงานเพื่อการพัฒนาให้มีความพร้อมและความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดังนั้นการเรียนรู้จากชุดประสบการณ์ของหน่วยงานหนึ่ง ๆ ที่ผ่านประสบการณ์การดำเนินการและประสบความสำเร็จจึงเป็นวิธีการหนึ่งของการพัฒนาระบบงานให้เกิดประสิทธิผลในระยะเวลาอันสั้น

ความสำเร็จของการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประเทศไทยในช่วงของการระบาดระลอกแรกนั้นมีหลายพื้นที่ที่สามารถบริหารจัดการและควบคุมโรคในพื้นที่ได้เป็นอย่างดีภายใต้กลไกการจัดการที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บัญชาการสถานการณ์ในภาวะฉุกเฉิน และการกำหนดแนวทางการดำเนินงานภายใต้รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกแรก จังหวัดสุโขทัยมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 3 คน ซึ่งอยู่ในครอบครัวเดียวกัน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจังหวัดสุโขทัยสามารถดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เป็นอย่างดี โดยการดำเนินการต่าง ๆ ทั้งการดูแลรักษาผู้ป่วย การดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องรับการกักกันตามคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ การตั้งสถานที่กักกันแห่งรัฐประจำถิ่น (Local Quarantine: LQ) การตั้งโรงพยาบาลสนาม และการตั้งจุดตรวจ จุดสกัด ผู้ที่เดินทางเข้า-ออก จังหวัดสุโขทัยได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชนด้วยดี³ ซึ่งจังหวัดสุโขทัย โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ควรจะได้เรียนรู้ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อการทบทวนประสบการณ์ในการทำงาน มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางในการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบในระหว่างที่ดำเนินการ วิเคราะห์เพื่อการปรับปรุงระบบงานโดยพัฒนาให้มีความพร้อมและ

ความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนาระบบการดำเนินการ และสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) เพื่อนำไปต่อยอดความสำเร็จที่เกิดขึ้นต่อไป

การถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ: กรณีสึกขาคณะสาธารณสุขโลก จังหวัดสุโขทัย ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพของอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการบริหารจัดการเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ต่อการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เจาะลึกถึงการบริหารจัดการในระดับอำเภอซึ่งครอบคลุมหน่วยงานระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ตำบล และอำเภอ เนื่องจากอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย 1) เป็นอำเภอที่มีรูปธรรมของความสำเร็จในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค ควบคุมโรค และรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในมิติต่าง ๆ เช่น การตั้งสถานที่กักกันแห่งรัฐประจำถิ่น (Local Quarantine: LQ) การตั้งโรงพยาบาลสนาม และการตั้งจุดตรวจ จุดสกัด ผู้ที่เดินทางเข้า-ออก การป้องกันควบคุมโรคในชุมชน และการป้องกันควบคุมโรคเชิงบูรณาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเขตสุขภาพที่ 2 ได้มอบโล่ประกาศเกียรติคุณเพื่อแสดงว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ได้รับรางวัลชนะเลิศ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 2 ประเด็น: การควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เนื่องในงานมหกรรมระบบสุขภาพปฐมนิเทศสุขภาพที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2565 ณ โรงแรมสุโขทัยเทรเซอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย 2) มีความยั่งยืน/ต่อเนื่องของการดำเนินการตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงปัจจุบัน 3) เป็นอำเภอที่มีการดำเนินการเชิงบูรณาการ และมีกลไกการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม และ 4) เป็นอำเภอที่มีการแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. 61/2021 เอกสารรับรองเลขที่ IRB No. 60/2021 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2564 วิธีทบทวนแบบเร่งรัด (Expedited review) ซึ่งเป็นการถอดบทเรียนจากบทเรียนที่ดีหรือผลการดำเนินงานที่ผ่านมา⁴ โดยประยุกต์ใช้แนวความคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (The six building blocks of a health system) ขององค์การอนามัยโลก (The WHO Health Systems Framework) ได้แก่ การบริการสุขภาพ (Service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information systems) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicines) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (Financing) และภาวะ

ผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) ซึ่งมีจุดประสงค์ของ 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความครอบคลุมของบริการสุขภาพ คุณภาพของบริการสุขภาพ และความปลอดภัยของบริการสุขภาพ และประโยชน์/ผลลัพธ์ของ 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพคือ ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ป้องกันความเสี่ยงการเงินการคลังด้านสุขภาพและสังคม และเพิ่มประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้งหน่วยงานของรัฐบาลเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล จำนวน 7 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 7 คน ผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น จำนวน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁶ จำนวน 6 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 22 คน

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ การใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีขนาดเล็กแต่ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรืออาจจะเป็นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่ศึกษากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่แตกต่างกันในพื้นที่ที่ต่างกัน และในระยะเวลาที่ต่างกัน⁷

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักมีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน และไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ผู้วิจัย (Researcher) เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูปหรือสมาร์ทโฟน (Smart phone) และสมุดจดบันทึก (Filed note) ซึ่งแนวทางการสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมโรคติดต่อ และผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC)⁸ อยู่ระหว่าง 0.67–1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion: FGD) ร่วมกับการสังเกต (Observation) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม ผู้ร่วมสนทนากลุ่มมาพบกันเริ่มด้วยการทำความรู้จักกันให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นผู้วิจัยก็จุดประเด็นการสนทนาตามแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้ดำเนินการจะคอยจับประเด็นต่าง ๆ ที่ปรากฏแล้วพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น

ในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการทำแผนที่ความคิด (Mind mapping) และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key word) ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเรียบเรียงเนื้อหาพร้อมทั้งจัดบันทึกลงสมุดจดบันทึก (Filed note) ตลอดจนสนทนากลุ่มเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ซึ่งการสนทนากลุ่มครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ในวันที่ 26 พฤษภาคม 2565 ณ โรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย และ 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละบุคคลจึงใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพราะข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักเองและการสัมภาษณ์จะดำเนินการพร้อมกับการสังเกตทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูลมากยิ่งขึ้น ในวันที่ 9 มิถุนายน 2565 ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) และการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บข้อมูล (Method triangulation)

ผลการศึกษา

รูปแบบการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพของอำเภอสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การบริการสุขภาพ (Service delivery) อำเภอสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย มีระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เชื่อมต่อบริการสุขภาพระหว่างหน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลในเมือง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสวรรค์โลก และโรงพยาบาลสวรรค์โลก นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงเรียน วัด ภาคนิคมประชาสังคม ภาคเอกชน และภาคประชาชน การเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจากอุปสรรคในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรม หรือภูมิประเทศ มีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชน มีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษา สามารถเข้ารับการรักษาข้ามเขตพื้นที่บริการได้และยังครอบคลุมไปทุกกลุ่มอายุ คุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประสานงานกัน ส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และต้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการ ซึ่งมีการจัดการที่ดีเพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดีไปพร้อมกันจึงส่งผลให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดีขึ้น

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) อำเภอสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย มีกำลังคนในภาคสาธารณสุข (Health sector workforce) สายวิชาชีพมีจำนวนตามมาตรฐานที่กำหนดสามารถดำเนินการกิจที่

จำเป็นได้และสายสนับสนุนมีจำนวนตามมาตรฐานที่กำหนดสามารถดำเนินการที่จำเป็นได้ โดยได้รับความร่วมมือของกำลังคนในภาคสาธารณสุขที่ไม่ใช่ภาครัฐในการช่วยปฏิบัติการกิจ เช่น สถานพยาบาล เอกชน คลินิก มูลนิธิ หรือหน่วยงานเอกชนอื่น ๆ ส่วนกำลังคนนอกภาคสาธารณสุข (Non-health sector workforce) ที่มีความโดดเด่นกว่าอำเภออื่นในจังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ส่วนราชการอื่น ๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงเรียน วัด ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน ภาคประชาชน มูลนิธิ สมาคม ชมรม ฯลฯ ที่มีการดำเนินงาน ร่วมดำเนินการ เชื่อมโยงการทำงาน หรือช่วยเหลือภาคสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ มีการกำหนดภารกิจและลักษณะการทำงานร่วมกันกับกำลังคนในภาคสาธารณสุขเป็นลายลักษณ์อักษรโดยคำสั่งของอำเภอสวรรคโลก และกำลังคนนอกภาคสาธารณสุขมีความสามารถในการทำงานร่วมกันกับกำลังคนในภาคสาธารณสุข อาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน มีการปฏิบัติงานจริงที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการทำงานร่วมกัน และบูรณาการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information systems) อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย มีเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่จำเป็น เช่น การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) หรือการใช้ Google Form ลงทะเบียนเข้ารับบริการสุขภาพ มีฐานข้อมูลและสารสนเทศภาพรวมอำเภอที่สนับสนุนการให้บริการสุขภาพและการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตรงตามผลงานการให้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ โดยมีระบบการรายงาน รวบรวมข้อมูล จัดเก็บอย่างเป็นระบบ ประมวลผล สามารถแสดงข้อมูลบริการสุขภาพเชิงสรุปในแต่ละกิจกรรมการให้บริการสุขภาพและพร้อมที่จะใช้ดำเนินการเชิงบริหาร ค้นหาและนำมาใช้สนับสนุนการบริการสุขภาพและพัฒนาการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของประชาชนได้ และมีการคืนข้อมูลให้พื้นที่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งออกแบบฐานข้อมูลและสารสนเทศตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานและประชาชนที่ติดตามข้อมูลการบริหารจัดการฐานข้อมูลและสารสนเทศได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งาน มีความยืดหยุ่น และสามารถค้นหาข้อมูลที่สำคัญ รู้และเข้าใจวิธีการค้นหา เรียกใช้อย่างชัดเจนเมื่อมีความต้องการ

4. การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicines) อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย มีระบบบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนเข้ายารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) วัคซีน COVID-19 และมีการจัดสรรยา วัคซีน อุปกรณ์ทางการแพทย์ตามแผนการให้บริการสุขภาพ ติดตามและประเมินผลความเพียงพอของยา วัคซีน อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อาจจะคลาดเคลื่อนด้วยเหตุสุดวิสัย บริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือเหตุการณ์ที่นอกเหนือการคาดหมาย พร้อมทั้งมีระบบการเฝ้าระวังและรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงกำหนดแผนสำรองหรือปรับแผนตามผลการประเมินความพอเพียงและความเหมาะสมของยา วัคซีน อุปกรณ์ทางการแพทย์ สร้างระบบการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมถึงวัคซีนวัคซีน COVID-19 แก่ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเชื่อมโยงร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ส่วนราชการอื่น ๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงเรียน วัด ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน ภาคประชาชน มูลนิธิ สมาคม

ชมรม ฯลฯ ในการบริหารจัดการยา วัคซีน อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

5. การเงินการคลังด้านสุขภาพ (Financing) อำเภอสุวรรณโคตรโลก จังหวัดสุโขทัย มีการจัดสรรแบ่งปัน ลงทุนทรัพยากรสอดคล้องกับภารกิจและมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัดสุโขทัย ให้เป็นไปตามแผนการให้บริการสุขภาพและแผนการดำเนินงาน ติดตามผลการดำเนินการและปัญหาอุปสรรคอย่างใกล้ชิด มีการปรับปรุงแผนหรือการดำเนินการจัดสรรทรัพยากรตามสถานการณ์ความจำเป็นให้ได้รับทรัพยากรอย่างพอเพียง ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุขสนับสนุนทรัพยากรในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เช่น กำลังคน งบประมาณ อาหาร น้ำดื่ม อาคารสถานที่ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมถึงข้อมูลและสารสนเทศ โดยเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการบริหารร่วมให้ข้อเสนอแนะ ร่วมจัดการ และร่วมติดตามและประเมินผล เป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย เก็บสะสม หรือแบ่งปันไปให้กิจการบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากร หรือเอาไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน เพื่อให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการ ประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสถานที่ที่สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) อำเภอสุวรรณโคตรโลก จังหวัดสุโขทัย ภายใต้การนำของนายอำเภอสุวรรณโคตรโลก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณโคตรโลก สาธารณสุขอำเภอสุวรรณโคตรโลก และนายกเทศมนตรีเมืองสุวรรณโคตรโลก เป็นบุคคลสำคัญ (Keyman) ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในอำเภอสุวรรณโคตรโลก จังหวัดสุโขทัย ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอสุวรรณโคตรโลก จังหวัดสุโขทัย ได้กำหนดทิศทางของระบบสุขภาพอำเภอให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและปัญหาตามบริบทของพื้นที่ ขับเคลื่อนนโยบายให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการตามสถานการณ์ สอดคล้องกับมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โดยมีระบบงานมีความเป็นรูปธรรม วิธีการ ขั้นตอนของระบบงานเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน มีคำอธิบาย ขั้นตอน วิธีการให้เป็นที่เข้าใจได้และยืดหยุ่นตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การออกแบบระบบสุขภาพอำเภอเชื่อมโยงกับระบบอื่น ๆ ในอำเภอ การบริหารจัดการในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินการเป็นไปตามมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมถึงมีการกำหนดแผนสำรองหรือการปรับแผนตามผลการขับเคลื่อนการดำเนินงาน จัดสรรทรัพยากรในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอ (พชอ.) อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ภายใต้การนำองค์กรของนายอำเภอสุวรรณภูมิ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างถูกต้องเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจนพร้อมทั้งกำหนดอำนาจและบทบาทหน้าที่ไว้อย่างชัดเจน คณะกรรมการและอนุกรรมการมีกำหนดนโยบาย การตัดสินใจ ระบบงาน และการบริหารจัดการภาพรวม รวมทั้งการนำ การผลักดัน และขับเคลื่อนการดำเนินงาน รวมถึงการบูรณาการทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อม ผสานกันในระบบสุขภาพอำเภอเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติเป็นคณะทำงานหลักในการกำหนด ยุทธศาสตร์ แผนงาน และมาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน ประเทศไทย โดยขับเคลื่อนผ่านศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ซึ่งสั่งการผ่านศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดและอำเภอ ในระดับจังหวัดมีคณะกรรมการ โรคติดต่อจังหวัดเป็นผู้พิจารณาปรับเปลี่ยนมาตรการต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละจังหวัด และขับเคลื่อนผ่านศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่ออำเภอ ซึ่งอำเภอสุวรรณภูมิได้นำกลไกของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาผนวกรวมกับศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ อำเภอเพื่อให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกภาคสาธารณสุข เพื่อขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ได้แก่ การบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบ สารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การเงินการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและ ธรรมชาติของทั้งนี้ ระบบสุขภาพอำเภอสามารถเชื่อมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจากนโยบายสู่ การปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และความ จำเป็นในพื้นที่โดยสามารถกำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้าน สาธารณสุขทั้งอำเภอได้อย่างเหมาะสม ประสานงาน และกระจายทรัพยากรในส่วนของการกำลังคนด้าน สุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ วัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการ และใช้ประโยชน์ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่าง ครอบคลุมและเป็นธรรมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ พร้อมทั้งบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการบริหาร จัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

วิจารณ์

รูปแบบการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ได้แก่ การบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่

จำเป็น การเงินการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล⁹ โดยผ่านกลไกการขับเคลื่อนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ที่เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป⁹ สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน การให้บริการสุขภาพที่มีความครอบคลุม การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีความปลอดภัยของบริการสุขภาพในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสามารถป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดอัตราป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดอัตราตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ป้องกันความเสี่ยงการเงินการคลังด้านสุขภาพและสังคม และเพิ่มประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายที่จะขับเคลื่อนและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมผ่านระบบสุขภาพอำเภอที่เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ การส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน¹⁰

สรุป

ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ได้แก่ การบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การเงินการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ทั้งนี้ ระบบสุขภาพอำเภอสามารถเชื่อมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจากนโยบายสู่การปฏิบัติซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่โดยสามารถกำหนดนโยบายและวางแผนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขทั้งอำเภอได้อย่างเหมาะสม ประสานงานและกระจายทรัพยากรในส่วนที่กำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ วัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการและใช้ประโยชน์ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างครอบคลุมและเป็น

ธรรมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ พร้อมทั้งบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ผู้ปฏิบัติงาน ควรมีการทบทวนการปฏิบัติงานที่ผ่านมาว่ามีจุดเด่น จุดด้อยอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงระบบงานให้สามารถรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1.2 ผู้บริหารระดับตำบล ควรบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่มีความเชื่อมโยงกับกลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

1.3 ผู้บริหารระดับอำเภอ ควรบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอภายใต้กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทบทวนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอภายใต้กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงระบบการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอภายใต้กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้มีความพร้อมและความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

1.4 ผู้บริหารระดับจังหวัด ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้อำเภอมีการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอภายใต้กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

2.1 ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ ควรกำหนดทิศทางการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอภายใต้กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาพรวมของเขตสุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมรับมือฉุกเฉินสถานการณ์การแพทย์และสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2.2 ผู้บริหารระดับกอง ควรส่งเสริมและสนับสนุนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอภายใต้กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และพัฒนาระบบกำกับดูแล ติดตาม

และประเมินผลการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอภายใต้กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2.3 ผู้บริหารระดับกรม ควรสนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ ภายใต้กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และพัฒนาระบบการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอภายใต้กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2.4 ผู้บริหารระดับกระทรวง ควรกำหนดนโยบายการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ภายใต้กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้เป็นนโยบายสำคัญที่จะใช้รับมือสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ได้พิจารณาและรับรองโครงการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงร่างการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคโลก และสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณอาสาสมัครในโครงการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2021. [cited 2022 Dec 31]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
2. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 31 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2565.
4. พิสิฐ โอ่งเจริญ. ถอดบทเรียน: การบริหารโครงการภาครัฐ (ฉบับทดลอง). กรุงเทพมหานคร: เทกเตอร์ เอ็ดดูเทนเนอร์; 2560.

5. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva (Switzerland): WHO Document Production Services; 2010.
6. ปรียวัญญ์ ฤทธิศรีมี. ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะการใช้ชุดตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยตนเองต่อความรู้ ความมั่นใจ และขั้นตอนการปฏิบัติในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2565;9(3):36-49.
7. Miles M B, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): SAGE; 1994.
8. Rovinelli RJ, Hambleton, R. K. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift voor Onderwijsresearch. 1977; 2(2):49-60.
9. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ฉบับประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
10. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนพิเศษ 54 ง (ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561).

ความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่สัมพันธ์กับการ เกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

กรกัญจน์ จิตโสภิษฐ์ พ.บ.

โรงพยาบาลสันป่าตอง

วันที่รับบทความ(Received), 9 มีนาคม 2566 , วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 30 มีนาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ(Accepted), 3 เมษายน 2566

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตากับกลุ่มที่ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสันป่าตอง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 362 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตากับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยสถิติ Binary logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.1 โดยส่วนใหญ่พบเป็นระยะ mild NPDR ร้อยละ 5.5 รองลงมาคือ ระยะ moderate NPDR ร้อยละ 2.8 ระยะ severe NPDR ร้อยละ 0.6 และพบน้อยที่สุด คือ ระยะ PDR ร้อยละ 0.3 และความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ จะมีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็น 3.86 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $< 7\%$ (AOR 3.86, 95%CI 1.52 – 9.75, p-value 0.004)

สรุปและข้อเสนอแนะ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) สูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสันป่าตอง เท่ากับร้อยละ 9.1 ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) สูงควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทุกราย และผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้สูง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เลี่ยงการรับประทานมือใดมือนึ่งมากเกินไป การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

คำสำคัญ : ความชุกภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

Prevalence of diabetic retinopathy and relation of Hemoglobin A1c level with occurrence of diabetic retinopathy in diabetic patients at Sanpatong hospital, Chiangmai province

Kornkan Jitsopit M.D.

Sanpatong hospital

Abstract

This study was cross-sectional research aimed to study the prevalence of diabetic retinopathy. and to compare the cumulative blood glucose (HbA1c) of diabetic patients between those with diabetic retinopathy and those without diabetic retinopathy. The sample consisted of diabetic patients receiving services in Sanpatong Hospital. from January 1, 2022, to December 31, 2022, totaling 362 people. Statistics used for analysis Descriptive data were percentage, mean, and standard deviation. And analyze the relationship between the accumulated sugar level in the blood. (HbA1c) in patients with diabetic retinopathy and patients without diabetic retinopathy by binary logistic regression.

The result found that the prevalence of diabetic retinopathy in diabetic patients was 9.1%, most of which were mild NPDR 5.5%, followed by moderate NPDR 2.8% severe NPDR 0.6%, and the least common PDR. 0.3% respectively. The relationship between HbA1c level and occurrence of diabetic retinopathy, the patients with $HbA1c \geq 7\%$ had a higher chance of developing diabetic retinopathy than patients with $HbA1c < 7\%$ by 3.86 times (AOR 3.86, 95%CI 1.52 – 9.75, p-value 0.004)

Summary and recommendations High blood sugar levels (HbA1c) are associated with diabetic retinopathy. and the prevalence of diabetic retinopathy in diabetic patients at Sanpatong Hospital is equal to 9.1 percent. Therefore, diabetics, especially high-risk patients with elevated blood sugar levels (HbA1c), should be screened for complications of diabetic retinopathy. And patients with diabetes must control various risk factors. Especially to control the blood sugar level not to be high. To reduce the risk of developing diabetic retinopathy, such as changing dietary habits and Avoiding eating too much at any one meal. weight control to be within normal criteria.

Keyword: Prevalence of diabetic retinopathy, Hemoglobin A1c level (HbA1c)

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ.2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคนและคาดว่าในปี พ.ศ.2573⁽¹⁾ จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที จากรายงานกระทรวงสาธารณสุข พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี พ.ศ.2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลทำให้หลอดเลือดเสื่อมซึ่งรวมถึงการสูญเสียการมองเห็นจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่พบได้ถึงร้อยละ 30.7⁽²⁾ ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอาจจะทำให้ตาบอดอย่างถาวร ทำให้รัฐบาลสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษา ดังนั้นการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เพื่อที่จะค้นหาและวินิจฉัยโรคแทรกซ้อน จึงเป็นงานที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่วัยแรก ก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จนเป็นเหตุให้สูญเสียการมองเห็นที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเกิดจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงจอประสาทตาเกิดการอุดตันทำให้ขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงจอประสาทตา และกระตุ้นให้เกิดการสร้างเส้นเลือดใหม่อย่างผิดปกติที่จอประสาทตา และเกิดการรั่วของน้ำเลือดและโปรตีนในน้ำเลือดออกสู่เนื้อเยื่อจอประสาทตาทำให้เกิดภาวะจอประสาทตาบวมน้ำ และการรั่วของไขมัน นำไปสู่การทำลายจอประสาทตาเกิดการลดลงหรือสูญเสียการมองเห็นในปัจจุบันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตายังไม่มียาที่สามารถป้องกันการเกิดภาวะนี้ได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจุบันการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ช่วยในการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ดีกว่าการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาก่อนอาหาร (FPG) การตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เป็นการประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยย้อนหลังได้ประมาณ 2-3 เดือน⁽³⁾ ซึ่งสามารถใช้ประเมินภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ดีกว่าการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาก่อนอาหาร (FPG)⁽⁴⁾ ที่มีการแปรปรวนได้ จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยสนใจศึกษาความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานจะได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และการตรวจคัดกรองด้วยการถ่ายภาพจอประสาทตาจากกล้องถ่ายภาพจอประสาทตาแบบดิจิทัล (digital fundus camera) ผลการศึกษารั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังโรค การตรวจคัดกรอง

ภาวะแทรกซ้อนก่อนเพื่อแก้ไขความผิดปกติตลอดจนการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสันป่าตอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตากับกลุ่มที่ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ในโรงพยาบาลสันป่าตอง

นิยามศัพท์

ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนทางตาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานาน สาเหตุเนื่องมาจากโรคเบาหวาน ทำให้เกิดความผิดปกติของเส้นเลือดขนาดเล็ก (microvascular) โดยพบว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอยู่เป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางชีวโมเลกุล และทางสรีระวิทยาของเส้นเลือดฝอยที่เลี้ยงจอประสาทตา จนนำไปสู่ความเสียหายของเส้นเลือด ความผิดปกติดังกล่าวจะนำไปสู่การทำลายจอประสาทตา เกิดการลดลง หรือสูญเสียการมองเห็น

ความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง จำนวนกรณีผู้ป่วยที่เป็นภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทั้งหมดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ เวลาหนึ่งๆ หรือกล่าวคือจำนวนผู้ป่วยที่เป็นภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาหารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด โดยคิดเป็นร้อยละ คำนี้นำใช้ประมาณว่าโรคนี้เกิดบ่อยมากเพียงใดในช่วงเวลาหนึ่งๆ

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analysis study) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 6,082 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาในครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Daniel W⁽⁵⁾ ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{สูตร } n = \frac{Z^2 \alpha_2 NP(1-P)}{Z^2 \alpha_2 P(1-P) + (N-1)d^2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดประชากรทั้งหมด 6,082 คน

$Z_{\alpha/2} = 1.96$

P = ค่าสัดส่วนประชากรของการเป็นปัญหา = 0.5

d = ความคลาดเคลื่อน = 0.05

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ 362 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sample) ด้วยวิธีสุ่มจากหมายเลข HN

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจจอประสาทตาในช่วงเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางตาอื่นๆ เช่น ต้อหิน ต้อกระจก

เครื่องมือการศึกษา ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาด้วยกล้องถ่ายภาพจอประสาทตาแบบดิจิทัล (digital fundus camera) ยี่ห้อ Nidek รุ่น AFC-330 บริษัท Afta จำนวน 1 เครื่อง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจเพียงผู้เดียว

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการทบทวนเวชระเบียน ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และผลการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาด้วยกล้องถ่ายภาพจอประสาทตาแบบดิจิทัล (digital fundus camera) แล้วนำข้อมูลที่ได้อัปโหลดโปรแกรม Microsoft Excel ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ ผลการตรวจภาพถ่ายจอประสาทตา แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา คือ ไม่พบเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (No diabetic retinopathy; No DR) ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะไม่ลุกลาม (Non-proliferative diabetic retinopathy; NPDR) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ mild moderate และ severe และภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะลุกลาม (Proliferative diabetic retinopathy; PDR) กรณีที่ตา 2 ข้าง มีความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาไม่เท่ากัน จะนับตาข้างที่รุนแรงกว่า⁽⁶⁾

วิเคราะห์เชิงพรรณนาโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Binary logistic regression ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตากับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง โดยรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว เลขที่ 002/2566

ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 362 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.0 มีอายุเฉลี่ย 55.14 ปี ($SD = 6.04$) สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 61.6 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.9 และดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 25 ร้อยละ 75.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=362)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	94 (26.0)
หญิง	268 (74.0)
อายุ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)(ปี)	55.14 $\pm$ 6.04
สถานภาพ	
โสด	15 (4.1)
สมรส	124 (34.3)
หม้าย/หย่าร้าง	223 (61.6)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงาน	99 (27.4)
เกษตรกร	148 (40.9)
ค้าขาย	8 (2.2)
รับจ้าง	103 (28.5)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4 (1.1)
ดัชนีมวลกาย (Kg/m²)	
< 25	272 (75.1)
$\geq$ 25	90 (24.9)

2. ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (DR group) พบจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 เป็นเพศชาย 9 คน (ร้อยละ 2.5) และเพศหญิง 24 คน (ร้อยละ 6.6) โดยส่วนใหญ่พบเป็นระยะ mild NPDR ร้อยละ 5.5 รองลงมาคือ ระยะ moderate NPDR ร้อยละ 2.8 ระยะ severe NPDR ร้อยละ 0.6 และพบน้อยที่สุด คือ ระยะ PDR ร้อยละ 0.3 และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Non DR group) 329 คน โดยเป็นเพศชาย 85 คน (ร้อยละ 23.5) และเพศหญิง 244 คน (ร้อยละ 67.4) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเท่ากับ 55.02 ปี (SD = 6.01) (ไม่ได้แสดงข้อมูล) และกลุ่มที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเท่ากับ 56.33 ปี (SD = 6.30) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความชุกและระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
(n=362)

Diabetic retinopathy (DR)	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
Non-DR group	85 (23.5)	244 (67.4)	329 (90.9)
DR group	9 (2.5)	24 (6.6)	33 (9.1)
NPDR	9 (2.5)	23 (6.4)	32 (8.8)
Mild NPDR	5 (1.4)	15 (4.1)	20 (5.5)
Moderate NPDR	3 (0.8)	7 (1.9)	10 (2.8)
Severe NPDR	1 (0.3)	1 (0.3)	2 (0.6)
PDR	0 (0.00)	1 (0.3)	1 (0.3)
รวม	94 (26.0)	268 (74.0)	362 (100)

3. ความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ จะมีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็น 4.67 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $< 7\%$ โดยยังไม่ได้กำจัดตัวแปรกวน แต่ถ้าหากกำจัดตัวแปรกวนเพศ อายุ สถานภาพ และดัชนีมวลกาย (BMI) แล้ว กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ จะมีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็น 3.86 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $< 7\%$ (AOR 3.86, 95%CI 1.52 – 9.75, p-value 0.004) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=362)

ปัจจัย	Non DR group (n=329)	DR group (n=33)	Crude odds (95%CI)	Adjusted odds (95%CI)	p-value
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)					
< 7%	301 (91.5)	23 (69.7)	-	-	-
$\geq 7\%$	28 (8.5)	10 (30.3)	4.67 (2.02 – 10.79)	3.86 (1.52 – 9.75)	0.004
เพศ	85 (25.8)	9 (27.3)	-	-	-
ชาย	244 (74.1)	24 (72.7)	0.92 (0.41 – 2.07)	2.05 (0.83 – 5.07)	0.118
หญิง	256 (77.8)	22 (66.7)	-	-	-

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=362) (ต่อ)

ปัจจัย	Non DR group (n=329)	DR group (n=33)	Crude odds (95%CI)	Adjusted odds (95%CI)	p-value
อายุ	73 (22.1)	11 (33.3)	1.75 (0.81 – 3.78)	1.25 (0.54 – 2.90)	0.593
< 60 ปี					
≥ 60 ปี	11 (3.3)	4 (12.1)	-	-	-
สถานภาพ	100 (30.4)	24 (72.7)	0.66 (0.19 – 2.25)	0.61 (0.17 – 2.21)	0.459
โสด	218 (66.3)	5 (15.2)	0.06 (0.01 – 0.26)	0.05 (0.01 – 0.24)	< 0.001
สมรส					
หม้าย/อยู่ร้าง	248 (75.4)	24 (72.7)	-	-	-
ดัชนีมวลกาย (Kg/m ²)	81 (24.6)	9 (27.3)	1.14 (0.51 – 2.57)	1.63 (0.01 – 0.52)	0.282
< 25					
≥ 25					

อภิปรายผลการศึกษา

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ จะมีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็น 4.67 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $< 7\%$ โดยยังไม่ได้กำจัดตัวแปรกวน แต่ถ้าหากกำจัดตัวแปรกวนแล้ว จะมีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็น 3.86 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $< 7\%$ สอดคล้องกับการศึกษาของ United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)⁽¹¹⁻¹²⁾ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะมีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาลดลง โดยผู้ที่ลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลงได้ 1% จะสามารถลด Microvascular complication ลงได้ ร้อยละ 37⁽¹³⁻¹⁴⁾ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยส่งผลให้กระตุ้นการเกิดปฏิกิริยา Aldose reductase pathway เกิดการสะสมของสารซอร์บิทอล (Sorbitol) ปฏิกิริยาไกลเคชัน (Glycation) เกิดเป็นสาร Advanced glycation end products (AGEs) และ Protein kinase C activation⁽¹⁵⁾ นี้มีผลเสียต่อเส้นเลือดฝอยที่จอตา (Retinal capillaries) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็กในจอประสาทตา⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับศึกษาที่พบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับ HbA1c $> 7\%$ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของวัยรุ่น วัยรุ่น วรณะ⁽¹⁷⁾

ความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.1 โดยส่วนใหญ่พบเป็นระยะ mild NPDR ร้อยละ 5.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของธนวัฒน์ คงธรรม⁽⁷⁾ พบความชุกร้อยละ 10.0 และเป็นระยะ mild NPDR ร้อยละ 5.8 ณัฐพงศ์ เมฆาสังหรัญและคณะ⁽⁸⁾ พบความชุกร้อยละ 7.4 เป็นระยะ

mild NPDR ร้อยละ 5.8 และเด่นชัด ต้มโนกุล⁽⁹⁾ พบความชุกร้อยละ 14.6 เป็นระยะ mild NPDR ร้อยละ 6.9 แต่น้อยกว่าการศึกษาของนิภา พวงมี และคณะ⁽¹⁰⁾ พบความชุกร้อยละ 46.4 ซึ่งความแตกต่างของความชุกอาจเนื่องมาจากจำนวนประชากรในแต่ละพื้นที่ ช่วงอายุของผู้ป่วยเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย และอาจเกิดจากการเป็นนักศึกษาในหน่วยบริการระดับตติยภูมิ ที่มีการพัฒนาระบบให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงอาจทำให้ความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสันป่าตองจึงไม่สูงมากนัก

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ ไม่ได้นำปัจจัยระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เข้ามาวิเคราะห์ นอกจากนี้ในการศึกษาความชุกซึ่งมีทั้งผู้ป่วยรายเก่าที่วินิจฉัยเป็นภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอยู่เดิม และที่สำคัญระยะเวลาที่เป็นภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จะมีผลต่อระดับความรุนแรงที่ตรวจพบ และมากกว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่ตรวจพบภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคเบาหวานมาระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี

สรุปผลการศึกษา

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) สูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสันป่าตอง เท่ากับร้อยละ 9.1 โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ป่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้เส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงจอประสาทตาเกิดการอุดตันทำให้ร่างกายสร้างเส้นเลือดฝอยขึ้นมา เพื่อทดแทนเส้นเลือดเดิมที่เกิดการอุดตันเส้นเลือดฝอยเหล่านี้บอบบาง เปราะแตกง่าย ทำให้มีเลือดออกบริเวณจอรับภาพในตา ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) สูงควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทุกราย โดยการตรวจจอประสาทตาด้วยกล้องถ่ายภาพจอประสาทตาแบบดิจิทัล (digital fundus camera) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ป้องกันการสูญเสียการมองเห็นในผู้ป่วยได้

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้สูง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เลี่ยงการรับประทานมีดื้อมีดื้อหนึ่งมากเกินไป การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ทวิช แก้วประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันป่าตอง และคุณนภาพรวรรณประดิษฐ์ พยาบาลวิชาชำนาญการ ตลอดจนทีมสหวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ และ NCD Clinic โรงพยาบาลสันป่าตอง ที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินงานให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas.10th ed. Brussels: Belgium;2021.
2. Rawdaree P, Ngarmukos C, Deerochana- wong C, et al. Thailand diabetes registry (TDR) project : clinical status and long-term vascular complications in diabetic patients. J Med Assoc Thai. 2006;89 (Supple1):S1-9.
3. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์ ชุด โครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พ.ศ. 2554 (Clinical Complication in Type 2 Diabetic Patients). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กร สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
4. Yiling J, Cheng Edward W, Linda S. Geiss et al.Association of A1C and Fasting Plasma Glucose level with diabetic retinopathy Prevalence in the U.S. Population. Diabetes Care. 2009;32(11):2027-32.
5. Daniel W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. 9th edition. New York: John Wiley & SONS; 2010.
6. จุรีพร คงประเสริฐ, สุนัน วัชรสินธุ์, และธิดารัตน์ อภิญา (บ.ก.). (2558). แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
7. ธนวัฒน์ คงธรรม. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 : ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563;35(1):13-25.
8. ณัฐพงศ์ เมฆาสังหรัณย์, สิรินันท์ ตรีชะเวชกุล, จิราวัฒน์ สวัสดิ์วิริยะ, หญิง สุพัฒน์วงศ์, ปณตสม เภา ยุทธกร, อรณิชา พิมพ์และคณะ.ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเบาหวานขึ้นจอตาจากเบาหวานชนิด ที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่งในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสาร มหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2558;23(3):35-45.
9. เคนชัย ตังมโนกุล. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยตรวจเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561;33(3):225-36.

10. นิภาพร พวงมี, กรรณิการ์ คำเตียม, สุกเลศ ประคุณหังสิต. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเบาหวานขึ้นจอตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยตรวจโรคจักษุโรงพยาบาลศิริราช. ธรรมชาติเวชสาร 2560;17(3):336-45.
11. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet. 1998;352:837-53.
12. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS34) Lancet. 1998;352:854-65.
13. Chatziralli et al. Risk factors associated with diabetic retinopathy in patients with diabetes mellitus type 2. BMC Research Notes 2010; 3:153.
14. AL.Ramadhan. Glycemic control (HbA1C) in patients with diabetic retinopathy. Thi-Qar Medical Journal 2011;5:3:103-8.
15. เด่นชัย ตังมโนกุล. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยตรวจเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ นุริรัมย์ 2561:33(3):225-36.
16. วรภัทร จันทร์ลลิต. ภาวะแทรกซ้อนทางตาจากโรคเบาหวาน.วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2559;23(2):36-45.
17. ขวัญเรือน วรเดชะ.ปัจจัยทางเมตาบอลิกที่มีผลต่อภาวะจอประสาทตาเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2555;3:10-23.

การศึกษาบทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

เยาวเรศ บรรเลง, พย.บ (พยาบาลศาสตรบัณฑิต)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

วันที่รับบทความ(Received), 20 มีนาคม 2023, วันแก้ไขบทความ (Revised), 9 พฤษภาคม 2023

วันที่ตอบรับบทความ(Accepted), 10 พฤษภาคม 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาบทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดแพร่ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในกลุ่ม อสม. บุคลากรสาธารณสุข ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกพหุคูณวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นกระบวนการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีบทบาทในการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงสุด ร้อยละ 97.6 รองลงมาคือ แนะนำให้ประชาชนไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค ร้อยละ 96.0 เคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ ร้อยละ 95.5 บันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน ร้อยละ 95.5 บทบาทที่รับผิดชอบน้อยที่สุดคือ ติดตามดูแลผู้กักตัวที่บ้านหรือศูนย์แยกกักในชุมชน ร้อยละ 77.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ บทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ($p < .001$) ระยะเวลาการเป็น อสม. ($p < .001$) อาชีพ ($p < .05$) และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($p < .05$) จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จคือ ความมุ่งมั่นในหน้าที่ จิตอาสา ความตั้งใจ เสียสละ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอไม่มีคุณภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ การสนับสนุนองค์ความรู้ แนวทางการดำเนินงาน วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ การบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการบูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย

คำสำคัญ: บทบาท การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Study of Implementation Role for Surveillance, Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Communities of Village Health Volunteers in Phrae Province

Yaowaret Banleng : B.N.S. (Bachelor of Nursing Science) Phrae Provincial Public Health Office

Abstract

The purposes of this research were to study the process of implementation role for surveillance, prevention and control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in communities of village health volunteers (VHVs) in Phrae Province. The type of research was a descriptive research. The quantitative and the qualitative data were collected from the group of VHVs, public health officers, risk groups and COVID-19 infected groups. The quantitative data were analyzed by inferential statistics and multiple logistic regressions. The qualitative data were analyzed in the aspects of implementation process, success factors, obstacles and suggestions.

The result of the study revealed that 97.6% of VHVs played roles in searching and screening of high risk groups at most level, 96.0% giving vaccination suggestions to people, 95.5% visiting home to follow-up and observe the symptoms, 95.5% recording and reporting on implementation results, and 77.1% of VHVs played the role for surveillance, prevention and control of COVID-19 in communities for following-up the home isolation or community isolation at least level. Factors affecting the statistical significance were VHVs' responsible roles ($p < .001$), duration of being VHVs ($p < .001$), occupation ($p < .05$) and support from the public health officers ($p < .05$). From group discussions and in-depth interview, it was found that factors which led to the success were VHVs' duty determination, voluntary mind, intention, sacrifice, support from departments and related network partners. The obstacles were lack of quality equipment and people's participation. The policy suggestions included providing support to knowledge improvement, operation guidelines and sufficient facilities, information technology system management and administration, and participative operation integration of the network.

Keywords : roles, surveillance , prevention, control, village health volunteers

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคในคน พบครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่นประเทศจีนเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดชื่อโรคนี้ว่า Coronavirus Disease 2019 หรือ COVID-19⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้ประกาศเพิ่มโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายภายใต้ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 เริ่มพบผู้ป่วยรายแรกในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 การระบาดของโรคระลอกแรกในปี พ.ศ.2563 สถานการณ์ทั่วโลก ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อ 83,135,180 ราย เสียชีวิต 1,813,389 ราย ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันสะสม 6,884 ราย เสียชีวิต 61 ราย โดยที่จังหวัดแพร่ พบผู้ป่วยยืนยัน 1 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต และสถานการณ์การระบาดระลอกสอง ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2564 พบว่ามีผู้ป่วยยืนยันสะสม 1,874,146 ราย จังหวัดแพร่ พบผู้ป่วยยืนยัน 1,779 ราย เสียชีวิต 7 ราย⁽²⁾

การระบาดของโรค COVID-19 ในระยะแรกได้สร้างความหวาดวิตกแก่ประชาชนทั่วโลก ประเทศไทยมีการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค เพื่อชะลอการระบาดให้ช้าที่สุดตามมาตรการในการป้องกันและชะลอการแพร่กระจายโรค COVID-19 คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ หรือใช้แอลกอฮอล์ การคัดกรองอุณหภูมิ การหลีกเลี่ยงเข้าไปในสถานที่เสี่ยง การสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน^{(3), (4)} โดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชน ที่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ โดยข้อมูล ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2564 จังหวัดแพร่ มี อสม. 12,128 คน⁽⁵⁾ ที่มีบทบาทในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน ตามแนวทางและมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค COVID-19 จังหวัดแพร่ และแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับ อสม. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ^{(6), (7), (8), (9)}

การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.จังหวัดแพร่ ที่ผ่านมามีประสิทธิภาพระดับหนึ่ง โดยในปี พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยติดเชื้อ เพียง 1 ราย เมื่อพบผู้ป่วยรายแรกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้ดำเนินการควบคุมโรคเชิงรุกทันที มีการคัดกรองและแยกกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจน ทำให้ไม่พบผู้ติดเชื้อเพิ่มเติมหรือเกิดการระบาดในพื้นที่ ส่วนการระบาดระลอกสอง ปี พ.ศ. 2564 ช่วงแรกของการระบาด จังหวัดแพร่พบผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันเป็นลำดับที่ 75 ของประเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 68 ราย⁽²⁾ ต่อมาเกิดการระบาดทั่วประเทศ จังหวัดแพร่ได้รับผู้ป่วยติดเชื้อที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดแพร่ จากกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดกลับมารักษาที่โรงพยาบาลสนามจังหวัดแพร่ เกิดความร่วมมือกับหน่วยงาน ภาคราชการ รวมถึง อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในสถานที่กักตัวของรัฐ (Local Quarantine) สถานที่แยกกักตัวของชุมชน (Community Isolation) การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ซึ่ง อสม. มีส่วนสำคัญในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ อย่างเข้มแข็ง โดยต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ ด้าน เช่น การรับรู้ข่าวสาร องค์ความรู้ การถ่ายทอดนโยบายและมาตรการต่างๆ ลงสู่การปฏิบัติ

ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเรื่องประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะการใช้ ชุดตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยตนเองต่อความรู้ ความมั่นใจ และขั้นตอนการปฏิบัติในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย พบว่าหลังการอบรมด้วยสื่อ วิดีทัศน์และการอบรมด้วยการสาธิต อสม. มีคะแนนความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ รวมถึงความตระหนัก ความเสียวละ และความเข้มแข็งของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงบทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.จังหวัดแพร่ เพื่อให้ทราบถึงบทบาท กระบวนการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม. ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดแพร่ และจังหวัดอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ตลอดจนการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการควบคุมโรค COVID-19 และโรคระบาดอื่นๆ ต่อไป

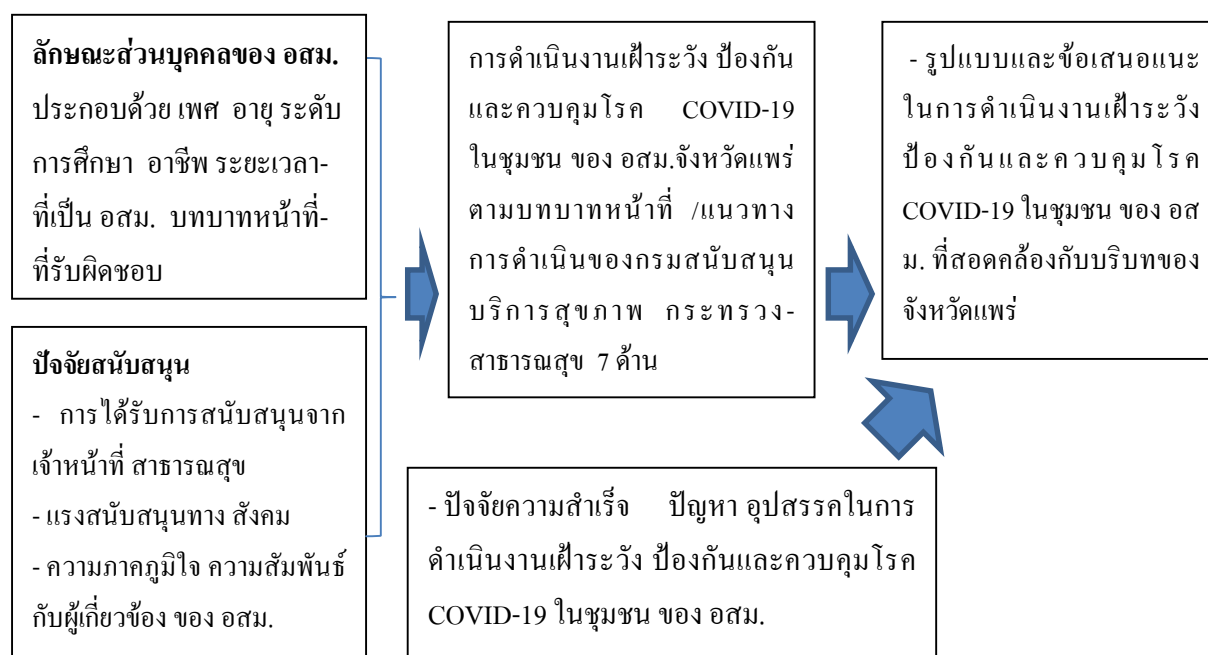
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาท กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.จังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.จังหวัดแพร่

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุน ทางสังคม มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.จังหวัดแพร่

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างในประเด็นเกี่ยวกับบทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม. และมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายบทบาทและรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม. โดยการทำสนทนากลุ่ม อสม. การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และประชาชนในพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 อสม. ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแพร่และปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การประมาณจากจำนวนประชากร⁽¹¹⁾ โดยใช้เกณฑ์ที่จำนวนประชากรเป็นหลัก همین กำหนดขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 ของ อสม. ได้ขนาดตัวอย่าง 1,213 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) โดยขั้นตอนแรกเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) ตามสัดส่วนร้อยละ 10 ของ อสม. แต่ละอำเภอ ขั้นตอนที่ 2 เป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เลือกกลุ่มตัวอย่างจาก อสม. ทุกอำเภอตามสัดส่วนร้อยละ 10 เป็น อสม. ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่ และได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพให้เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่จัดการอบรมระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2565 ดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองตามลำดับการลงทะเบียนได้รับการอบรม กลุ่มที่ 2 เป็นบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ตำบล ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ อสม. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโรค COVID-19 ในพื้นที่ รวม 104 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่าง อสม. และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ดังนี้

1. แบบสอบถาม เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ กระบวนการดำเนินงาน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม. ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กรอบแนวคิดการวิจัย ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ^{(12), (13)} นำแบบสอบถาม

และแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องของเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการวิจัยจำนวน 30 ชุด และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ⁽¹⁴⁾ มีค่าความเชื่อมั่น 0.942 ข้อคำถามจำแนกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและหน้าที่รับผิดชอบหลักในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 การประเมินตนเองของ อสม. จำนวน 7 ประเด็น มีข้อคำถามย่อย 42 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนเต็ม 126 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติเป็นประจำ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน ส่วนที่ 3 การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 9 ข้อ คะแนนเต็ม 27 คะแนน ระดับการได้รับการสนับสนุน ระดับมาก 3 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน และน้อย 1 คะแนน ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนจากสังคม หน่วยงานองค์กรกลุ่มต่าง ๆ และครอบครัว 5 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คะแนนเต็ม 15 คะแนน มี 3 ระดับ คือ ระดับมาก 3 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน และน้อย 1 คะแนน ส่วนที่ 5 ทัศนคติ ความพึงพอใจ ความสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ อสม. จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย คะแนนเต็ม 21 คะแนน โดยมีข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ การให้ค่าคะแนนเห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และมีข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ เห็นด้วย 1 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเป็นคำถามแบบปลายเปิด

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคลและการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ซึ่งแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างมีข้อคำถาม 5 ส่วน ส่วนที่ 1 สถานการณ์โรค COVID-19 และการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ อสม. จังหวัดแพร่ จำนวน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์โรค COVID-19 ของจังหวัดแพร่ที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับสถานการณ์ระดับประเทศและระดับโลก 2) การนำนโยบายระดับประเทศ (สพค.) ลงสู่การปฏิบัติ 3) การนำนโยบายระดับจังหวัด (คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด : สปก.จ.) ลงสู่การปฏิบัติ 4) การนำนโยบายระดับอำเภอ (คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ : สปก.อ.) ลงสู่การปฏิบัติ และ 5) การนำนโยบายระดับตำบล (คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล : สปก.ต.) ลงสู่การปฏิบัติ ส่วนที่ 2 การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน ของ อสม. จังหวัดแพร่ ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม. 7 ด้าน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนออกปฏิบัติงานของ อสม. 2) การค้นหา เฝ้าระวัง และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย 3) การจัดทำบัญชีรายชื่อ กลุ่มเสี่ยง การแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 4) การเคาะ

ประตูล็อกบ้านเพื่อสังเกตอาการและให้ความรู้แก่ประชาชน 5) การบริหารจัดการ บันทึก และรายงานผลการดำเนินงาน 6) การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้วัคซีนป้องกันโรค COVID-19 7) การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ และติดตามผู้ป่วยที่แยกตัวที่บ้าน (Home Isolation) และร่วมปฏิบัติงาน ในศูนย์โควิดชุมชน (Communities Isolation) ส่วนที่ 3 การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงาน ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม.
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ ระดับอำเภอ ตำบล ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.ในพื้นที่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการดูแลหรือติดตามเฝ้าระวังป้องกันโรคจาก อสม. และการสนทนากลุ่มของ อสม.

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อัตราส่วนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และความถี่ (Frequency) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอ้างอิงชั้นสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติสมการถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic regression) โดยใช้ไมโครคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การวิเคราะห์แบบอุปนัย แยกแยะองค์ประกอบที่เชื่อมโยง หาลักษณะร่วมและความสัมพันธ์ของข้อมูล⁽¹⁵⁾ เพื่อยืนยันข้อค้นพบและอธิบายเพิ่มเติมจากแหล่งและมุมมองที่แตกต่างกัน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการ รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่โครงการวิจัย PPH No. 021/2564 วันที่ 20 ธันวาคม 2564

ผลการศึกษา

การศึกษายกย่องการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชนของ อสม. จังหวัดแพร่ โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลในกลุ่ม อสม. จำนวน 1,213 คน ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

อสม. ที่ตอบแบบสอบถาม 1,213 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.0 เพศชาย ร้อยละ 21.0 อายุอยู่ระหว่าง 16-81 ปี อายุเฉลี่ย 51.70 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.39) โดยที่ส่วนใหญ่อายุ อยู่ในช่วง 41 – 60 ปี ร้อยละ 71.71 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 61- 80 ปี และ 21-40 ปีตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุดคือ ระดับประถมศึกษาร้อยละ 32.3 ซึ่งใกล้เคียงกับระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 31.0 รองลงมา เป็นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 19.8 ระดับ ปวช./ปวส./อนุปริญญาร้อยละ 10.2 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 60.6 รองลงมาคือ รับจ้างร้อยละ 22.8 และ ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายร้อยละ 9.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 3.1 และน้อยที่สุด คือ ข้าราชการ บำนาญร้อยละ 1.1 ระยะเวลาของการเป็น อสม. มากที่สุดคือ 44 ปี น้อยที่สุด คือ 1 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 13.46 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.82 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 39.9 รองลงมา ปฏิบัติงานต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 35.8 และกลุ่มที่ปฏิบัติงานระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 18.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของ อสม.จังหวัดแพร่ (n = 1,213 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	225	21.1
หญิง	958	79.0
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	0.1
20 -40 ปี	153	12.6
41-60 ปี	861	71.0
61-80 ปี	196	16.2
80 ปีขึ้นไป	2	0.2
(Min = 16 ปี Max = 81 ปี $\bar{x}$ =51.70 S.D.= 9.39)		
ประถมศึกษา	392	32.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	240	19.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	376	31.0
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	124	10.2
ปริญญาตรี	81	6.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของ อสม.จังหวัดแพร่ (n = 1,213 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	735	60.6
รับจ้าง	276	22.8
ลูกจ้างในหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน	33	2.7
ข้าราชการบำนาญ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	13	1.1
ค้าขาย /ธุรกิจส่วนตัว	117	9.6
ระยะเวลาการเป็น อสม.		
ต่ำกว่า 10 ปี	434	35.8
11-20 ปี	484	39.9
21-30 ปี	229	18.9
31-40 ปี	61	5.0
40 ปีขึ้นไป	5	0.4
(Min = 1 ปี Max = 44 ปี $\bar{X}$ = 13.46 S.D. = 9.82)		

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลักในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนพบว่า อสม. มีบทบาทรับผิดชอบหลักสูงสุดที่สุดคือ การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 97.6 รองลงมาคือการแนะนำให้ประชาชนไปฉีดวัคซีนฯ ร้อยละ 96.0 การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ โรค COVID-19 ให้ครบ 14 วัน ร้อยละ 95.5 การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน ร้อยละ 94.3 การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ร้อยละ 93.7 การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน ร้อยละ 92.3 ตามลำดับ โดยมีบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานในศูนย์แยกกักตัวหรือศูนย์โควิดชุมชน (Community Isolation : CI) ต่ำที่สุด ร้อยละ 77.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของ อสม.ที่ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก
ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน (n = 1,213)

บทบาท อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรค COVID-19	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	1,184 (97.6)	29 (2.4)
การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน	1,120 (92.3)	93 (7.7)
การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโรค COVID-19 ให้ครบ 14 วัน	1,158 (95.5)	55 (4.5)
การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ	1,136 (93.7)	77 (6.3)
การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน	1,144 (94.3)	69 (5.7)
การแนะนำให้ประชาชนไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19	1,164 (96.0)	18 (4.0)
การปฏิบัติงานในศูนย์โควิดชุมชน (Community Isolation : CI)	936 (77.1)	277 (22.9)

ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.ทั้งหมด 7 ด้าน พบว่าจะเน้นรวมเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 117.96 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.61 มีคะแนนระหว่าง 60-126 คะแนน การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการให้ครบ 14 วัน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 26.15 รองลงมาคือการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม. และการปฏิบัติงานในศูนย์โควิดชุมชน คะแนนเฉลี่ย 25.38 และ 15.70 คะแนน ตามลำดับ การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 11.14 ซึ่งใกล้เคียงกับการจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วันที่มีค่าเฉลี่ย 11.21 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนของการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม. จำแนกรายด้าน (n= 1,213)

การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุม โรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.	คะแนนเต็ม (คะแนน)	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด
1.การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม.	27	25.38	2.05	16 - 27
2.การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	12	11.14	1.4	4 - 12
3.การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยง เพื่อสังเกตอาการ 14 วัน	12	11.21	1.60	4 - 12

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนของการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน

ของ อสม. จำแนกรายด้าน (n= 1,213) (ต่อ)				
การดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุม โรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.	คะแนนเต็ม (คะแนน)	คะแนน เฉลี่ย	S.D.	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด
1.การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม.	27	25.38	2.05	16 - 27
2.การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับหน่วยงาน และ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	12	11.14	1.4	4 - 12
3.การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยง เพื่อ สังเกตอาการ 14 วัน	12	11.21	1.60	4 - 12
4.การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ โรค COVID-19 ให้ครบ 14 วัน และการปฏิบัติงานเชิงรุก เพื่อ เฝ้าระวัง ให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่	27	26.15	1.88	11 - 27
5.การดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันโรค COVID-19	15	14.28	1.39	5 - 15
6.การบริหารจัดการ การบันทึก และรายงานผล การดำเนินงาน	15	14.09	1.64	5 - 15
7.การปฏิบัติงานในศูนย์โควิดชุมชน (Community Isolation)	18	15.70	2.88	6 - 18
รวม	126	117.96	8.61	60 - 126

การดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม. เมื่อจำแนกเป็น
รายด้านทั้งหมด 7 ด้าน พบว่า อสม. มีการปฏิบัติเป็นประจำ ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม.พบว่ามีการปฏิบัติสูงที่สุดคือ สํารวจสุขภาพ
ตนเองก่อนไปปฏิบัติงานฯ ร้อยละ 94.3 รองลงมาได้แก่ ดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงโดยการรับประทาน
อาหารที่มีประโยชน์ ร้อยละ 92.3 การตรวจคัดกรองสุขภาพตนเองเป็นประจำตามความเหมาะสม ร้อยละ
85.1 ติดตามสถานการณ์ของโรค COVID-19 ระดับประเทศ จังหวัด และพื้นที่อย่างต่อเนื่องร้อยละ 83.7
ค้นคว้าข้อมูล เข้าร่วมประชุม/อบรม เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค COVID-19 อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ
83.3 ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T ร้อยละ 82.9 ศึกษาแบบรายงาน ผลการปฏิบัติงานของ อสม. และ
เรียนรู้เทคโนโลยีไลน์หรือแอปพลิเคชัน“หมอพร้อม” เกี่ยวกับการลงทะเบียนติดตามอาการหลังฉีดวัคซีน

ของประชาชน ร้อยละ 82.3 การเตรียมความพร้อมด้านความรู้เรื่องวัคซีนและการเตรียมตัวรับวัคซีนร้อยละ 70.5 และการปฏิบัติเป็นประจำวันน้อยที่สุดคือ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง) ร้อยละ 70.1

2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการปฏิบัติเป็นประจำสูงสุดคือ ค้นหา เฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและผู้ใกล้ชิดที่เดินทางมาจากกรุงเทพมหานครและพื้นที่เสี่ยง ร้อยละ 86.0 รองลงมาได้แก่ เข้าร่วมปฏิบัติงานตรวจคัดกรองเชิงรุกร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกรณีเกิดโรคระบาดในพื้นที่ ร้อยละ 80.4 และเข้าร่วมปฏิบัติงานตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในงาน/กิจกรรมต่างๆ ทั้งของหน่วยงานของรัฐและเอกชน ร้อยละ 79.2 ตามลำดับ การปฏิบัติเป็นประจำต่ำที่สุดคือ ค้นหา เฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากต่างประเทศและผู้ใกล้ชิด ร้อยละ 77.8

3) การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน พบว่ามีการปฏิบัติเป็นประจำสูงสุดคือ ส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผลการสังเกตอาการแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 87.7 รองลงมาได้แก่ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่กลุ่มเสี่ยงที่แยกสังเกตอาการ 14 วัน ร้อยละ 87.4 ดำเนินการประเมินและแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน ร้อยละ 82.0 และ จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงภายหลังการค้นหา เฝ้าระวัง คัดกรอง หรือรับรายงานตัว ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงให้เป็นปัจจุบันทุกวัน ร้อยละ 76.8

4) การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโรค COVID-19 ให้ครบ 14 วัน และการปฏิบัติงานเชิงรุกเพื่อเฝ้าระวัง ให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ พบว่ามีการปฏิบัติเป็นประจำเรียงลำดับจากสูงที่สุดไปถึงต่ำที่สุด ดังนี้ ล้างมือบ่อยๆ เมื่อสัมผัสหรือจับต้องสิ่งของ ร้อยละ 98.4 สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 98.3 อยู่ห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร และแนะนำผู้ที่สังเกตอาการให้วัดไข้ด้วยตนเอง ร้อยละ 95.9 แนะนำและติดตามเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าของ กลุ่มเสี่ยงและประชาชนในชุมชน ร้อยละ 93.2 ให้ความรู้และแนะนำวิธีปฏิบัติตัวในการสังเกตอาการตนเองและบอกช่องทางติดต่อกรณีพบอาการผิดปกติ กรณีเยี่ยมบ้านผู้ที่แยกสังเกตอาการ 14 วัน ร้อยละ 90.9 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้องทันทีเมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินงานฯ ในพื้นที่ ร้อยละ 90.8 ให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน ร้อยละ 89.2 เข้มงวดให้คำแนะนำการปฏิบัติตามประกาศของจังหวัด เช่น การเข้าออกพื้นที่ งดรวมกลุ่ม การจำหน่ายสุรา หรือมาตรการอื่นๆ ในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนในชุมชน ร้อยละ 84.3 และ จัดบริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อป้องกันโรค COVID-19 เช่น การส่งยาที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมอื่นๆ ร้อยละ 82.3

5) การดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันโรค COVID-19 พบว่า มีการปฏิบัติเป็นประจำสูงสุดคือ ปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างในการรับวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 92.0 รองลงมาได้แก่ ให้คำแนะนำนัดหมายให้ประชาชนไปรับการฉีดวัคซีน ร้อยละ 90.4 มีการปฏิบัติเป็นประจำต่ำที่สุด ได้แก่ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องจัดบริการฉีดวัคซีนเชิงรุกในชุมชน ร้อยละ 81.9 ส่วนการให้ความรู้ แนะนำ

ประชาชนให้เข้ารับการฉีดวัคซีนมีการปฏิบัติประจำสูงเป็นลำดับที่ 3 เช่นเดียวกับการลงทะเบียนกลุ่มเป้าหมายใช้เทคโนโลยีผ่าน Line Official Account “หมอพร้อม” หรือ Application “หมอพร้อม” ร้อยละ 85.1 และใกล้เคียงกับสำรวจกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การติดตามและเยี่ยมสังเกตอาการหลังรับวัคซีนและการรายงานอาการหลังรับวัคซีนของประชาชน ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 85.0

6) การบริหารจัดการ การบันทึก และรายงานผลการดำเนินงาน พบว่า การเตรียมความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ หน้ากากอนามัย ปรอทวัดไข้ แอลกอฮอล์ หรือเจลแอลกอฮอล์ เพื่อให้พร้อมปฏิบัติงานตลอดเวลาที่มีการปฏิบัติประจำสูงสุด ร้อยละ 91.8 รองลงมา ได้แก่ แจ้งเจ้าหน้าที่ของรัฐเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ ในชุมชนที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ร้อยละ 85.66 บันทึกและรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร้อยละ 84.4 และมีการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของชุมชนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ร้อยละ 83.3 การปฏิบัติเป็นประจำที่ต่ำที่สุด คือ ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ร้อยละ 72.4

7) การร่วมปฏิบัติงาน ณ ศูนย์กักตัวเพื่อสังเกตอาการของชุมชน (Community Isolation) พบว่าการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจกับคนในชุมชนเรื่องการกักตัวในศูนย์ฯ มีการปฏิบัติสูงที่สุด ร้อยละ 73.6 รองลงมาเป็นการประสานและรายงานผลการสังเกตอาการแก่ผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 70.4 และประสานผู้เกี่ยวข้องในการรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเข้ารับการกักตัวในศูนย์ฯ ร้อยละ 69.9 เฝ้าระวังสังเกตอาการของผู้ที่กักตัวอยู่ในศูนย์ฯ ร้อยละ 69.0 ช่วยเตรียมและดูแลอาคารสถานที่ของศูนย์ฯ ให้สะอาดปลอดภัยตามหลักวิชาการในการควบคุมป้องกันโรค COVID-19 ร้อยละ 62.3 และดูแลจัดหาอาหาร ยา ของเครื่องใช้ ให้แก่ผู้ที่กักตัวอยู่ในศูนย์ฯ ร้อยละ 57.4 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนเป็นประจำทั้ง 7 ด้าน คือ บทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ($p < .001$) ระยะเวลาในการเป็น อสม. ($p < .001$) อาชีพของ อสม. ($p < .05$) และการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($p < .05$)

ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค COVID-19
ในชุมชนของ อสม.จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (n = 1,213)

ตัวแปร	B	Beta	t	p-Value
บทบาทหน้าที่รับผิดชอบหลักของ อสม.	-.083	-.131	-4.497	< 0.001
ระยะเวลาในการเป็น อสม.	.047	.079	2.571	< 0.001
อาชีพ*	-.052	-.064	2,227	< 0.05
การได้รับการสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.007	.076	2.110	< 0.05

*การวิเคราะห์เปรียบเทียบอาชีพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาชีพเกษตรกร และกลุ่มอาชีพที่ไม่ใช่เกษตรกร ได้แก่ รับจ้าง ข้าราชการบำนาญ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัวและผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุข พบว่า 1) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ อสม. ภายใต้กลไกการทำงานตามทีศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) กำหนด จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ตำบล สื่อสารข้อมูล ผ่านการประชุมชี้แจง กลุ่มไลน์ ซึ่งผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข มีความเห็นว่า อสม.มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการในพื้นที่ 2) อสม.มีการรับรู้บทบาทของตนเองในการปฏิบัติงานหลักตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ “เป็นบทบาทที่สำคัญมากเพราะ อสม. อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ สามารถทราบข่าวได้ก่อนและประสานงานแจ้งข่าวให้เจ้าหน้าที่ทราบและดำเนินการเฝ้าระวัง” (รพ.สต.1) กลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์เห็นว่า อสม.มีการรับรู้บทบาทของตนเอง มีความตั้งใจ มุ่งมั่นที่จะร่วมกันในพื้นที่ของตนเอง “มีเพียงบางคนที่ในช่วงแรกของการระบาดที่ยังมีความหวาดกลัว วิดกกังวลว่าตัวเองจะติดเชื้อจากกลุ่มเสี่ยง เมื่อได้รับความรู้ ข้อมูลต่างๆ ก็เข้าใจและเต็มใจทำงาน” (รพ.สต.5) 3) การให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุ หน้กากอนามัย แอลกอฮอล์ เครื่องวัดอุณหภูมิ อย่างเพียงพอ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้ รวดเร็ว นโยบายและแนวทางที่ชัดเจน มีความยืดหยุ่นในทางปฏิบัติ แต่ต้องอยู่บนหลักวิชาการในการควบคุมป้องกันโรค ความเป็นจิตอาสาของ อสม. การสนับสนุนจากหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง

การสนทนากลุ่มในกลุ่ม อสม.4 ตำบล 48 คน พบว่า 1) การรับรู้ข้อมูล สถานการณ์โรค นโยบาย มาตรการ แนวทางต่างๆ ลงสู่การปฏิบัติของ อสม. ส่วนใหญ่ผ่านการอบรม ประชุม รับรู้ข้อมูลผ่านกลุ่มไลน์ของ รพ.สต. กลุ่มไลน์ของ อสม. และรับฟังข่าวสารทางโทรทัศน์ จากประกาศของจังหวัด การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน ในช่วงแรกมีความวิตกกังวลเรื่องการป้องกันตนเอง กลัวการติดเชื้อ “

ตอนแรกๆ กลัวติดโรคเวลาที่ไปเคาะประตูเยี่ยมบ้านผู้ที่กักตัว ตอนหลังเราเข้าใจว่าเขาเป็นแค่กลุ่มเสี่ยงที่อาจจะแค่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ไม่ได้เป็นคนติดเชื้อก็เลยทำงานสะดวกขึ้น แต่กลายเป็นว่าชาวบ้านกลัวเราแทนเพราะเราไปดูแลคนหลายๆ คน จนเขาคิดว่าเราเป็นกลุ่มเสี่ยง” (อสม.1) 2) การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของ อสม. พบว่า ในทุกพื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามนโยบายและแนวทางที่จังหวัดอำเภอและตำบลกำหนด โดย อสม.ทุกคนรับรู้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของตนเอง ที่จะต้องดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันไม่ให้มีการระบาดของโรคในพื้นที่ ประเด็นที่ อสม.ดำเนินการ คือ การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ เคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโรค COVID-19 ประสานการดำเนินงาน รายงานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง แนะนำประชาชนไปฉีดวัคซีน ส่งยาที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานศูนย์โควิดชุมชน ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานคือ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ เครื่องวัดอุณหภูมิไม่มีคุณภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่พบว่าประชาชนบางคนไม่ตระหนักถึงการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ เช่น ในกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด บางคนไม่ปฏิบัติตามแนวทางการกักตัว “ชาวบ้านบางคนไม่เข้าใจกติกาวิธีปฏิบัติที่เรานำมาใช้ในหมู่บ้านก็ต่อต้านไม่ยอมให้ อสม.เข้าไปยุ่งเกี่ยว เราก็ต้องไปอธิบายหรือปรับ กฎ กติกาบางอย่างก็อะลุ่มอล่วยได้แต่บางอย่างถ้ายกเว้นคนหนึ่งก็จะเดือดร้อนกันไปหมด” (อสม.2) ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์รายบุคคล ในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ตอบว่า บางครั้งมีความจำเป็นต้องออกนอกบ้านเพื่อไปทำธุระจึงไม่สามารถกักตัวได้ ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จคือ ความมุ่งมั่นในหน้าที่ จิตอาสา ความตั้งใจ ความเสียสละของ อสม.“ ต่อให้เรากลับแค่ไหน โดยเฉพาะช่วงแรกๆ ที่มีการระบาดเราก็ต้องไปหาเขา (กลุ่มเสี่ยง) เพราะเราต้องเสียสละ มีความเป็นจิตอาสาทำหน้าที่เพื่อไม่ให้โรครันระบาดในหมู่บ้านของเรา” (อสม.3) “เรื่องการรับวัคซีนป้องกันโรค อสม.ต้องทำตัวเป็นตัวอย่าง ตอนแรกก็กังวล ไปหมด ข้าวออกมาก็ไม่ค่อยดี กลัวแพ้ แต่ก็ต้องฉีด เพราะเราเป็น อสม. ต้องเป็นค่าน้ำ เป็นตัวอย่างที่ดี ก็ไปฉีดรอบแรกเลย ” (อสม.4) และการสนับสนุนจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูล แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทันต่อสถานการณ์ ระบบเทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันที่ง่ายต่อการใช้งาน ไม่ซับซ้อน ค่าใช้จ่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่ง อสม. มีค่าใช้จ่ายอินเทอร์เน็ตอยู่ระหว่าง 200 – 1,000 บาทต่อเดือน “ สิ่งที่ยอยากให้สนับสนุนอีกอย่างหนึ่งคือ ค่าใช้จ่ายในการใช้โทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ต เพราะต้องใช้กันทุกคน บางคนทำไม่เป็นก็อาศัยเพื่อน อสม. หรือลูกหลานช่วยทำ” (อสม.5) และคำตอบแทนที่เหมาะสม

การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ติดเชื้อที่กักตัวที่บ้าน พบว่า ได้รับการประสาน ติดตาม สังเกตอาการโดย อสม. ร้อยละ 100 การรับรู้ที่ อสม.มีบทบาทด้านการเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 กักตัวที่บ้าน ร้อยละ 93.33 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของ อสม.ร้อยละ 96.66 มีกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงที่กักตัวที่บ้านบางคนตอบว่า การที่ต้องลงทะเบียนเข้าพื้นที่มี อสม. มาติดตามสอบถามข้อมูลทำให้เกิดความเครียด และบางคนก็ไม่สะดวกที่จะกักตัวเนื่องจากมีภารกิจที่จะต้องออกไปปฏิบัติงานนอกบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาบทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม. จังหวัดแพร่ พบว่า อสม.มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบหลัก ด้านการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด รองลงมาคือ แนะนำให้ประชาชนไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน บทบาทที่รับผิดชอบน้อยที่สุดคือ ติดตามดูแลผู้กักตัวที่บ้านหรือ ศูนย์แยกกักในชุมชน ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม. พบว่า การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการให้ครบ 14 วัน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม. และการปฏิบัติงานในศูนย์โควิดชุมชน ซึ่งการเคาะประตูเยี่ยมบ้านเป็นหนึ่งในมาตรการและแนวทางที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค COVID-19 สำหรับ อสม. ในช่วงของการระบาดของ โรค COVID-19 ระลอกแรก โดยการเคาะประตูเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน คือ เคาะที่ 1 สำรวจหน้ากากอนามัยว่ามีเพียงพอหรือไม่ และส่งข้อมูลรายงานผู้ที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน เคาะที่ 2 ไปมอบหน้ากากผ้าให้แก่สมาชิกในบ้านเพื่อใช้ป้องกันโรค เคาะที่ 3 เข้าไปติดตามว่าในบ้านในชุมชน มีใครเดินทางไปหรือกลับจากพื้นที่เสี่ยงหรือไม่ และคัดกรองด้วยการซักประวัติ สอบถามอาการ และวัดไข้ จนครบ 14 วัน พร้อมทั้งประสานงานส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อทำการวินิจฉัยว่าเป็น COVID-19 หรือไม่ หากพบเชื้อจะส่งต่อไปรักษาต่อไป⁽⁷⁾ ซึ่งมาตรการดังกล่าวได้มีการถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติ ทั่วประเทศ ถือเป็นบทบาทหน้าที่ของ อสม. จึงทำให้มีค่าเฉลี่ยในการดำเนินงานสูงสุดและเป็นเทคนิคการเข้าถึงประชาชนที่ดี

ส่วนการติดตามดูแลผู้กักตัวที่บ้านหรือศูนย์แยกกักในชุมชน ในการระบาดระลอก 2 ถึงแม้ว่า อสม. จะตอบว่าเป็นบทบาทที่รับผิดชอบน้อยที่สุด เนื่องจากการติดตามผู้ที่พบติดเชื้อโดยการตรวจ ATK ที่แยกกักตัวที่บ้านหรือศูนย์โควิดชุมชน ซึ่งเป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ อสม.ตอบว่าไม่ใช่บทบาทหน้าที่หลักของอสม. แต่ในทางปฏิบัติ อสม.ก็เข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการติดตามผู้ติดเชื้อที่กักตัวที่บ้านเพื่อสังเกตอาการ ส่งอาหารและยา และช่วยปฏิบัติงานในศูนย์โควิดชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ Krassanairawiwong T, et.al พบว่าประเทศไทยมีบุคลากรของสถานอนามัยตำบล 40,000 คน และ อสม. มากกว่า 1 ล้านคน มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของ 23 ล้านครัวเรือน ใน 75,032 หมู่บ้าน อสม.ได้รับการฝึกอบรม การเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำด้านสุขอนามัย เข้าร่วมแคมเปญ 'Big Cleaning Day' ผลิตหน้ากากผ้า ระบุผู้เข้าเยี่ยมที่มีความเสี่ยงสูงเชิงรุก และติดตามกรณีที่ถูกกักกัน คนไทย 7.4 ล้านคน ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับสุขอนามัยชาวบ้าน 1.3 ล้านคน เข้าร่วมการรณรงค์และผลิตหน้ากากผ้าทำมือ 3.6 ล้านชิ้นในเดือน มีนาคม 2563 มีครัวเรือนที่มีผู้เดินทางเข้ามา 3.9 ล้านครัวเรือน และตรวจพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 40,000 ราย ความเข้มข้นของการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกเพิ่มขึ้นเป็น 12.6 ล้านราย และตรวจพบผู้ป่วย 834,000 ราย ในเดือน

เมษายน 2563 เกือบ 800,000 ราย ปฏิบัติตามมาตรการกักตัวที่บ้าน 14 วัน ซึ่ง 3.6% มีอาการที่สงสัยว่าติดเชื้อทางเดินหายใจ บุคลากรและ อสม. สามารถมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁶⁾ และการศึกษาของ Phudit Tejavivaddhana, et.al. ที่พบว่า การปฏิบัติงานของ อสม. ของไทยในช่วงการระบาดใหญ่ของ COVID-19 เป็นหนึ่งในปัจจัยความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมโรค ภายใต้แนวคิดของการดูแลสุขภาพเบื้องต้นตามปรัชญาแห่ง อัสตานา พ.ศ. 2561 ที่ช่วยให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการที่จำเป็น โดย อสม. ได้ปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือทั้งภาครัฐ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนในพื้นที่ ในการสร้างเสริมศักยภาพคนและชุมชนให้สามารถดูแลตนเองและผู้อื่น ผ่านการให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับ การป้องกัน COVID-19 เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และการเว้นระยะห่างทางสังคม สนับสนุนระบบการเฝ้าระวังในพื้นที่ เช่น การคัดกรองเชิงรุก การรายงานผู้ป่วยที่ตรวจพบในระยะแรก การติดตามประชาชนที่ได้รับการรักษา ฯลฯ รวมถึงการช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน ในการกักกันโรคในท้องถิ่น (Local Quarantine) ลดภาระการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยที่ไม่ใช่ COVID-19 รวมถึงสร้างเครือข่าย Grab Drug เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับยาโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาลในพื้นที่ ตลอดจนช่วยชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อระดมทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19⁽¹⁷⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Parajuli, et.al. ที่พบว่าในประเทศเนปาลช่วงที่เริ่มมีการระบาดของโรค COVID-19 ประชาชนในเขตชนบทของเนปาล ยังไม่ทราบเกี่ยวกับหลักการพื้นฐานบางประการของการป้องกันโรค COVID-19 การให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับหลักการ เว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือ และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันชุมชนที่ประสบความสำเร็จจากโรค COVID-19 โดยมีอาสาสมัครหญิง (Female Community Health Volunteers : FCHVS) เป็นเสาหลักในการดำเนินโครงการสุขภาพชุมชนในเนปาลในฐานะทูตด้านการแพทย์ในชุมชน รัฐบาลเนปาลได้รวม FCHVS เป็นสมาชิกทีมหลักของ COVID-19 Prevention Group-CPG ซึ่งรับผิดชอบและมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19⁽¹⁸⁾

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม. โดยวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าดังนี้ (1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. (2) บทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวังป้องกันโรค COVID-19 ของ อสม. 7 ด้าน (3) การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 9 ประเด็น ได้แก่ 1) การประชุม/ชี้แจงแนวทางวิธีการปฏิบัติงานในพื้นที่ 2) การอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ 3) สื่อความรู้ ข้อมูลข่าวสาร 4) การติดตามให้ข้อมูล คำแนะนำ ในการปฏิบัติงานในชุมชน 5) จัดกิจกรรมให้ อสม.ทำร่วมกัน 6) แสดงความห่วงใยและเปิดโอกาสให้ อสม.ระบายความวิตกกังวลในการปฏิบัติงาน 7) อุปกรณ์ในการป้องกันตัว 8) อุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน 9) งบประมาณในการดำเนินงาน (4) การได้รับการสนับสนุนจากสังคม หน่วยงานต่างๆ ได้แก่ 1)

การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ จาก อบต.หรือเทศบาล หรือองค์กรต่างๆ ผู้ที่มีชื่อเสียง นักการเมือง ในพื้นที่ 2) ความร่วมมือจากหน่วยงาน องค์กร กลุ่มอาสาสมัคร 3)ความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ 4) หน่วยงานระดับจังหวัดเห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน 5)การสนับสนุนจากบุคคลใน ครอบครัว 5) ความภาคภูมิใจ ความสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอสม.

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

(1) บทบาทหน้าที่รับผิดชอบหลักของ อสม. ($p < .001$) โดย อสม.ตอบว่าบทบาทหน้าที่ทั้ง 7 ด้าน เป็นบทบาทหน้าที่หลักของ อสม.ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จะปฏิบัติงาน ในระดับเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ หล่อเพชร ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน พบว่าปัจจัย ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ ระดับการรับรู้ตามบทบาทของ อสม.มีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติงานตามบทบาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $0.01^{(19)}$ และการศึกษาของปรานค์ จักรไชยและคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี พบว่าการรับรู้ บทบาทการปฏิบัติงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01^{(20)}$

2) ระยะเวลาการเป็น อสม. ($p < .001$) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เป็น อสม.กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน ของ อสม.พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ นววรรณ ศรีดาวเรืองและคณะ ที่ศึกษาการ ถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID_19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ที่พบว่าปัจจัยที่มี ผลต่อค่าเฉลี่ยของความถี่ของการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ได้แก่ อาชีพ พื้นที่ ที่ปฏิบัติงาน ช่องทางการสื่อสาร บทบาทการประสานกับเครือข่าย โดยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการเป็น อสม.กับค่าเฉลี่ยของความถี่ของการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ อสม.⁽¹²⁾

3) อาชีพ ($p < .05$) เมื่อจำแนกอาชีพของอสม.ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ อาชีพเกษตรกร และกลุ่มอาชีพ อื่นๆ พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นววรรณ ศรี ดาวเรืองและคณะ ที่ศึกษาการถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศ ไทย พบว่า อสม. ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรมีการปฏิบัติงานโดยรวมเป็นประจำ คิดเป็น 6.87 เท่าของ อสม. ที่มีอาชีพอื่น⁽¹²⁾

4) การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ วิชัย ศิริวรรณชัย ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาท ของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน พบว่า การได้รับความรู้และแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001⁽²¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Phudit Tejavivaddhana, et.al. ที่พบว่า การเสริมสร้างศักยภาพสำหรับ อสม. ในการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงสำหรับการสื่อสาร สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อเพื่อรักษาพยาบาล เป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค⁽²²⁾

จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จคือ ความมุ่งมั่น ในหน้าที่ จิตอาสา ความตั้งใจ เสียสละ และปัจจัยการสนับสนุนจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ ที่ศึกษาการถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. ซึ่ง อสม. กล่าวว่า “ในระลอกแรกนั้นคือ รู้สึกกลัวมากไม่มั่นใจว่าตนเองจะปลอดภัยหรือไม่ เพราะยังไม่ค่อยรู้อะไร แต่ก็ทำหน้าที่อย่างดีที่สุด ถ้าจะต้องติดเชื้อและตาย จากการทำงานนี้ก็คิดว่าจะยอมตายในหน้าที่” (12) และกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของ อสม. ในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยภายในคือแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Motivation for work) โดยถือเป็นบทบาทหน้าที่ของ อสม. เป็นการทำงานเพื่อพี่น้องประชาชนและเพื่อประเทศชาติ ความภาคภูมิใจที่เป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันโรค COVID-19 เป็นแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตนเอง เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนในชุมชน และปัจจัยภายนอกได้แก่ การให้ความรู้ การสื่อสาร การวางแผน การมอบหมายงาน การกำกับติดตาม และการจัดสรรหาอุปกรณ์ การป้องกัน การทำลายเชื้อ อย่างเพียงพอและมีคุณภาพ ช่วยให้ การปฏิบัติงานของ อสม. มีประสิทธิภาพ และจากผลการศึกษาและข้อเสนอแนะของ Parajuli, et.al.⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าอาสาสมัครหญิง (FCHVs) ประสบความสำเร็จในการสร้างความไว้วางใจและสานสัมพันธ์กับผู้คนในสายงานของตน สามารถแก้ไขความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับ COVID-19 ได้ดีเนื่องจากสามารถสื่อสารและประสานงานกับคนในท้องถิ่นด้วยภาษาและวัฒนธรรมเดียวกัน มีทักษะการให้คำปรึกษาและมีแรงจูงใจที่มีประสิทธิภาพ และยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตื่นตัวและต่อต้าน การตีตราผู้ป่วย COVID-19 ซึ่งรัฐบาลเนปาลควรมีการฝึกอบรม FCHV ที่ทำงานเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนวหน้า ที่อาจเผชิญกับการใส่ร้าย การแบ่งแยก และอาจถูกประณามจากสังคมในรูปแบบต่างๆ รวมถึงภาระงาน พื้นที่รับผิดชอบที่มีมากเกินไป ขาดความรู้ ความสามารถทางเทคนิคในด้านต่างๆ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ความสามารถในการรายงานด้วยระบบดิจิทัล และการเข้าถึงสื่อที่จำกัดอาจทำให้ประสิทธิภาพในการทำงาน

ลดลง ดังนั้นจึงควรได้รับสิ่งจูงใจพิเศษ การประกันและการสนับสนุนด้านจิตใจ และรางวัลสำหรับการบริการในชุมชน

ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 คือ วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่มีคุณภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่พบว่าในช่วงแรกของการระบาดของโรค COVID-19 มีอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอุปกรณ์ป้องกันตัว เช่น หน้ากากอนามัย ได้มีการแก้ปัญหาโดยการจัดอบรมเพื่อทำหน้ากากผ้า และอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองอุณหภูมิ (Thermoscan) ไม่มีคุณภาพเมื่อใช้งานต่อเนื่องกันจะแปรผลคลาดเคลื่อน และการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่พบว่าบางคนยังไม่ตระหนักถึงการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ เช่น ยังมีการรวมกลุ่มเลี้ยงสังสรรค์ การเข้าบ่อนไก่ ในกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด บางคนไม่ปฏิบัติตามแนวทางการกักตัว ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์รายบุคคล ในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ตอบว่า บางครั้งมีความจำเป็นต้องออกนอกบ้านเพื่อไปทำธุระจึงไม่สามารถกักตัวได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีนโยบายการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ให้แก่ อสม.อย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม สนับสนุนคู่มือ แนวทางการดำเนินงาน วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน รวมทั้งค่าตอบแทน ขวัญกำลังใจ ให้แก่ อสม. อย่างเหมาะสม ควรมีการบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันเพื่อการบูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน และควรมีการพัฒนาศักยภาพ ด้านการใช้เทคโนโลยี แอปพลิเคชัน สำหรับ อสม. เพื่อการสื่อสาร การรายงานข้อมูลและสนับสนุนอุปกรณ์รองรับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ตลอดจนสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเพื่อไม่ให้เป็นการระแ่ อสม.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์จักร วินัยพานิช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณนายแพทย์เชื้อวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสนับสนุนการดำเนินงานศึกษาวิจัยในครั้งนี้

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed: interim guidance. Retrieved July 8, 2020, from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoVIPC-2020.4>
2. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2564], เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th>
3. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Covid_19 ; 5 มีนาคม 2563; กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี ; 2563.
4. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข. คู่มือมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID_19). [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2564], เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th>
5. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. ระบบบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม.[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : กรมบัญชีกลาง ; [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <https://govwelfare.cgd.go.th/welfare/home>
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติสำหรับ อสม.ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด_19). เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Covid-19 ; 5 มีนาคม 2563; กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี ; 2563.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทาง อสม.เกาะประตูบ้านต้านโควิด_19. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2564] เข้าถึงได้จาก http://phcn.hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-2021-02-25-7-21-3527481.pdf
8. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. คู่มือ อสม.หมอประจำบ้าน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2564] เข้าถึงได้จาก http://phc..moph.go.th/_hss/data_center/Dyn_mod/OSM_Doctor.pdf
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2564]] เข้าถึงได้จาก http://phcn.hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-2021-02-25-7-21-3527481.pdf

- 10.ปรียวัญญ์ ฤทธิศรี. ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะการใช้ชุดตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยตนเองต่อความรู้ ความมั่นใจและขั้นตอนการปฏิบัติในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย.วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก ปีที่ 9 ; ฉบับที่ 3 กันยายน- ธันวาคม 2565: หน้า 36-49.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น.พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น; 2535. หน้า 38
- 12.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์,เพ็ญภา ศรีหรั่ง,รัตนดาวรรณ คลังกลาง,จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, คิษฐพล ใจเชื้อ,และคณะ. การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID_19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย.นันทบุรี: สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ; 2564.หน้า 37-41.
- 13.กิตติพร เนาว์สุวรรณ,นภชา สิงห์วีระธรรม, พงศ์ เทพอักษร. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID_19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต] . ปีที่ 7 ; ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม- สิงหาคม 2563. [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/242083/164646>: หน้า ก-จ.
14. Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing (5th ed.). New York : Harper Collins Publishers .(pp.202-204). From <http://thesis.rru.ac.th/files/pdf>
- 15.เอี่ยมพร หลินเจริญ. เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ.วารสารวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. ปีที่ 17 ; ฉบับที่ 1 เดือน กรกฎาคม 2555 . [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก <http://www.cmruir.cmru.ac.th/Bibliography>. หน้า 17-29.
16. Krassanairawiwong, T., Suvannit, C., Pongpirul, K., & Tungsanga, K. Roles of subdistrict health office personnel and village health volunteers in Thailand during the COVID-19 pandemic. BMJ Case Reports CP. 2021; 14(9): e244765 al
17. Tejativaddhana, P., Suriyawongpaisal, W., Kasemsup, V., & Suksaroj, T. The roles of village health volunteers: COVID-19 prevention and control in Thailand. Asia Pacific Journal of Health Management. 2020;15(3):18-22.
- 18.Parajuli, S. B., Shrestha, S., Sah, A., Heera, K. C., Amgain, K., & Pyakurel, P. Role of female community health volunteers for prevention and control of COVID-19 in Nepal. Journal of Karnali Academy of Health Sciences. 2020 ;3(1): 1-6

- 19.สุดารัตน์ หล่อเพชร.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน. มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี/เพชรบุรี.[อินเทอร์เน็ต].2554 [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566] เข้าถึงได้จาก : <https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail>
- 20.ปรารักษ์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, วรเดช ช่างแก้ว.ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอกรอบครัว จังหวัดปทุมธานี.วารสารพยาบาลสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ปีที่ 31 ; ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม- เมษายน 2560 . [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566]; เข้าถึงได้https://nursing.iserl.org/bcnr/index.php/researcher/profile/rs_popup/6353.หน้า 15-23
ชื่อวารสาร Journal of Public Health Nursing , 31(1), 15-23
- 21.วิชัย ศิริวรจินชัย.ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค โควิด 19 อำเภอยะรัง จังหวัดน่าน.มหาสารนครศรีธรรมราชเวชสาร [อินเทอร์เน็ต].ปีที่ 4; ฉบับที่ 2 มกราคม - มิถุนายน 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]; เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/242083/164646>:หน้า 63-75.

อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลศรี อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

สาวิตตรี เต็กคำ, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ

นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วันที่รับบทความ(Received), 25 เมษายน 2023, วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 22 พฤษภาคม 2023

วันที่ตอบรับบทความ(Accepted), 25 พฤษภาคม 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลศรี อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 อายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 265 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งเก็บรวบรวมระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565-31 มกราคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคส์แควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในกลุ่มอายุ 49 ปี มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ย 6,288.17 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และไม่เคยมีประวัติผ่าตัด โดยพบอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 59.6 อาการที่พบมากที่สุดได้แก่ เหนื่อยง่าย และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ($r=0.652$) ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพตนเอง ($r=0.623$) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ($r=0.630$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.597$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ($r=0.632$)) ข้อค้นพบจากการศึกษาหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดมาตรการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพสำหรับของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19

คำสำคัญ: อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19, พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง, โควิด-19

Long COVID-19 and Factors Related to Self-Care Behaviors of COVID-19 Patients in Kluang Sub-district, Chiang Khong District, Chiang Rai Province

Sawittree Thakham, Taweewun Srisookkhum

Master of Public Health, University of Phayao

Abstract

The purpose of this cross-sectional study was to investigate the Long COVID-19 infection, and factors related to self-care behaviors of COVID-19 Patients in Tambon Kluang, Chiang Khong District, Chiang Rai Province. The study included 265 participants with over 18 years and up who had covid-19 infected and selected by multi-stage random sampling Data was collected by questionnaire between December 1, 2022 and January 31, 2023. Analysis was present descriptive statistic and to investigate factors related to self-care behaviors use frequency, average, percentage, standard deviation, Chi-Square test and Spearman's rank correlation.

The majority of the subjects were female, 49 years old, married, and have graduated from elementary school. They earn an average of 6,288.17 baht and the majorities of them have no underlying disease and have never had surgery. Long COVID-19 was found in 59.6 % of the samples, with dyspnea on exertion most common symptom (77.0 %). Education level (p -value 0.05), self-care perception ($r=0.625$), self-care attitude ($r=0.623$), access to public health services ($r=0.630$), social support ($r=0.597$), and health literacy about COVID-19 ($r=0.632$) were statistically significant factors related to self-care behavior after being infected with COVID-19. The findings should be used by public health facilities to develop promotion activities and health care measures for COVID-19 Patients.

Keywords: Long COVID-19, self-care behavior, COVID-19

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศกำลังเผชิญปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเกิดการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ในลักษณะของการระบาดใหญ่แบบ Pandemic⁽¹⁾ โรคโควิด-19 มีสาเหตุจากเชื้อ SARS-CoV-2 Virus สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโลกจึงสูงขึ้น⁽²⁾ วันที่ 5 สิงหาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกจำนวน 579 ล้าน อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 7,275.94 และเสียชีวิตจำนวน 6 ล้านราย อัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 80.41⁽¹⁾ ณ วันที่ 5 สิงหาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมในประเทศไทย จำนวน 4,600,978 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 6,594.35 จำนวนผู้เสียชีวิต 31,526 ราย อัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 47.65⁽³⁾ และในจังหวัดเชียงใหม่ ณ วันที่ 4 สิงหาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 220,159 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 1,837.86 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 125 ราย อัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 10.43⁽⁴⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2565 พบผู้ป่วยสะสมในอำเภอเชียงของ จำนวน 9,505 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 8,191.28 จำนวนผู้เสียชีวิต 17 ราย อัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 14.65 ในส่วนสถานการณ์ของตำบลศรีภูมิ พบผู้ติดเชื้อสูงเป็นลำดับที่ 4 ของอำเภอเชียงของ ซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 853 รายคิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 15,594.15 จำนวนผู้เสียชีวิต 2 ราย อัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 36.56 สูงเป็นลำดับที่ 2 ของอำเภอเชียงของ⁽⁵⁾

การติดเชื้อโควิด-19 มีผลกระทบเป็นอย่างมากเมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้น จะทำให้เกิดโรคที่ปอด และอาจจะทำให้มีอาการผิดปกติได้หลังการติดเชื้อ เรียกว่าอาการแสดงผิดปกติค้าง หรืออาการแสดงผิดปกติใหม่ที่ยังคงอยู่นานกว่า 4 สัปดาห์ หรือที่เรียกว่า ลองโควิด (Long COVID) ซึ่งอาการแสดงความผิดปกติมีมากกว่า 200 อาการ ทั้งในระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร และอาการอื่น ๆ ที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อระบบใด ๆ ในร่างกาย อุบัติการณ์ลองโควิดสูงถึงร้อยละ 4.7-80 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมดสามารถเกิดขึ้นในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในทุกเพศทุกวัย⁽⁶⁾ ผู้ป่วยที่พบอาการหลงเหลือจากการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 13 ผู้ป่วยไม่พบอาการใด ๆ ร้อยละ 32 ผู้ป่วยที่มีอาการหนึ่งหรือสองอาการ และร้อยละ 55 ผู้ป่วยมีอาการตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไป⁽⁷⁾ จากสถานการณ์การติดเชื้อดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อประชาชนอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาท่ามกลางการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ประชาชนจึงควรมีการดูแลสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่อุ่นร้อน มีประโยชน์ ใช้ช้อนกลาง ออกกำลังกายเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรค การงดสูบบุหรี่ ละเว้นการดื่มแอลกอฮอล์ การดูแลสุขภาพจิตใจเพื่อให้สามารถอยู่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการประกอบอาชีพ⁽⁸⁾ ดังนั้นพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care Behavior) เป็น

กิจกรรมการดูแลตนเอง นับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรของตำบลครั้ง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ สูงกว่าอัตราป่วยต่อแสนประชากรของทั่วโลก สูงกว่าประเทศไทย และสูงกว่าจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งการพบอัตราป่วยที่สูง อาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลครั้ง เป็นอย่างมาก จากการติดเชื้อโควิด-19 มักจะทำให้มีอาการผิดปกติหลังการติดเชื้อ ที่เรียกว่า ลองโควิด (Long COVID) การมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ได้ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 และยังไม่มีการใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลครั้ง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จากประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ทักษะในการดูแลตนเอง การรับรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้จะใช้ในการวางแผน กำหนดมาตรการควรกำหนดมาตรการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองและสนับสนุนการดูแลสุขภาพภายในครอบครัว และชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 และนำแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model มาประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนารูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้ผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลครั้ง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากร

ประชากรในการศึกษา คือ ประชาชนหลังติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลครั้ง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 853 ราย⁽⁵⁾

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชาชนของ Weyne W., D. (1995)⁽⁹⁾

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

N=จำนวนประชากร 853 ราย, n=ขนาดตัวอย่าง, σ^2 =ความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 (S.D. = 4.52) ดังนั้น $\sigma^2 = 0.374^{(10)}$, Z=สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ($1-\alpha=95\%$, $\alpha=0.05$, $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1.96$), ความกระชับของการประมาณค่า ($e=0.04$)

เมื่อกำหนดจะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 242 คน จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 255 คน ผู้วิจัยได้ปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 265 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือความครบถ้วนของข้อมูล

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage cluster sampling) ด้วยวิธีจับสลาก โดยมีวิธีการดังนี้ 1) แบ่งประชากรตามตำบลในอำเภอเชียงของ ออกเป็น 7 ตำบล โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลาก มา 1 ตำบล คือ ตำบลศรี 2) แบ่งประชากรตามลักษณะพื้นที่ตำบลศรี ออกเป็น 11 หมู่บ้าน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลาก 8 หมู่บ้าน คือ หมู่ 1, หมู่ 3, หมู่ 4, หมู่ 5, หมู่ 6, หมู่ 7, หมู่ 9 และหมู่ 10 จำนวน 668 ราย 3) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ในแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 265 คน 4) ใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก โดยการนำชื่อผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ในหมู่บ้านนั้น ที่ถูกสุ่มครั้งแรก มาทำเป็นสลาก 1 ชื่อ ต่อกระดาษ 1 แผ่น แล้วทำการจับสลาก ชื่อชื่อผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ตามสัดส่วนที่คำนวณ จนครบจำนวน 265 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ใช้จากงานวิจัยต่างประเทศ ประกอบด้วย 8 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบรายการ (Check list) และเติมข้อความในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ประยุกต์จากการศึกษางานวิจัย⁽¹¹⁾ และแบบมาตรฐาน⁽¹²⁾ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรา (Nominal Scale) 2 ระดับและเติมข้อความในช่องว่าง ได้แก่ มี=1 คะแนน, ไม่มี=0 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ประยุกต์จากการศึกษางานวิจัย⁽¹³⁾ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00-2.33), ระดับปานกลาง (2.34-3.67), ระดับสูง (3.68-5.00)⁽¹⁴⁾

ส่วนที่ 4 ทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ประยุกต์จากการศึกษางานวิจัย⁽¹⁵⁾ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00-2.33), ระดับปานกลาง (2.34-3.67), ระดับสูง (3.68-5.00)⁽¹⁴⁾

ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ประยุกต์จากการศึกษางานวิจัย^(13,15) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00-2.33), ระดับปานกลาง (2.34-3.67), ระดับสูง (3.68-5.00)⁽¹⁴⁾

ส่วนที่ 6 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประยุกต์จากการศึกษางานวิจัย⁽¹³⁾ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00-2.33), ระดับปานกลาง (2.34-3.67), ระดับสูง (3.68-5.00)⁽¹⁴⁾

ส่วนที่ 7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ประยุกต์จากการศึกษางานวิจัย⁽¹⁶⁾ จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00-2.33), ระดับปานกลาง (2.34-3.67), ระดับสูง (3.68-5.00)⁽¹⁴⁾

ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ประยุกต์จากการศึกษางานวิจัย⁽¹³⁾ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง

ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00-2.33), ระดับปานกลาง (2.34-3.67), ระดับสูง (3.68-5.00)⁽¹⁴⁾

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยเสนอผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน นายแพทย์ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 1 ท่านพบว่าแบบสอบถามนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) จะต้องมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป⁽¹⁷⁾ โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 6 เท่ากับ 1, ส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.97, ส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.93, ส่วนที่ 5 เท่ากับ 0.80, ส่วนที่ 7 และส่วนที่ 8 เท่ากับ 0.84

2. การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนหลังติดเชื้อโควิด-19 พื้นที่ใกล้เคียงอำเภอเชียงของ ได้แก่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดให้ค่าความน่าเชื่อถือได้ของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 0.7⁽¹⁸⁾ โดยความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ในส่วนที่ 2 อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ส่วนที่ 3 การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ส่วนที่ 4 ทศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ส่วนที่ 6 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 และส่วนที่ 8 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.712, 0.753, 0.700, 0.891, 0.778, 0.782 และ 0.700 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งให้อาสาสมัครทราบว่าใช้ระยะเวลาเข้าร่วมและพบนักวิจัย 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที รวมทั้งประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับและชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสอบถามเพิ่มเติมเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและขอความยินยอมในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ เมื่ออาสาสมัครยินดี ที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการอย่างคร่าว ๆ และให้อาสาสมัครเซ็นยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามซึ่งใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที แล้วผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง ตรวจสอบความครบถ้วน ลงรหัส

แบบสอบถาม เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล โดยได้รับรหัสอนุมัติรหัสโครงการ UP-HEC 1.2/003/66 ณ วันที่ 12 พฤศจิกายน 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาในการออกหนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงของ

2. ผู้วิจัยติดต่อกับสาธารณสุขอำเภอเชียงของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครึ่ง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงชุม โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

3. เมื่อถึงวันนัดผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งให้อาสาสมัครทราบว่า จะใช้ระยะเวลาเข้าร่วมและพบนักวิจัย 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที

4. ทำการลงรหัสและจัดระบบข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ หาค่าทางสถิติ เพื่อทำการทดสอบสมมติฐาน และรายงานผลการวิจัยต่อไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง ทักษะในการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนหลังติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายข้อ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของ ประชาชนหลังติดเชื้อโควิด-19 เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และประวัติการผ่าตัดโดยใช้สถิติ Chi-Square

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ การรับรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง ทักษะในการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนหลังติดเชื้อโควิด-19 ใช้ Spearman's Rank Correlation Coefficient เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ โดยใช้เกณฑ์กำหนดค่าระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r)⁽¹⁰⁾ ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
0.70 หรือสูงกว่า	มีความสัมพันธ์สูงมาก
0.50 - 0.69	มีความสัมพันธ์สูง

0.30 - 0.49	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
0.10 - 0.29	มีความสัมพันธ์ต่ำ
0.01 - 0.09	แทบจะไม่มีความสัมพันธ์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 อยู่ในกลุ่มอายุ 42-64 ปี ร้อยละ 50.9 ($\bar{X}=49.39$, S.D. =16.035) สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.7 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 47.2 รายได้ร้อยละ 91.3 อยู่ในช่วง 600-13,733 บาท ($\bar{X}=6,288.17$, S.D.=7,244) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.6 และไม่เคยมีประวัติผ่าตัด ร้อยละ 80.8

ประชาชนหลังติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลครึ่ง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่พบอาการเหนื่อยง่าย มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ปวดกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ไอ ปวดตามข้อ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ตามลำดับ และพบอาการน้อยที่สุด คือ การรับรู้กลิ่นและรสชาติลดลง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนหลังติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลครึ่ง

อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19		
มี	158	59.6
ไม่มี	107	40.4
อาการที่พบได้แก่		
1. เหนื่อยง่าย	106	40.0
2. อ่อนเพลีย	72	27.2
3. ไม่มีสมาธิ	71	26.8
4. ปวดกล้ามเนื้อ	69	26.0
5. นอนไม่หลับ	61	23.0
6. ไอ	60	22.6
7. ปวดตามข้อ	56	21.1
8. หายใจลำบาก	46	17.4
9. ปวดศีรษะ	33	12.5
10. การรับรู้กลิ่นและรสชาติลดลง	13	4.9

การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19, ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19, การเข้าถึงบริการสาธารณสุข, การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19, และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรอิสระและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19	4.55	0.578	สูง
ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19	4.51	0.686	สูง
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	4.47	0.611	สูง
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	4.48	0.626	สูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19	4.43	0.660	สูง
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19	4.20	0.930	สูง

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ด้วยสถิติ Chi-Square ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม			χ^2	p-value
	ปานกลาง (ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	27(43.5)	77(37.9)	104(39.2)	0.629	0.428
หญิง	35(56.5)	126(62.1)	161(60.8)		

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
หลังติดเชื้อโควิด-19 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม			χ ²	p-value
	ปานกลาง (ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	27(43.5)	77(37.9)	104(39.2)	0.629	0.428
หญิง	35(56.5)	126(62.1)	161(60.8)		
สถานภาพ					
โสด	17(27.4)	55(27.1)	72(27.2)	0.515	0.916
สมรส	37(59.7)	116(57.1)	153(57.7)		
หม้าย	3(4.8)	15(7.4)	18(6.8)		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5(8.1)	17(8.4)	22(8.3)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7(11.3)	7(3.4)	14(5.3)	6.443*	0.040
ระดับประถมศึกษา	30(48.4)	95(46.8)	125(47.2)		
มัธยมศึกษาเป็นต้นไป	25(9.4)	101(49.8)	126(47.5)		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	43(69.4)	144(70.9)	187(70.6)	0.057	0.811
มี	19(30.6)	59(29.1)	78(29.4)		
ประวัติการผ่าตัด					
ไม่เคย	52(83.9)	16(79.8)	214(80.8)	0.506	0.477
เคย	10(16.1)	41(20.2)	51(19.2)		

การวิเคราะห์ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ด้วยสถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient พบว่าการรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หลังติดเชื้อโควิด-19

ตัวแปร	r	p-value	ความสัมพันธ์
อายุ	-.110	.075	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	.085	.167	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง	.652	0.001	สูง
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเอง	.623**	0.001	สูง
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	.630**	0.001	สูง
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.597**	0.001	สูง
ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19	.632**	0.001	สูง

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการหลงเหลือ มักมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 59.6 ส่วนใหญ่พบอาการเหนื่อยง่าย มากที่สุดร้อยละ 40.0 รองลงมา ได้แก่ อ่อนเพลีย ร้อยละ 27.2 ไม่มีสมาธิ ร้อยละ 26.8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อเกิดการติดเชื้อโควิด-19 มักส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการแตกต่างกัน ไม่มีลักษณะตายตัว เช่น ไอ มีไข้ ปวดศีรษะ การรับรู้กลิ่นหรือรสชาติลดลง เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยง่าย ปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ ท้องเสีย เกิดจากการที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และบางรายอาจมีอาการทางจิตใจ⁽¹⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มณฑิรา ชาญณรงค์⁽²⁰⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมักมีอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 45.4 โดยพบอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 ถึง 10 เดือน โดยพบอาการมากที่สุดได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 80.9 รองลงมาได้แก่ เหนื่อยง่าย ร้อยละ 56.2 และอาการไอ/ไอ้แห้งๆ/ไอมีเสมหะ ร้อยละ 33.7 จะเห็นได้ว่าเกือบครึ่งหนึ่งหลังจำหน่ายมักมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า

ปัจจัยนำ จากการศึกษาลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลวัง อำเภอเขียงของ จังหวัดเชียงราย พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง มีสัดส่วนของการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา ระดับการศึกษาจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งจะเป็ตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนถึงการดูแลตนเองจะทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่า⁽²¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขประเสริฐ ทับสี⁽¹¹⁾ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่มีระดับพฤติกรรมระดับสูง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา และพบว่าขัดแย้งกับการศึกษาของ นันธิณี วังนันท์, วสันต์ชาย สุรมาศย์ และนัยนา สุแพง⁽²³⁾ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะวัยผู้สูงอายุตอนต้น ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถแสวงหาข้อมูลทางด้านสุขภาพและอาศัยในชุมชนเมือง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสถานบริการได้อย่างหลากหลายตามความพึงพอใจและความต้องการด้านสุขภาพ อาจจะทำให้ระดับการศึกษาไม่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของตน, การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = .652$) เนื่องจากส่วนใหญ่พื้นที่ที่มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิดที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจเห็นได้ว่าผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ดี เกิดจากการที่นำความรู้ได้มานั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ส่งผลให้มีการรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตยา แสงทรัพย์ และเอื้อญาติ ชูชื่น⁽²⁴⁾ พบว่า การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพ จิตชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงขึ้น และพบว่าขัดแย้งกับการศึกษาของ พงศธร ศิลาเงิน⁽¹³⁾ พบว่า การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากพื้นที่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี จริงอยู่ที่ ผู้ที่มีการรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองมาก จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดี แต่ในวัยของผู้สูงอายุเอง การรับรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ถ้าผู้สูงอายุไม่มีความสนใจ ก็จะทำให้ความรู้ที่ได้รับมาไม่มีประโยชน์ ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองมากหรือน้อยจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าเมื่อผู้สูงอายุรู้แล้วมีการนำไปปฏิบัติหรือไม่ เพราะในทางปฏิบัติ พฤติกรรมของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงได้ยาก, ทศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = .623$) ทศนคติ เป็นปัจจัยในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลกระตุ้นหรือชี้นำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพออกมา ไม่ว่าจะเป็นทางตรง

หรือทางอ้อม ทักษะเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้รับจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักจะได้รับการให้ความรู้การเปลี่ยนแปลงทักษะ จากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ปัจจัยดังกล่าวนี้ อาจจะช่วยเหลือ ชัดแย้งหรือยับยั้งการเกิดพฤติกรรมของบุคคล แล้วแต่ระดับทิศทางของปัจจัยที่ได้รับ⁽²⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ โซจิรัส พลไซมาตย์ และเสนห์ แสงเงิน⁽²⁶⁾ พบว่า ทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ชัดแย้งกับการศึกษาของกัญญาลักษณ์ สีทองสม และณรงค์ ใจเที่ยง พบว่า ทักษะไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ปัจจัยเอื้อ พบว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=.630$) จากการศึกษาการเข้าถึงทรัพยากรได้ง่าย มีสถานบริการสุขภาพที่เพียงพอ มีอุปกรณ์เครื่องมือในการรักษาที่เพียงพอ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นันธินีย์ วังนันท์, วสันต์ชาย สุรมาตย์ และนัยนา สุแพง⁽²³⁾ พบว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข เป็นการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพคอยให้คำแนะนำ ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพและการเข้าถึงบริการที่สะดวก และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ สถิติ และพบว่าชัดแย้งกับการศึกษาของ พงศธร ศิลาเงิน⁽¹³⁾ พบว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก พื้นที่ทำการศึกษานั้นมีสถานบริการที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ มีกระบวนการและวิธีการในการตรวจรักษาที่ชัดเจน ประกอบกับกระบวนการสร้างนำซ่อมของกระทรวงสาธารณสุข เน้นการบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเน้นการดูแลตนเองเป็นสำคัญ ผู้สูงอายุสามารถรักษาตนเองในยามเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนั้นไม่ต้องเน้นพึ่งการบริการของรัฐเพียงอย่างเดียวเช่นแต่ก่อน

สำหรับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=.597$) เนื่องจากด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และบุคคลในชุมชน ซึ่งครอบครัวที่เป็นสถาบันใกล้ชิด เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความตระหนักให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้ตอบสนองความต้องการของตนเองได้⁽¹³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขประเสริฐ ทับสี⁽²²⁾ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าชัดแย้งกับการศึกษาของ นายพงศธร ศิลาเงิน ในด้านของแรงสนับสนุนจากบุคลากรทาง

การแพทย์ พบว่า ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำให้มีความคิดหรือแนวคิดค่อนข้างที่จะเป็นตัวของตัวเอง ประกอบกับการยังเป็นผู้สูงอายุที่ยังเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งพึ่งผ่านวัยการทำงาน และคิดว่าตนผ่านการใช้ชีวิตมากกว่าผู้อื่นจากแรงกระตุ้นจากบุคคลภายนอกซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์อาจไม่มีน้ำหนักพอเท่ากับบุคคลภายในครอบครัว

นอกจากนี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=.632$) อธิบายได้ว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาพร อาดัมเจริญ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล⁽²⁷⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค โดยรวมและรายด้าน ในระดับต่ำมาก ต่ำ และปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่าผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุล, จงจิต เสน่หา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และปณิษฐ์ บุรณะทรัพย์ขจร⁽²⁸⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 และขัดแย้งกับการศึกษาของ สุพัตรา เชาวไวย, กิตติพงษ์ พลทิพย์, วิราพร สืบสุนทร, จิรวรรณ ชาประดิษฐ์ และชุมศรี ดันเกตุ⁽²⁹⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 มีการรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ทักษะในการดูแลสุขภาพ มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง จึงควรมีการจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้และตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. ควรมีการจัดกิจกรรมเชิงรุก เช่น การออกไปตรวจสุขภาพประจำปี ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาทั้งทดลอง โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model มาพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19

2. การศึกษาในเชิงคุณภาพในเรื่องของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 เพื่อนำไปถอดบทเรียนและสรุปผลมาใช้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโควิด-19

บรรณานุกรม

1. กรมอนามัย. สรุปสถิติทั่วโลก รายงานสถานการณ์ โควิด-19 ทั่วโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://covid19.anamai.moph.go.th/th/>
2. ปรียวัจน์ ฤทธิศรี. ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะในการใช้ชุดตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยตนเอง ต่อความรู้ ความมั่นใจ และขั้นปฏิบัติในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2565; 9(3): 36-49.
3. กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนประชากรที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. สถานการณ์ โควิด-19 เชียงราย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://61.19.32.29/covid19cr/web/index.php>
5. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเขียงของ. [ข้อมูล ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2565].
6. สิทธิชัย ดันติภาสวสิน. The Long COVID. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 2565; 47(1): 1-2.
7. Elisabeth Mahase. What do we know about “long covid”? [Internet]. 2020 [cited 2020 August 12]. <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2815.long>
8. นัชชา ยันติ และธริธา เวียงปฏี. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2565; 17(1): 57-70.
9. Wayne W., D. Biostatistics a foundation for analysis in the health sciences. 6 th ed. John Wiley&Sons: 1995. 177-178.
10. พีรณัฏธ์ แจขจัด, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบล อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย. วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. 2565; 16(3): 80-94.

11. มณฑิรา ชาญณรงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2565; 28(1): 1-16
12. กรมควบคุมโรค. ภาวะลองโควิด[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=20647&deptcode=brc&fbclid=IwAR0VK4-O6gu1YU_MJbU9r91KIGnoOqfVHpoYiqPMn0ftFR0t1j26qSOWUM
13. พงศธร ศิลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
14. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
15. นันทนา พลที. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองเปรง อำเภอมืองจะเข้จังหวัดจะเข้. 2561.
16. Duong T.V.; Aringazina, A.; Baisunova, G.; Nurjanah, N.; Pham, T.V.; Pham, K.M.; Truong, T.Q.; Nguyen, K.T.; Oo, W.M.; Su, T.T.; et al. Development and validation of a new short- form health literacy instrument (HLS-SF12) for the general public in six Asian countries. Health Lit. Res. Pract. 2019;3(2):91-102.
17. หาบิยะ ดาตุ. การใช้ ปัญหาและความต้องการใช้ฐานข้อมูลออนไลน์ของคณาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
18. ภัสส์สา นวนขนาย. ความสัมพันธ์ระหว่างจิตความสามารถและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท ทีคิวเอ็ม อินชัวร์รันส์ โบรคเกอร์ จำกัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2558.
19. ศุภโชค ก่อวิวัฒน์สกุล. ผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล ในจังหวัดสงขลา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(1): 18-27.
20. มณฑิรา ชาญณรงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2565; 28(1): 1-16.
21. วรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจุฑิโพธิ์พาน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. 2562; 15(2): 1-18.

22. สุขประเสริฐ ทับสี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอ
แก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2563; 3(1):
14-30.
23. นันธิณี วัจนันท์, วสันต์ชาย สุรมาตย์, นัยนา สุแพง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. 2562; 9(2): 55-63.
24. กฤตยา แสงทรัพย์, เอื้อญาติ ชูชื่น. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกาย
และสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัย
และพัฒนา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2562; 11(22): 1-12.
25. จารุณี กันธ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนางั่ว อำเภอเมือง จังหวัด
เพชรบูรณ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2565; 9(3): 19-35.
26. โชจิรส พลไชยมาตย์, เสน่ห์ แสงเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัด
สมุทรสงคราม. วารสารสหวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 2562; 3(1): 65-70.
27. เบญจมาพร อาดัมเจริญ, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับ
พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครและ
ปริมณฑล. วารสารพยาบาล. 2565; 7(13): 27-35.
28. สุสุวิดา ถิ่นเริ่มสกุล, จงจิต เสน่หา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ปกัญฐ บวรณะทรัพย์จร. ผลของ
โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่
2. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2565; 40(1): 84-98.
29. สุพัตรา เชาวไวย, กิตติพงษ์ พลทิพย์, วิจารณ์ สืบสุนทร, จิรวรรณ ชาประดิษฐ์, ชุมศรี ดั่นเกตุ.
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1-2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566;
38(1): 11-20.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

บุญรักษ์ พันธมิตร ส.ม.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคะแวก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ ปร.ค.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับบทความ(Received), 7 เมษายน 2023, วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 8 มิถุนายน 2023

วันที่ตอบรับบทความ(Accepted), 9 มิถุนายน 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่านมัทรี จำนวน 1,025 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 300 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้โรคซึมเศร้า การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงข้อมูลทรัพยากรและพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r=-0.245$, $p\text{-value}<0.001$) สถานภาพสมรส ($r=-0.200$, $p\text{-value}=0.001$) การศึกษาสูงสุด ($r=0.219$, $p\text{-value}<0.001$) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ($r=0.232$, $p\text{-value}<0.001$) ความรู้ ($r=0.216$, $p\text{-value}<0.001$) การรับรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.364$, $p\text{-value}<0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.217$, $p\text{-value}<0.001$) และการเข้าถึงข้อมูลทรัพยากร ($r=0.195$, $p\text{-value}=0.001$) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Factors associated with per depression-reducing behavior in patients with chronic disease in Yan Matsi Sub-district, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province.

Boonruk Pantamit M.P.H.

Ban Hadsakae Health Promoting Hospital, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province

Amornsak Poum PH.D. Public Health, Corresponding author

Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

This descriptive research aimed to study factors associated with per depression-reducing behavior among patients with chronic disease in Yan Matsi Sub-district, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province. Population in this study consisted of 1,025 patients with chronic disease which registered in Yan Matsi health promoting hospital. The sample size calculating used Daniel formula for 300 cases, and systematic random sampling was determined for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 6 parts including, characteristics, knowledge of depression, health perception, social support, information accessibility and depression prevention behaviors. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.89. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that factors was associated with per depression-reducing behavior among patients with chronic disease in Yan Matsi Sub-district, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province, with statistic significant including; age ($r=-0.245$, $p\text{-value}<0.001$) marital status ($r=-0.200$, $p\text{-value}=0.001$) education level ($r=0.219$, $p\text{-value}<0.001$) average income per month ($r=0.232$, $p\text{-value}<0.001$) knowledge ($r=0.216$, $p\text{-value}<0.001$) health perception ($r=0.364$, $p\text{-value}<0.001$) social support ($r=0.217$, $p\text{-value}<0.001$) and accessibility ($r=0.195$, $p\text{-value}=0.001$), respectively. The findings of this study can be used as basic empirical evidence to develop a model preventing depression among patients with chronic disease.

Keyword: Per depression, Chronic disease.

1. บทนำ

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 1 ของทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ในอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิต หน้าที่รับผิดชอบและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนสูงกว่าโรคอื่นๆ และเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยกัน พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียสุขภาวะสูงที่สุด สำหรับอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า พบร้อยละ 1.89 ของประชากรทั่วโลก⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยอัตราการป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมักพบอาการทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เช่น นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หรือหลับไม่สนิท ภาวะท้องอืด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียไม่มีแรง เชื่องช้า ไม่อยากทำงาน มีอารมณ์หดหู่เศร้าหมอง ไม่สดชื่น รู้สึกหงุดหงิด เบื่อหน่ายและมีความคิดอยากตาย สำหรับอาการที่สำคัญคือ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่อยากทำงาน จะพบได้ถึงร้อยละ 97 สำหรับอาการเบื่ออาหารและปัญหาการนอนหลับ พบร้อยละ 80⁽²⁾ ปัญหาที่สำคัญของผู้เป็นโรคซึมเศร้าคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ได้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วเมื่อเริ่มมีอาการในระยะแรก เพราะอาการส่วนใหญ่จะแสดงออกมาด้วยการนอนหลับไม่ปกติ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไม่มีแรงและเหนื่อยง่าย ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนมีปัญหาโรคทางกายจึงไปขอรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพทางกาย นอกจากนี้พบว่าระบบการจัดการโรคซึมเศร้าในชุมชนยังไม่ชัดเจน ทำให้การค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการในระยะเริ่มแรกยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ โรคซึมเศร้าเมื่อไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ความรุนแรงของโรค มักจะมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจนอาจเกิดความเสี่ยงของโรคตามมา และเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวและสังคม เนื่องจากตลอดชีวิตของผู้ป่วยโรคนี้จะมีโอกาสกำเริบซ้ำประมาณ 5 ครั้ง ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดของโรคซึมเศร้า คือ ความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการรุนแรงจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 18⁽²⁾

อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ มีรายงานสถิติฆ่าตัวตาย ปีพ.ศ.2563 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอพยุหะคีรี เท่ากับ 11.92 ต่อแสนประชากร ซึ่งถือว่าอำเภอพยุหะคีรีมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร) เช่นเดียวกับข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี มีรายงานสถิติฆ่าตัวตาย ในปีพ.ศ.2563 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลย่านมัทรี เท่ากับ 20 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ จากข้อมูลการสอบสวนหาสาเหตุของการฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาครอบครัว ภาวะซึมเศร้า การมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและชอบดื่มสุราเป็นประจำ⁽⁴⁾ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย (รง.506S) ของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ ปีพ.ศ.2561 รายงานข้อมูลผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า สาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดจากปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหา

การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาภาวะซึมเศร้า ผิดหวังจากความรัก ความหึงหวงและปัญหาการดื่มสุราเรื้อรัง ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น และมีสาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นคือ การมีพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การติดสุรา การบุหรี่ยาเสพติด ตามลำดับ⁽⁴⁾

จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา⁽⁵⁾ ได้ข้อค้นพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ 1) ตัวผู้ป่วย ต้องมีการรับรู้สุขภาพของตนเองและการฝึกลมองโลกในแง่บวก และ 2) การสนับสนุนและการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลรอบข้าง ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนพัฒนางานสุขภาพจิตของตำบลย่านมัทรีต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

3. วิธีการ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ด้านความรู้ 3) การรับรู้ด้านสุขภาพ 4) แรงสนับสนุนทางสังคม 5) การเข้าถึง ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้า ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2563

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเขตตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 1,025 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่านมัทรี ปีงบประมาณ 2563 ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ขาดยา ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel⁽⁶⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน

3.2 การสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มตัวอย่าง สุ่มเลือกจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่านมัทรีโดยนำรายชื่อของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณระยะห่างของการสุ่ม เพื่อสุ่มเลือกรายชื่อให้ครบตามจำนวน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักของครอบครัว โรคประจำตัว วิธีการรักษาโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามด้านความรู้ ประกอบด้วย ความรู้โรคซึมเศร้า การป้องกันโรคซึมเศร้า ข้อคำถามมีลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง (คะแนน $\geq 80\%$) ระดับปานกลาง (คะแนน 61–79%) ระดับต่ำ (คะแนน $\leq 60\%$)

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชน แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 5 ข้อคำถามการเข้าถึง ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงทรัพยากร ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 6 ข้อคำถามพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การพบแพทย์ให้คำปรึกษา การรับประทานยา ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อประเมินค่าความตรงของเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีความสัมพันธ์เหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁽⁹⁾ เท่ากับ 0.89 เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ เท่ากับ 0.71 การรับรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.91 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.85 การเข้าถึง เท่ากับ 0.87 พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.92 ตามลำดับ

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient โดยพิจารณา ค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ใบรับรองเลขที่ CM 34/2565

4. ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67%) มีอายุระหว่าง 21-59 ปี (61.33%) และมีอายุน้อยกว่า 50 ปี (18%) ($\bar{X}$ =60.45, S.D.=11.187, Max=91, Min=21) มีสถานภาพคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน (74%) รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก (22.33%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (39.33%) และระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (21.67%) มีเพียงร้อยละ 3.66 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน (ไม่ได้ทำงาน) (30%) รับจ้างทั่วไป (28.33%) และเป็นเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) (22%) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 5,000 ถึง 20,000 บาทต่อเดือน (92.67%) ($\bar{X}$ =10,806.67, S.D.=5,072.975, Max=30,000, Min=3,000) ประวัติการมีโรคประจำตัว พบว่า โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (48.91%) โรคเบาหวาน (46.43 %) และไขมันในเลือดสูง (10%) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปรอิสระ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)	ละ	(คน)	ละ	(คน)	ละ		
ความรู้	196	65.30	102	34.00	2	0.70	4.44	0.494
- ความรู้โรคซึมเศร้า	96	32.00	192	64.00	12	4.00	3.88	0.532
- ความรู้การป้องกันโรคซึมเศร้า	230	76.70	68	22.30	3	1.00	4.58	0.453
การรับรู้ด้านสุขภาพ	195	65.00	103	34.30	2	0.67	4.41	0.476
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า	235	78.30	64	21.30	1	0.30	4.63	0.422
- การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	179	59.70	121	40.30	0	0	4.32	0.491
- การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	270	90.00	30.00	10.00	0	0	4.81	0.301
- การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	147	49.00	145	48.30	8	2.70	4.10	0.550
แรงสนับสนุนทางสังคม	280	93.00	20	7.00	0	0	3.85	0.578
- แรงสนับสนุนจากครอบครัว	265	88.30	35	11.70	0	0	4.80	0.321
- แรงสนับสนุนจากชุมชน	298	99.30	2	0.70	0	0	4.67	0.281
- แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	277	92.30	23	7.70	0	0	4.91	0.266
การเข้าถึง	192	64.00	108	36.00	0	0	4.40	0.480
- การได้รับข้อมูลข่าวสาร	177	59.00	120	40.00	3	1.00	4.30	0.514
- การเข้าถึงทรัพยากร	263	87.70	37	12.30	0	0	4.78	0.329

ความรู้ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.44$, S.D. =0.494) การรับรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.41$, S.D. =0.476) แรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.85$, S.D. =0.578) และการเข้าถึงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.40$, S.D. =0.480) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

พฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้า	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
พฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้า	223	74.30	77	25.70	0	0	4.57	0.437
- การควบคุมอาหาร	200	66.70	100	33.30	0	0	4.43	0.472
- การออกกำลังกาย	69	23.00	212	70.70	19	6.30	3.60	0.514
- การจัดการอารมณ์	194	64.70	106	35.30	0	0	4.40	0.479
- การพบแพทย์ให้คำปรึกษา	273	91.00	27	9.00	0	0	4.85	0.286
- การรับประทานยา	220	73.30	80	26.70	0	0	4.55	0.442

พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.57$, S.D. =0.437) เมื่อพิจารณาจำแนกพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้ารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้ารายด้านที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ($\bar{X}=4.43$, S.D. =0.472) ด้านการจัดการอารมณ์ ($\bar{X}=4.40$, S.D. =0.479) ด้านการพบแพทย์ให้คำปรึกษา ($\bar{X}=4.85$, S.D. =0.286) ด้านการรับประทานยา ($\bar{X}=4.55$, S.D. =0.442) ตามลำดับ สำหรับด้านการออกกำลังกายมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.60$, S.D. =0.514) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
	สัมประสิทธิ์		
	สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- อายุ	-0.245	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางลบ
- สถานภาพสมรส	-0.200	0.001**	มีความสัมพันธ์ทางลบ
- ระดับการศึกษา	0.219	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	0.232	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรู้	0.216	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความรู้โรคซึมเศร้า	0.171	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความรู้การป้องกันโรคซึมเศร้า	0.170	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.364	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า	0.505	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	0.308	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	0.108	0.061	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	0.251	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.217	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.255	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากชุมชน	0.154	0.008*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากบุคลากร	0.134	0.020*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
สาธารณสุข			

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
	สัมประสิทธิ์		
	สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การเข้าถึง	0.195	0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับข้อมูลข่าวสาร	0.137	0.018*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การเข้าถึงทรัพยากร	0.223	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05, ** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.001

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย อายุ ($r=-0.245$, $p\text{-value}<0.001$) สถานภาพสมรส ($r=-0.200$, $p\text{-value}=0.001$) การศึกษาสูงสุด ($r=0.219$, $p\text{-value}<0.001$) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ($r=0.232$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ ความรู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้โรคซึมเศร้า ($r=0.171$, $p\text{-value}=0.003$) ความรู้การป้องกันโรคซึมเศร้า ($r=0.170$, $p\text{-value}=0.003$) ตามลำดับ การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ($r=0.505$, $p\text{-value}<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ($r=0.308$, $p\text{-value}<0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ($r=0.251$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ($r=0.108$, $p\text{-value}=0.061$) แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว ($r=0.255$, $p\text{-value}<0.001$) แรงสนับสนุนจากชุมชน ($r=0.154$, $p\text{-value}=0.008$) แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ($r=0.134$, $p\text{-value}=0.020$) ตามลำดับ การเข้าถึงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร ($r=0.137$, $p\text{-value}=0.018$) การเข้าถึงทรัพยากร ($r=0.223$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

5. วิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ($r=-0.245$, $P\text{-value}<0.001$) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-59 ปี (61.33%) ซึ่งถือว่าเป็นวัยกลางคน ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เพิ่มมากขึ้นกับสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมถอยลง ซึ่งน่าจะเกิดจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าได้ลดน้อยลงเช่นกัน สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($P\text{-value}=0.001$) สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์⁽¹⁰⁾ ที่เชื่อว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยคู่สมรสจะช่วยเหลือแบ่งเบาภาระดูแลความเครียดและความวิตกกังวล ตลอดจนให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพ ซึ่งการศึกษากครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน (74%) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($P\text{-value}<0.001$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (61%) เพราะระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่จะสามารถดูแลตนเองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นพมาศ โกศล⁽¹¹⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษาของประชาชนวัยทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สรร กลิ่นวิจิต⁽¹²⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดและภาวะสุขภาพจิต รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (28.33%) และเป็นเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) (22%) นอกจากนี้ยังพบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ว่างาน (30%) ส่งผลให้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ค่อยดี จากผลการวิจัยรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนพบว่า ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 10,806.67 บาท ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ระดับปานกลางถึงระดับต่ำ สาเหตุอาจเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่เกิดความเสื่อมถอยและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ประกอบกับผู้ป่วยบางส่วนเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ร่างกายเสื่อมถอย ความสามารถในการทำงานลดลง สภาพร่างกายจึงไม่อำนวยให้ประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว⁽¹³⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รินทรหทัย กิตติธรรมา⁽¹⁴⁾ รายได้ต่อค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในของผู้สูงอายุ และรายได้ต่อเดือนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35

ความรู้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.30) ซึ่งความรู้ประกอบด้วย ความรู้โรคซึมเศร้าและความรู้การป้องกันโรคซึมเศร้า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้า ($p\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็น

ปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen and Fishbein⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมอันใดอันหนึ่งนั้น บุคคลนั้นจะต้องประเมินว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกต่อตัวเขาเอง

การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้า ($p\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาวดี ศรีรัตนประพันธ์⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาในโรงพยาบาลละหานทราย

แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นปัจจัยเสริม เป็นการเสริมหรือสร้างแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดการกระทำหรือเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรอื่นปัจจัยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจการเอาเป็นแบบอย่าง การดำเนินคดี การลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การวางแผนการดำเนินงานจึงต้องพิจารณาวิเคราะห์และใช้กลวิธีการสร้างหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสริมให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการกระทำหรือเกิดพฤติกรรมเป็นอย่างมาก⁽¹⁵⁾ จากผลงานวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (93%) ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชน แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ตามลำดับ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรชัย จุลเมตต์⁽¹⁹⁾ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาระในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 40.8

การเข้าถึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($p\text{-value}=0.001$) เนื่องจากการเข้าถึงถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อ หรือเป็นปัจจัยที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคล ที่เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมก็ได้ เพราะพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่างๆ จะต้องอาศัยประสบการณ์และมีทักษะทางสุขภาพที่มากอยู่เพียงพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้

เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลนั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย การเข้าถึงถือว่าปัจจัยนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้วยเช่นกันและ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร มีบริการ อุปกรณ์ ตลอดจนการได้รับข้อมูลข่าวสารสิ่งต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอยู่อย่างเพียงพอ ความสามารถ เข้าถึงบริการหรือทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทางระยะทาง การเสียเวลา การยอมรับ การรับรู้ข่าวสาร ต่างๆ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม จากผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึง ประกอบด้วย การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร และการเข้าทรัพยากร ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (64%)

6. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอุปสรรคในการดูแลตนเอง ดังนั้นบุคลากร สาธารณสุขควรใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวและ ชุมชน ได้เข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีการจัดอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและทรัพยากร แรงสนับสนุนทางสังคมและทักษะการป้องกัน โรคซึมเศร้าแก่อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลป้องกัน โรคซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่ รับผิดชอบต่อไป

7. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide data. [Internet]. 2006. [cited 2020 Mar 1]. Available from: URL: [WWW.http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือการดูแลสุขภาพจิตสำหรับ ผู้ป่วยและครอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครสวรรค์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. 2563.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน แยกตามจังหวัด ประจำปี พ.ศ.2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2563]. จาก: URL: https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp.
5. สุรัชย์ เจริญ, ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนัฏ คล่องดี. รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าตามความต้องการของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ 2564; 13(2): 397-407.

6. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
7. Bloom, B.S. Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York. 1975.
8. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
9. Cronbach. Essentials of Psychological Testing. New York: Harper and Row; 1997.
10. Becker, Marshall H. The Health Belief Model and Preventive Behavior. Health Education Monographs; 1974.
11. นพมาศ โกศล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. ค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2563. จากการประชุมภาคใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10. 2561.
12. สรร กลิ่นวิจิต. การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2563]. จาก: <http://library.christian.ac.th/thesis/document/T033098.pdf>.
13. ครุณี ชวนะวัต. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม : มิตรภาพบำบัด. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. 2549.
14. รินทร์หทัย กิตติธนากรุจน์, รัชนิกร ทบประดิษฐ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของตำบลสระตะเคียน อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต 2562; 7(1): 69-80.
15. Green, L.W., Kreuter, M.W. Health Promotion Planning: An Educational and Environment Approach. California: Mayfield Publishing. 1991.
16. Ajzen, I., Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1980.
17. Rosenstock. History origins of the health belief model: Health Education Monograph. 1974.
18. สุภาวดี ศรีรัตนประพันธ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับรักษา ใน โรงพยาบาลละหานทราย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561; 33(3): 249-64.
19. พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(3): 182-190.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้อีดำขุ่นของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

จิราพร สันธุพรหม ส.ม.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวจั่ว อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ ป.ด.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับบทความ(Received), 5 เมษายน 2023, วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 13 มิถุนายน 2023

วันที่ตอบรับบทความ(Accepted), 15 มิถุนายน 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้อีดำขุ่นของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ประชากรคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 473 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 222 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้อีดำขุ่น แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้อีดำขุ่นของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.151$, $p\text{-value}=0.024$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.283$, $p\text{-value}=0.001$) ตามลำดับ

คำสำคัญ : แรงสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, เบาหวานชนิดที่ 2

Factors associated with the behavior of chronic kidney disease prevention among type 2 diabetes mellitus patients, Noen-Makok Sub-district, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province.

Jiraporn Sintuprom M.P.H.

Huangiew Health Promoting Hospital, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province

Amornsak Poum PH.D. Public Health, Corresponding author

Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

This descriptive research aimed to study factors associated with the behavior of chronic kidney disease prevention among type 2 diabetes mellitus patients, Noen-Makok Sub-district, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province. Population in this study consisted of 473 type 2 diabetes mellitus patients which registered in Noen-Makok Sub-district, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province. The sample size calculating used Daniel formula for 222 cases, and systematic random sampling was determined for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 3 parts including, characteristics, social support, health literacy and behavior of chronic kidney disease prevention. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.75. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that factors was associated with the behavior of chronic kidney disease prevention among type 2 diabetes mellitus patients, with statistic significant including; social support ($r=0.151$, $p\text{-value}=0.024$) and health literacy ($r=0.283$, $p\text{-value}=0.001$), respectively.

Keyword: Social support, Health literacy, type 2 diabetes mellitus

1. บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาและขาดแคลนทรัพยากรในการป้องกันรักษาผู้ป่วยอย่างเพียงพอ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2015 พบความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลก ร้อยละ 9 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี ค.ศ.2030⁽¹⁾ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ คาดว่าในปี ค.ศ.2040 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 642 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 316 ล้านคน มีประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานประมาณ 1.5 ล้านคน หรือเสียชีวิตทุก 6 วินาที⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากถึง 4.8 ล้านคน และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวาน ภายในปี พ.ศ.2583 จะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคน โดยร้อยละ 90-95 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2⁽³⁾ ในประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มากถึง 200 รายต่อวัน โรคเบาหวานนับว่าเป็นสาเหตุหลักอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคไตเสื่อมเรื้อรังในประชากรไทย พบร้อยละ 38⁽⁴⁾

สถานการณ์ของโรคเบาหวานของจังหวัดนครสวรรค์ มีแนวโน้มพบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า อัตราผู้ป่วยย้อนหลัง 3 ปีระหว่าง พ.ศ.2560-2562 เท่ากับ 55,302.57, 55,143.37, 58,479 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สอดคล้องกับสถานการณ์โรคเบาหวานของอำเภอพยุหะคีรี พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ระหว่างปี พ.ศ.2560-2562 เท่ากับ 6,542.62, 6,708.43, 7,481.57 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽⁵⁾ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวจิว ตำบลเนินมะกอก เป็นตำบลหนึ่งที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลย้อนหลังระหว่าง พ.ศ.2560-2562 พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 7,993.25, 8,040.2, 8,032.59 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในแต่ละปีผู้ป่วยโรคเบาหวานจะได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับ ตา ไต เท้า โรคหัวใจและหลอดเลือด ครอบคลุมร้อยละ 65 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ทั้งนี้พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาอันดับหนึ่งคือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต (ค่า GFR น้อยกว่า 60) จากข้อมูลระหว่างปี พ.ศ.2560-2562 พบว่ามีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ คิดเป็นร้อยละ 32.27, 37.92, 39.54 ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2563 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เพิ่มขึ้นร้อยละ 40.36⁽⁶⁾

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney Disease: CKD) เป็นภาวะที่ไตถูกทำลายหรือมีอัตราการกรองของไตลดลงติดต่อกันนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งโรคจะดำเนินต่อไปเรื่อยๆ โดยที่โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ตามอัตราการกรองของไต ส่วนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เป็นระยะสุดท้ายของโรคไตเรื้อรัง ระยะนี้อัตราการกรองของไตมีค่าต่ำมากซึ่งเป็นระยะที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้มีของเสียคั่งในร่างกายผู้ป่วยเป็นจำนวนมากหรือเรียกว่า ภาวะยูรีเมีย (Uremia)⁽⁶⁾ ผู้ป่วยในระยะนี้หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต อาจเสียชีวิตได้ภายใน 3 เดือน⁽⁷⁾ โดยปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง

หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องล้างไตเทียมเฉลี่ย ปีละประมาณ 240,000 บาทต่อคน ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมค่าเจาะเลือด ค่ายาและการเดินทาง ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เสียต่อเนื่องไปตลอดชีวิต จะเห็นได้ว่าการบำบัดทดแทนไตไม่ว่าด้วยวิธีใดจะส่งผลกระทบต่อโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายดังกล่าว หากไม่มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้น และมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา⁽⁹⁾ ได้ข้อค้นพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

3. วิธีการ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม-ตุลาคม พ.ศ.2563

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 473 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2563 และมีค่าไตระดับ 1-3 (GFR 30>90) ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ขาดยา ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป อ่านหนังสือออกและสามารถสื่อสารได้ เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel⁽¹⁰⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 222 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี โดยนำรายชื่อของ

ผู้ป่วยมาเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณระยะห่างของการสุ่ม เพื่อสุ่มเลือกรายชื่อให้ครบตามจำนวน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁽¹¹⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam⁽¹²⁾ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการสุขภาพตนเอง ให้ความปลอดภัย การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁽¹¹⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา การพบแพทย์ให้คำปรึกษา การรับประทานยา ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁽¹¹⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การปฏิบัติระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁽¹³⁾ เท่ากับ 0.75 เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายด้าน ได้แก่ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.79 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.81 พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.72 ตามลำดับ

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ใบรับรองเลขที่ NSWPHO-024/63

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.97%) มีอายุระหว่าง 50-69 ปี (65.32%) ($\bar{X}$ =59.83, S.D.=9.995, Max=88, Min=26) มีสถานภาพ/สมรสและอยู่ด้วยกัน (72.02%) รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก (16.22%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (82.89%) มีเพียงร้อยละ 2.25 ที่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) (49.55%) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 4,000 ถึง 10,000 บาทต่อเดือน (58.11%) ($\bar{X}$ =6,927.01, S.D.=5,961.71, Max=44,000, Min=800) ประวัติการมีโรคประจำตัว พบว่าระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่าง 5-12 ปี (40.99%) ($\bar{X}$ =9.17, S.D.=6.643, Max=32, Min=1) โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (48.91%) โรคเบาหวาน (46.43 %) และไขมันในเลือดสูง (10%) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีผู้ทำหน้าที่ดูแล (93.27%) ได้แก่ บุตร (43.75%) รองลงมาคือ พี่น้อง (6.25%) ตามลำดับ

แรงสนับสนุนทางสังคม ภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.75) ($\bar{X}$ =2.74, S.D.=0.437) เมื่อพิจารณาจำแนกแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ($\bar{X}$ =2.97, S.D.=0.199) แรงสนับสนุนจากชุมชน ($\bar{X}$ =2.79, S.D.=0.406) แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ($\bar{X}$ =2.98, S.D.=0.498) ตามลำดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.84) ($\bar{X}$ =2.88, S.D.=0.330) เมื่อพิจารณาจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.72, S.D.=0.406) ตามลำดับ ความรู้ความเข้าใจ ($\bar{X}$ =2.61, S.D.=0.701) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.84, S.D.=0.365) การจัดการสุขภาพตนเองให้มีความปลอดภัย ($\bar{X}$ =2.80, S.D.=0.407) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X}$ =2.60, S.D.=0.542) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X}$ =2.66, S.D.=0.472) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เขตอำเภอ พยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปร	ระดับความคิดเห็น						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)	ละ	(คน)	ละ	(คน)	ละ		
แรงสนับสนุนทางสังคม	217	97.75	5	2.25	-	-	2.97	0.148
- จากครอบครัว	216	97.30	5	2.25	1	0.45	2.97	0.199
- จากชุมชน	176	79.27	46	20.72	-	-	2.79	0.406
- จากบุคลากรสาธารณสุข	220	99.10	1	0.45	1	0.45	2.98	0.498
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	195	87.84	26	11.71	1	0.45	2.88	0.330
- การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	161	72.52	60	27.03	1	0.45	2.72	0.459
- ความรู้ความเข้าใจ	164	73.87	30	13.51	28	12.61	2.61	0.701
- การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	187	84.23	35	15.77	-	-	2.84	0.365
- การจัดการสุขภาพตนเองให้มีความปลอดภัย	180	81.08	41	18.47	1	0.45	2.80	0.407
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	140	63.06	76	32.23	6	2.70	2.60	0.542
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	148	66.67	74	33.33	-	-	2.66	0.472

พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 68.02) ($\bar{X}$ =2.67, S.D.=0.478) เมื่อพิจารณาจำแนกพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ($\bar{X}$ =2.78, S.D.=0.451) การพบแพทย์ให้คำปรึกษา ($\bar{X}$ =2.85, S.D.=0.364) การรับประทานยา ($\bar{X}$ =2.59, S.D.=0.519) ตามลำดับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การควบคุมอาหาร ($\bar{X}$ =2.39, S.D.=0.524) การออกกำลังกาย ($\bar{X}$ =1.94, S.D.=0.703) การจัดการความเครียด ($\bar{X}$ =2.60, S.D.=0.517) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

พฤติกรรมการป้องกัน โรคไตเรื้อรัง	ระดับการปฏิบัติ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง	151	68.02	70	31.53	1	0.45	2.67	0.478
- การควบคุมอาหาร	91	40.99	127	57.21	4	1.80	2.39	0.524
- การออกกำลังกาย	49	22.07	112	50.45	61	27.48	1.94	0.703
- การจัดการความเครียด	137	61.71	82	36.94	3	1.35	2.60	0.517
- การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา	179	80.63	39	17.57	4	1.80	2.78	0.451
- การพบแพทย์ให้คำปรึกษา	191	86.04	30	13.51	1	0.45	2.85	0.364
- การรับประทานยา	134	60.36	85	38.29	3	1.34	2.59	0.519

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ($r=0.177$, $p\text{-value}=0.008$) แรงสนับสนุนจากชุมชน ($r=0.165$, $p\text{-value}=0.014$) ตามลำดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r=0.121$, $p\text{-value}=0.072$) ความรู้ความเข้าใจ ($r=0.136$, $p\text{-value}=0.043$) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($r=0.250$, $p\text{-value}=0.001$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($r=0.304$, $p\text{-value}=0.001$) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r=0.160$, $p\text{-value}=0.017$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้อีร้ายของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตอำเภอพยุหะคีรี จังหวัด นครสวรรค์

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้อีร้าย		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.151	0.024	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- จากครอบครัว	0.177	0.008	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- จากชุมชน	0.165	0.014	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- จากบุคลากรสาธารณสุข	0.061	0.363	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.283	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.121	0.072	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความรู้ความเข้าใจ	0.136	0.043	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	0.250	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การจัดการสุขภาพตนเองให้มี ความปลอดภัย	0.022	0.745	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.304	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ ถูกต้อง	0.160	0.017	มีความสัมพันธ์ทางบวก

หมายเหตุ ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

4. วิเคราะห์

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้อีร้ายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.024$) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing) เป็นการเสริมหรือสร้างแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดการกระทำหรือเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว ชุมชน บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ ปัจจัยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจการเอาเป็นแบบอย่าง การดำเนินคดีเตียน การลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การวางแผนการดำเนินงานจึงต้องพิจารณา

วิเคราะห์และใช้กลวิธีการสร้างหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสริมให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการกระทำหรือเกิดพฤติกรรมเป็นอย่างมาก⁽¹⁴⁾ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (97.75%) ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชน แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ตามลำดับ โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($P\text{-value}=0.008$) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง ถือว่ามีความสำคัญอย่างมากในการดำรงชีวิตร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์แบบมีความรัก ความผูกพันใกล้ชิดกันทั้งทางด้านอารมณ์และความรู้สึก เช่น การมอบความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใยในสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่นใจว่าสมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งพาอาศัยกันในการดูแลสุขภาพได้ตลอดจนทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁵⁾ โดยความผูกพันในแง่จิตจากบุคคลใกล้ชิดยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเผชิญปัญหา สามารถปรับตัวและตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น การจัดการกับความเจ็บปวดและความเครียดได้ดีในระยะเวลาอันรวดเร็ว⁽¹⁶⁾ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล⁽¹⁷⁾ พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับทักษะในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.001$) ประกอบด้วย 5 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สามารถอธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้นุคนั้นเกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง การจัดการสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้นุคนั้นมีสุขภาพที่ดี⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁽¹²⁾ กล่าวว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง 1) ความรู้ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ

เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคและสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี มีการสร้างความตระหนักในการช่วยกันป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชนได้ ในทางกลับกันบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าและมักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า⁽¹²⁾ จากผลการวิจัยจะพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นจะส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้นด้วย เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอย่างไร ผู้ป่วยจะสามารถทราบถึงช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานและทราบถึงความรุนแรงของโรคและสาเหตุของการเกิดโรค จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ภาวินี ศรีสันต์⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือความรอบรู้ด้านสุขภาพยิ่งมาก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลื่นหัวใจจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นด้วย

5. บทสรุป

จากผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง (97.30) แสดงให้เห็นความสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขควรให้อบรมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถป้องกันโรคไตเรื้อรังที่จะเกิดขึ้นได้

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอพยุหะคีรี ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังงามที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on diabetes. [internet]. [cited 1 July 2017]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf. 2017.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2015.
3. World Diabetes Day Thailand Together Fight Diabetes. 2019.
4. Theptrakanporn, S., Mongkongsumrit, S., Keawdok, T., Vathanasuy, S., & Rakkapa, N. Evaluation and lesson distilled on implementation of chronic kidney disease clinic, under policy of Public Health [internet]. [cited 3 April 2020]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/11228/4878>. 2017.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. Health data center [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2563. เข้าถึงได้จาก <https://nsn..hdc.moph.go.th>. 2563.
6. Crockell, Y.J. Management of chronic kidney disease: An emphasis delaying disease progression and treatment options. *Formulary Journal*. 2012; (47): 228-237.
7. Schena, F.P. Epidemiology of end stage renal disease: International comparisons of renal replacement therapy. *Kidney International*. 2000; (57): 1-7.
8. ชิดารัตน์ อภิญญา. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิตด้วยการลดการบริโภคเกลือ. นนทบุรี. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2559.
9. วีระ กองสนั่น, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอลำพาศ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*. 2563; 3(1): 35-44.
10. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons. 2010.
11. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall. 1977.
12. Nutbeam, D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*. 15(8) printed in Great Britain. 2000.
13. Cronbach, Lee J. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper. 1951.
14. Green, L. W. and Kreuter, M.W. Health promotion planning: and environmental approach. Toronto: Mayfield Publishing. 1991.
15. Cobb, S. Social support as a moderation of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 1979; 38(5): 300-301.

16. Barrear, M. In social Network And Social Support. Berly hill : CA Sge Puplication. 1986.
17. ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. รวมบทความการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 6 ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ประจำปี 2561 “การดูแลทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ” ในวันที่ 4-5 เมษายน 2561. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล. 2561.
18. กองสุขศึกษา. ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2554.
19. ภาวิณี มนตรี, กาญจนา คงศักดิ์ตระกูล, สุรภดา มณฑาทิพย์ และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคที่มีอยู่กลายเป็นพาหะของประชาชนในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี. วารสารควบคุมโรค. 2564; 47(2): 343-352.

การรับรู้ ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตก หกล้ม ของผู้สูงอายุ ตำบลนาเพียง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น

คมสันต์ อ้นภักดี, สม.(นักศึกษา)¹

สุพัฒน์ อาสนะ, ศ.ค.²

1.นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2.อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลนาเพียง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 312 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมการรับรู้ความเสี่ยงของการพลัดตก หกล้ม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.15 รายด้านอยู่ในระดับดี คือ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตก หกล้ม 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตก หกล้ม และ 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้ม อยู่ในระดับปานกลาง คือด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้ม ภาพรวมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตก หกล้ม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.21 ภาพรวมผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 72.44 ดังนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน รวมถึงส่งเสริมให้ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อป้องกันปัญหาการพลัดตก หกล้ม ในกลุ่มผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การรับรู้, ความเสี่ยง, การพลัดตก หกล้ม

**Perceptions, risks and fall prevention behaviors of the elderly,
Na Phiang Subdistrict, Chum Phae District, Khon Kaen Province**

Komsun Unpakdee, M.P.H. student¹

Supat Assana, Dr.P.H.²

1.Student, Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health,
Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute
2.Lecturer, Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute

Abstract

Across-sectional descriptive study. This study is aimed to examine perceptions, risks and fall prevention behaviors of the elderly, living in Na Phiang Subdistrict, Chum Phae District, Khon Kaen Province. The sample size consists of 312 elderly individuals who were selected through the process of simple random sampling. This study gathers data using a questionnaire to explore the perceptions, risks and preventive behavior associated with falls in the elderly population. The data analyses by using descriptive statistics.

Results: The overall level of perception of fall risk is good, at 96.15%. When examined by each aspect, it yields robust results; the results show good in the 1) perception of the likelihood of falling 2) perception of the severity of falls and 3) perception of the benefits of preventive behaviors against falls. The perception of barriers to fall prevention practices among the elderly is at a moderate. The overall preventive behavior against falls among the elderly is also noted at a moderate level, with 53.21%. The overall risk of falls among the elderly was found to be 72.44% at risk. It is, thus, recommended that the elderly should receive advice from healthcare professionals to become aware of risk factors and preventive measures, as well as promote the involvement of family members and the community in establishing an environment that is suitable for the context of the area to prevent falls among the elderly.

Keywords: elderly, perceptions, risk, fall

1.บทนำ

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลก ปี 2563 พบว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 13.2 และคาดการณ์ในปี 2583 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19 ของประชากรโลกทั้งหมด หรือจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเป็น 1 ใน 5 ของประชากรโลก ในอีก 20 ปีข้างหน้า ภูมิภาคเอเชีย มีแนวโน้มของสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป ปี 2019 พบว่า 10 อันดับแรกของประเทศที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ทวีปเอเชียมีประเทศเดียว คือประเทศญี่ปุ่น คือ ร้อยละ 34 อีก 9 ประเทศจะอยู่ในทวีปยุโรป “สังคมสูงวัย” คือสังคมที่มีประชากรมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรประเทศตนเอง ในกลุ่มอาเซียน มี 4 ประเทศ ที่คือ 1) สิงคโปร์ ร้อยละ 20 2) ไทย ร้อยละ 18 3) เวียดนาม ร้อยละ 12 และ 4) มาเลเซีย ร้อยละ 11 การคาดการณ์ในปี 2040 อาเซียน จะมีประชากรรวมประมาณ 767 ล้านคน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 145 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ปี 2564 ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (Aged Society) คือมีสัดส่วนของผู้สูงอายุในช่วง 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือไม่ต่ำกว่า 13 ล้านคน และคาดการณ์ในปี 2583 หรืออีก 20 ปีข้างหน้า จะมีผู้สูงอายุประมาณ 20 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วน 1 ใน 3 ของประชากรไทย และมีผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ประมาณ 3.5 ล้านคน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ² ดังนั้นการจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงต้องมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดบริการทางสังคมที่มีความเฉพาะเพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์และการอำนวยความสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ การส่งเสริมการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในบ้าน ครอบครัว และชุมชนของตัวเองได้นานที่สุด มีความสำคัญ ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งสภาพสังคมในอดีตประชากรจะอยู่รวมกันเป็นกลุ่มแบบกระจาย ซึ่งแตกต่างจากสภาพสังคมในปัจจุบันเป็นอย่างมาก ที่ประชากรส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่รวมกันอย่างแออัดและประชากรครึ่งหนึ่งจะอาศัยอยู่ในเขตเมือง และมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ³

จากสถานการณ์การเพิ่มสูงขึ้นของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือการพลัดตกหกล้มและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ รองลงมาคือ การเกิดอุบัติเหตุทางถนน สาเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการลื่นบนพื้นในระดับเดียวกัน เช่นการลื่น หกล้ม โดนชน กระแทก สะดุด การก้าวพลาด การถูกผู้อื่นชนหรือดัน การล้มจากระดับหนึ่งไปสู่ระดับหนึ่ง เช่นจากการปีน ตกจากที่สูง การตกบันได รวมถึงการตกหรือล้มที่เกี่ยวข้องกับเก้าอี้ โต๊ะ เตียง โซฟา รถเข็น โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและความเสื่อมสภาพ ตามวัย ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ¹ สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ที่มีประชากรจำนวน 1,805,910 คน เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.91 และจะเข้าสู่สังคมสูงอายุนับถอยหลัง คือร้อยละ 30 ในปี 2573 อำเภอชุมแพ จังหวัด

ขอนแก่น จัดเป็นอำเภอขนาดใหญ่ มีประชากร 73,598 คน มีผู้สูงอายุ 18,454 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.07 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีสาเหตุเนื่องมาจากประชากรวัยแรงงาน ส่วนใหญ่จะย้ายถิ่นฐานเข้าไปอยู่ในเมืองหลวง หรือพื้นที่ที่มีการจ้างแรงงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังคนเดียวหรือตามลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกัน หรือมีหลานช่วยดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเอง มีการทำงานเกินกำลัง และบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นการพลัดตกหกล้ม ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในบ้าน มีแสงสว่างไม่เพียงพอ ระดับพื้นไม่สม่ำเสมอ พื้นเปียกและลื่น สาเหตุการลื่นล้มส่วนใหญ่เกิดจากการเสียการทรงตัวของร่างกาย รองลงมาคือ มีอาการหน้ามืดวิงเวียน เป็นลม รวมถึงพื้นทางเดินลื่น การสะดุดสิ่งกีดขวาง และพื้นต่างระดับ⁴

ตำบลนาเพียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีประชากรจำนวน 8,077 คน เป็นผู้สูงอายุ 1,637 คน (ร้อยละ 20.26) ปี 2565 สถิติการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2562-2564) พบว่าผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตก หกล้ม ลื่น มีค่าเฉลี่ย จำนวน 49 คนต่อปี โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 79 คน ซึ่งเพิ่มมากขึ้นจากค่าเฉลี่ย ร้อยละ 61.71 และมีการบาดเจ็บรุนแรงจำนวน 5 ราย(ร้อยละ 6.33) มีอาการกระดูกหัก อัมพาต และติดเตียง ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระดูกและผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมาจาก สภาพแวดล้อมบ้านไม่เหมาะสม มีการหกล้มในห้องน้ำ ลื่นล้มในพื้นที่เปียกและต่างระดับ หน่วยงานที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของตำบลนาเพียง ยังไม่ได้บูรณาการการทำงานเพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ และขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 จากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) ตำบลนาเพียง พบว่าผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกมิติ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากการพลัดตกหกล้ม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ซึ่งจะต้องมีการวางแผนที่ดีเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นการค้นหาสถานการณ์เพื่อทราบสาเหตุและความต้องการที่แท้จริงในพื้นที่จึงมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง เพื่อจะได้นำเสนอข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ รับทราบข้อมูลและนำไปบูรณาการการทำงานเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี แข็งแรง สมวัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาการรับรู้ ความเสี่ยงและ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลนาเพียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

2.2 เพื่อศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในการจัดการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ตำบลนาเพียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.2 พื้นที่ทำวิจัย ตำบลนาเพ็ญ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

3.3 วิธีการเก็บข้อมูล

3.3.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.3.1.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,637 คน คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบขนาดประชากร⁶ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 312 คน

3.3.1.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยจำแนกหมู่บ้านออกเป็นชั้นภูมิ (Stratified) จำนวน 15 หมู่บ้าน คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Proportion to size; PPS) และสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อผู้สูงอายุแบบไม่ใส่คืนตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง จนครบ 312 คน

3.3.1.3 เครื่องมือในการวิจัย

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การพักอาศัย ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการหกล้ม ช่วงเวลาเหตุการณ์การหกล้ม สาเหตุการหกล้ม ผู้ดูแลเมื่อเกิดการหกล้ม บริเวณที่หกล้ม ลักษณะการบาดเจ็บ ลักษณะการดูแล และการใช้เครื่องพยุงเดิน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม จำนวน 20 ข้อ มีมาตรการวัดแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 4 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 3 คือ เห็นด้วย, 2 คือ ไม่เห็นด้วย และ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลโดยแบบอ้างอิงเกณฑ์ของ Best⁷ คะแนนเต็ม 80 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 20.00 – 40.00 คะแนน มีการรับรู้ต่ำ, 41.01 – 60.00 คะแนน มีการรับรู้ปานกลาง และ 60.01 – 80 คะแนน มีการรับรู้มาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ มีมาตรการวัด 3 ระดับ ดังนี้ 2 คือ ปฏิบัติประจำ, 1 คือ ปฏิบัติบางครั้ง และ 0 คือ ไม่เคยปฏิบัติ การแปลผลโดยใช้แบบอ้างอิงเกณฑ์ของ Best⁷ คะแนนเต็ม 36 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0 – 12.00 คะแนน มีพฤติกรรมระดับไม่ดี 13.00 – 24.00 คะแนน มีพฤติกรรมระดับปานกลาง และ 25.00 – 36 คะแนน มีพฤติกรรมระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม โดยมาตรการวัด

แบ่งตามปัจจัยใจเล็งของข้อคำถามในแต่ละข้อคำถาม มีการแปลคะแนนรวม คือ น้อยกว่า 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยง และ 4 - 11 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

3.3.1.4 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67- 1.0 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.97

3.3.1.5 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ ประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป STATA Released 16.1 (ลิขสิทธิ์สถาบันพระบรมราชชนก) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

3.3.1.6 จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ HE652038 วันที่ 8 กันยายน 2565

3.3.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.3.2.1 กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย พชต., เทศบาลตำบล, ผู้สูงอายุ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อสม. รวม 25 คน

3.3.2.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guideline) ในประเด็นความต้องการในการจัดการสภาพแวดล้อมที่พกอาศัยเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

3.3.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา Content Analysis) โดยการแยกแยะข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูลและสร้างข้อสรุปผลการวิจัย

4.ผลการวิจัย

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 61.86) อายุเฉลี่ย 69.82 ปี (S.D. = 6.73) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เรียนจบประถมศึกษา (ร้อยละ 91.03) มีรายรับจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 98.40) รองลงมาคือ บุตรหลาน (ร้อยละ 52.24) มีรายรับเฉลี่ยต่อเดือน 3,940.31 บาท (S.D.= 3,700.51), Median=3,600 บาท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย (ร้อยละ 62.50) ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับ

ครอบครัว (ร้อยละ 48.72) รองลงมาคือ อาศัยกับบุตรหลาน (ร้อยละ 27.56) ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.33) คือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.57) รองลงมาคือโรคเบาหวาน(ร้อยละ 27.24) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=312)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
หญิง	193	61.86
ชาย	119	38.14
2.อายุ(ปี)		
ค่าเฉลี่ย (S.D.): 69.82(6.73), min:max = 60:83		
3.ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	287	91.98
มัธยมศึกษา ขึ้นไป	25	8.02
4.แหล่งที่มาของรายรับ (มากกว่า 1 แหล่ง)		
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	307	98.40
บุตรหลาน	163	52.24
รับจ้าง และ อื่นๆ	136	43.58
5.รายรับเฉลี่ยต่อเดือน		
ค่าเฉลี่ย = 3,940.31 (S.D.=3,700.51) , min:max, 600:20,700 Median=36,000		
6.รายได้		
เพียงพอ	195	62.50
ไม่เพียงพอ	117	37.50
7.ปัจจุบันอาศัย		
ครอบครัว	152	48.72
บุตรหลาน	86	27.56
คู่สมรส	56	17.95
ตามลำพัง	18	5.77

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=312) ต่อ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
8. โรคประจำตัว		
ไม่มี	130	41.67
มี(ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	182	58.33
- โรคความดันโลหิตสูง	111	35.57
- โรคเบาหวาน	85	27.24
- ไขมันในเลือดสูง	49	15.70
- โรคข้อและกระดูก เกาต์	21	6.73
- โรคมะเร็ง	14	4.89

4.2 สถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในรอบ 1 ปี

สถานการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้ม (ร้อยละ 84.29) และ มีการหกล้มมากที่สุดจำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 46.94) การหกล้มครั้งสุดท้ายส่วนใหญ่มากกว่า 4 เดือน (ร้อยละ 38.78) บริเวณที่ผู้สูงอายุหกล้มมากที่สุดคือ ทั้งภายในและภายนอกบ้าน (ร้อยละ 38.78) สาเหตุการหกล้มมากที่สุดคือ สะดุด (ร้อยละ 44.90) รองลงมาคือ ลื่น (ร้อยละ 38.78) ลักษณะการบาดเจ็บ มากที่สุดคือ ปวดหลัง/เมื่อยล้า (ร้อยละ 62.22) รองลงมาคือ ฟกช้ำ (ร้อยละ 34.70) การดูแลรักษา ส่วนใหญ่คือ ทายา/รักษาเอง (ร้อยละ 63.27) ผู้ที่ดูแลเมื่อมีการพลัดตก หกล้ม ส่วนใหญ่คือ บุตร (ร้อยละ 34.70) การใช้เครื่องพยุงเดิน ส่วนใหญ่พบว่า ไม่เคยใช้เครื่องพยุงเดิน (ร้อยละ 90.71) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา (n=312)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ประวัติการหกล้ม		
ไม่เคยหกล้ม	263	84.29
เคยหกล้ม	49	15.71
- จำนวน 1 ครั้ง	16	5.19
- จำนวน 2 ครั้ง	23	7.37
- มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป	10	3.20

ตารางที่ 2 สถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา (n=312) ต่อ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
2. เคยหกล้มครั้งสุดท้าย เมื่อไหร่ (n=49)		
มากกว่า 4 เดือน ขึ้นไป	19	38.78
1-2 เดือนที่ผ่านมา	17	34.69
3 เดือนที่ผ่านมา	13	26.53
3. บริเวณที่หกล้ม (n=49)		
ทั้งภายใน/ภายนอกบ้าน	19	38.78
ภายนอกบ้าน	16	32.65
ภายในบ้าน	14	28.57
4. สาเหตุการหกล้ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=49)		
สะดุด	22	44.90
ลื่น	19	38.78
อื่นๆ(มองเห็นไม่ชัด, โดนผลัก/หน้ามีด/วิ่งเวียนศีรษะ)	8	16.32
5. ลักษณะการบาดเจ็บ(n=49)		
ปวดหลัง/เมื่อยล้า	30	61.22
ฟกช้ำ /กระดูกหัก	19	38.77
6. ลักษณะการดูแลรักษา (n=49)		
ทายา/รักษาเอง	31	60.78
นั่งพัก/หายเอง	12	23.53
อื่นๆ(รักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน, โรงพยาบาล)	8	15.68
7. ผู้ที่ดูแลเมื่อมีการพลัดตก หกล้ม (n=49)		
บุตร/บุตรหลาน	23	46.94
คนในครอบครัว	18	36.73
คู่สมรส	8	16.33
8. เคยใช้เครื่องพยุงเดิน (n=312)		
ไม่เคยใช้	283	90.71
เคยใช้	29	9.29

4.3 การรับรู้ความเสี่ยงของการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ภาพรวมของการรับรู้ความเสี่ยงการปลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 96.15) รายด้าน พบว่า อยู่ในระดับดีมากที่สุดคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการปลัดตก หกล้ม (ร้อยละ 97.44) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของการปลัดตก หกล้ม (ร้อยละ 93.59) และ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการปลัดตก หกล้ม (ร้อยละ 89.74) อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุดคือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการปลัดตก หกล้ม (ร้อยละ 78.21) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาพรวมและรายด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (n=312)

รายด้าน	ระดับการรับรู้		
	ดี n(%)	ปานกลาง n(%)	ไม่ดี n(%)
1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการปลัดตก หกล้ม	304 (97.44)	8 (2.56)	0 (0.00)
2) การรับรู้ความรุนแรงของการปลัดตก หกล้ม	292 (93.59)	20 (6.41)	0 (0.00)
3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการปลัดตกหกล้ม	280 (89.74)	32 (10.26)	0 (0.00)
4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการปลัดตก หกล้ม	62 (19.87)	244 (78.21)	6 (1.92)
ภาพรวม	300 (96.15)	12 (3.85)	0 (0.00)

4.4 พฤติกรรมการป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการป้องกันการปลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.21) และอยู่ในระดับเหมาะสม (ร้อยละ 46.79) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับของพฤติกรรมในการป้องกันการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (n=312)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (%)
เหมาะสม	146 (46.79)
ปานกลาง	166 (53.21)
ไม่เหมาะสม	0 (0.00)

4.5 ความเสี่ยงต่อการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการปลัดตกหกล้มร้อยละ 72.44 และไม่มีความเสี่ยง (ร้อยละ 27.56) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (n=312)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน (%)
มีความเสี่ยง	226 (72.44)
ไม่มีความเสี่ยง	86 (27.56)

4.6 ความต้องการในการจัดการสภาพแวดล้อม ที่พักอาศัยในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็นความต้องการในการจัดการสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เสนอความต้องการในด้าน การสนับสนุนงบประมาณเพื่อปรับปรุงบ้านทั้งภายในและภายนอกบ้าน โดยเฉพาะห้องน้ำที่อยู่นอกบ้าน เช่นการวางแผนยางกันลื่น การจัดทำราวจับ และ ชักโครกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 2) เทศบาลตำบล/องค์การบริหารส่วนตำบล เสนอความต้องการ ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชน และประชาชนในพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การสำรวจความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุด้านต่างๆ เพื่อนำมาจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ การจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และงบประมาณของ อบต. ในการดูแลผู้สูงอายุและการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของบ้านและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ 3) ผู้สูงอายุ เสนอความต้องการในด้าน การจัดบริเวณภายในบ้าน คือ 1) การปรับบริเวณพื้นบ้านไม่ให้มีพื้นที่ต่างระดับ เพื่อป้องกันการสะดุดและหกล้ม 2) การจัดแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอ 3) การปรับปรุงห้องน้ำ เช่นราวจับต่างๆ และการปูพื้นห้องน้ำที่ไม่ใช่กระเบื้องแบบลื่น เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการลื่นและหกล้ม ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ 4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องการได้รับความรู้เพิ่มเติมในประเด็น 1) การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้คำแนะนำผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง 2) การป้องกันและผลกระทบจากการพลัดตก หกล้ม เพื่อให้คำแนะนำญาติและผู้สูงอายุ 3) การใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากมียาบางประเภทที่มีผลต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ และอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้มได้ และ 4) หน่วยงานและแหล่งงบประมาณที่สนับสนุนความช่วยเหลือในการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ในการจัดกิจกรรมและสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้าน และนอกบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 6) ผู้นำชุมชน การส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนจัดสภาพภายนอกบ้าน บริเวณหน้าบ้าน หลังบ้าน ให้มีความเป็นระเบียบ รวมถึงการกำจัดขยะที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ และการพลัดตกหกล้มในกลุ่มของผู้สูงอายุ 7) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เสนอความต้องการด้านการพัฒนาทักษะและความรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยในการดูแลผู้สูงอายุ การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อ

สามารถให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง และสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของผู้สูงอายุต่อ
อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

5. อภิปรายผล

การรับรู้ความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.15 ซึ่งแตกต่างจากกับการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี⁸ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.4 เนื่องจาก ผู้สูงอายุตำบลนาเพียง ส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้ม(ร้อยละ 84.29) และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 72.44) จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้และป้องกันไม่ให้ตนเองมีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม และยังพบว่าการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในแต่ละด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตก หกล้ม(ร้อยละ 97.44) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 93.59) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้ม (ร้อยละ 89.74) สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลทาชูเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน⁹ พบว่า การรับรู้สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม การรับรู้อันตราย/ผลกระทบของการหกล้ม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.2 เพราะผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ ประสบการณ์การดำเนินชีวิต ความรู้สึกรู้สึกคิด อย่างมีเหตุผล ส่วนข้อที่แตกต่างคือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้ม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.21) อาจมีสาเหตุจาก ตำบลนาเพียงอยู่ในพื้นที่ชนบท มีระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาล จึงส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ รวมถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีคนดูแลสภาพแวดล้อมของบ้านให้มีความปลอดภัย

ด้านพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.21) และระดับเหมาะสม(ร้อยละ 46.79) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลทาชูเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน⁹ พบว่า พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม ในภาพรวมในระดับปานกลาง(ร้อยละ 65.3) เนื่องจากผู้สูงอายุตำบลนาเพียง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การเดิน การลุก การยกสิ่งของ วางสิ่งของ การสวมเสื้อผ้า สวมรองเท้า การวางสิ่งของ การเจ็บป่วย การรักษา รวมถึงการดูแลสภาพแวดล้อมของบ้าน ส่วนใหญ่จะปฏิบัติตัวเป็นบางครั้ง จึงอาจส่งผลให้ภาพของพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม (ร้อยละ 72.44) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง สภาพแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม¹⁰ พบว่า ผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มีสาเหตุจากปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคประจำตัว โรคทางสาขตา โรคเบาหวาน โรคความดัน ทำให้การใช้ยาเป็นประจำ ร้อยละ 81.1 ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่นเดียวกับผู้สูงอายุ ตำบลนาเพียง ส่วนใหญ่ความ

เสี่ยงที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากการมองเห็นบกพร่อง(ร้อยละ 47.12) การทรงตัวบกพร่อง การใช้ยา การหกล้ม และสภาพบ้าน ที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้ม พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 78.21) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จะช่วยลดความเสี่ยงด้านพฤติกรรม ที่ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม โดยเริ่มจากที่บ้านเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตอยู่ภายในบ้าน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้พื้นที่บริเวณบ้าน ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกวัน คือห้องนอน ห้องครัว ห้องน้ำ ห้องส้วม ฆานหน้าบ้าน เป็นต้น ดังนั้น จึงควรมีการปรับปรุงพื้นที่บ้านดังกล่าว ให้ผู้สูงอายุใช้งานและสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวันให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

ความต้องการในการจัดการสภาพแวดล้อม ที่พักอาศัยในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หน่วยงานภาครัฐ และภาคีเครือข่าย จะต้องมีการบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกัน โดยเฉพาะ พชต. จะมีบทบาทสำคัญในการเป็นแกนนำเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือด้านต่างๆ ร่วมกับชุมชน และการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ จากเทศบาลหรือหน่วยงานภาครัฐอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จะช่วยส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมถึงมีระบบการประสานงานเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือ ต่อไป

6. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนองานวิจัย

1. หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีด้านความรู้การดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ
2. หน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายในชุมชน ควรมีการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ทั้งในด้านงบประมาณและการช่วยเหลือด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกมิติ

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในประเด็นการพัฒนารูปแบบการจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และบริบทของชุมชน การเตรียมความพร้อมและการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการจัดสภาพแวดล้อมที่พำนักอาศัยเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของประเทศไทย

7. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุ ตำบลนาเพียง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่(Care Giver) ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณ เทศบาลตำบลนาเพียงและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมถึงการให้คำปรึกษาเชิงวิชาการในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

8.เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562 2563; 1:1-132.
2. Department of older person. Number of elderly people in Thailand 2019. [Internet]. 2019[cited 2022 Dec 15];Available from: <http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1550973505-153 0.pdf>.
3. นิตยกรณ ทองเพ็ชร. ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ. สื่อสิ่งพิมพ์ กรมสุขภาพจิต.[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2565]; เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.2564.สื่อสิ่งพิมพ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18ธันวาคม2565]; เข้าถึงได้จาก<https://www.kkpho.go.th>
5. นฤมล เลิศจันทร์ทรงกูร, รุจิรา หมั่นรักษ์. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลคลองตาล อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.9 พิษณุโลก.2557; 2 : 37-46.
6. อรุณ จิรวัดนกุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2547.
7. Best, John W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc; 1977.
8. กนกวรรณ เมืองศิริ, นิภา มหารัชพงศ์, และยุติ รอดจากภัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 2560. 25(4); 23-33.
9. กมลทิพย์ หลักัน. การรับรู้และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลทามเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน(การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต).ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
10. วิสาชา ภูจินดา, ยลดา พงศ์สุภา, วิภาพรรณ เพียรแย้ม, ภาณุ วงศ์จันทร์, สิริสุดา หนูทิมทอง. การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย. สำนักวิจัยและคณะบริหารการพัฒนาสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์;2560.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย

พุดิพงษ์ มากมาย

คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ ปร.ค.*ผู้วิจัยร่วม

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร,

วันที่รับบทความ(Received), 22 เมษายน 2023, วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 14 มิถุนายน 2023

วันที่ตอบรับบทความ(Accepted), 16 มิถุนายน 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ประชากรคือ ประชาชนที่มีอายุ 20-59 ปี มีชื่อตามทะเบียนบ้านเขตตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย จำนวน 3,605 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 125 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้โรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 3 ทัศนคติการป้องกันโรค ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.824 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้โรคไข้เลือดออกมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง (76.80%) ทัศนคติการป้องกันโรคมียุทธศาสตร์ในระดับสูง (89.60%) และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง (91.40%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ประกอบด้วย ความรู้โรคไข้เลือดออก ($r=0.237$, $P\text{-value}=0.008$) ทัศนคติการป้องกันโรค ($r=0.302$, $P\text{-value}=0.001$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: พฤติกรรม, การป้องกันและควบคุมโรค, ไข้เลือดออก

**Association between Knowledge Attitude and Behavior of Preventing
and Controlling Dengue Hemorrhagic Fever Among
Peoples lived in Muang Kao Sub-district, Sukhothai Province.**

Phutthipong Makmai

Faculty of Allied Health Science, Northern College,

Amornsak Poum PH.D. Public Health, Corresponding author

Faculty of Public Health, Naresuan University, *Corresponding author.

Abstract

This descriptive research study aimed to study knowledge and attitude associated with behavior of preventing and controlling dengue hemorrhagic fever among peoples. Population was 3,605 peoples aged between 20-59 years whose drawn list name registered in Muang Kao Sub-district, Sukhothai Province, and the sample size calculating used Daniel formula for 125 cases, and systematic random sampling was determining. Data collected by questionnaires composed of; parts 1 characteristic, part 2 knowledge of dengue hemorrhagic fever, part 3 attitudes for disease prevention and part 4 behavior of preventing and controlling dengue hemorrhagic fever. In addition to, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.824, an association analysis used Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that knowledge of dengue hemorrhagic fever had mean score with moderate level (76.80%) attitude for disease prevention had mean score with high level (89.60%) and behavior of preventing and controlling dengue hemorrhagic fever among peoples had mean score with high level (91.40%). Factor was associated with behavior of preventing and controlling dengue hemorrhagic fever among peoples with statistic significant including; knowledge of dengue hemorrhagic fever ($r=0.237$, $P\text{-value}=0.008$) and attitude for prevention disease ($r=0.302$, $P\text{-value}=0.001$), respectively.

Keywords: Behavior, Preventing and controlling disease, dengue hemorrhagic fever

1. บทนำ

โรคไข้เด็งกี (Dengue fever) เริ่มรู้จักครั้งแรกเมื่อประมาณสองร้อยปีที่ผ่านมา ประเทศไทยถือว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 50 ปี ประเทศไทยพบโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ.2492 โดยในปี พ.ศ. 2501 ได้เกิดการระบาดขึ้นครั้งแรกที่กรุงเทพมหานคร⁽¹⁾ ต่อมาโรคได้กระจายไปจังหวัดใกล้เคียงกับจังหวัดกรุงเทพฯ และปัจจุบันโรคได้แพร่กระจายไปเกือบทุกพื้นที่ในทุกจังหวัด แม้กระทั่งในหมู่บ้านชนบทของประเทศไทย ซึ่งลักษณะการระบาดในประเทศไทยมักจะระบาดแบบปีเว้นสองปี หรือปีเว้นปี ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออก ในปี พ.ศ.2560-2562 จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 63,310, 53,190 และ 85,849 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 96.76, 80.80 และ 129.96 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 61, 63 และ 111 ราย (อัตราตาย 0.10, 0.12, 0.13 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ) หลังจากนั้นในแต่ละปีจะมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นทุกปี⁽²⁾ สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดสุโขทัย ระหว่างปี พ.ศ.2560-2562 มีรายงานจำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นทุกปี เท่ากับ 356, 632, 1,407 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 49.86, 89.60, 203.88ตามลำดับ⁽³⁾ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มลดลง แต่ยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่และมีอัตราป่วยสูงกว่าเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนดที่อัตราป่วย 50 ต่อแสนประชากร จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาได้ข้อค้นพบว่าพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้และทัศนคติ⁽⁴⁾ จากสถานการณ์และสภาพปัญหาโรคไข้เลือดออกที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของพื้นที่ที่มีความสำคัญต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ให้เกิดประสิทธิผลนั้นจะต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชน ถือว่าเป็นกำลังที่สำคัญในการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างรวดเร็วและทันเวลา เพื่อลดอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกให้มีจำนวนลดลงและเป็นการสร้างความตระหนักและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อย่างจริงจัง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิด KAP Model⁽⁵⁾ ประกอบด้วย ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ มาใช้กำหนดเป็นตัวแปรในการหาความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนเขตตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย

3. วิธีการ

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรู้โรคไข้เลือดออก 3) ทักษะการป้องกันโรค ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนที่มีอายุ 20-59 ปี จำนวน 3,605 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือเป็นผู้ที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านเขตตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2562 อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel⁽⁶⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 125 คน

3.2 การสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อประชาชนตามทะเบียนราษฎร์ โดยนำรายชื่อของประชาชนมาเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณระยะห่างของการสุ่ม เพื่อสุ่มเลือกรายชื่อให้ครบตามจำนวน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การได้รับข้อมูลข่าวสารและช่องทางการได้รับข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย สาเหตุ การติดต่อ อาการและอาการแสดง การรักษา การป้องกันโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบแต่ละข้อคำถามมี 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom⁽⁵⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง (คะแนน $\geq 80\%$) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 61%-79%) ความรู้ระดับต่ำ (คะแนน $\leq 60\%$)

ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันโรค ประกอบด้วย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การจัดการภาชนะที่มีน้ำขัง ลักษณะข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 5 ระดับ ตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ

Best John W⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนตำบลบ้านสวนซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน แล้วคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁽⁸⁾ เท่ากับ 0.824 เมื่อจำแนกรายด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก (0.816) ทักษะ (0.713) และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (0.852)

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's Product Moment correlation coefficient

4. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (54.40%) มีอายุระหว่าง 30–50 ปี (43.20%) ($\bar{X}$ =38.95, S.D.=12.18, Max=59, Min=20) มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (65.60%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (41.60%) การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (46.40%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000–10,000 บาท (65.60%) ($\bar{X}$ =7,875.20, S.D.=3,953.45, Max=45,000, Min=3,000) ในรอบปีที่ผ่านมาเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก (100%) การได้รับข้อมูลเรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้แก่ การแนะนำ/ประชาสัมพันธ์จากบุคลากรสาธารณสุข (80%) โทรทัศน์ วิทยุ (73.60%) ตามลำดับ

ระดับความรู้โรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย ในภาพรวมมีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (76.80%) ($\bar{X}$ =3.58, S.D.=0.45) ทักษะการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมมีระดับทักษะอยู่ในระดับสูง (89.60%) ($\bar{X}$ =4.80, S.D.=0.34) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้และทักษะการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย (n=125)

ความรู้และทัศนคติ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้โรคไข้เลือดออก	24	19.20	96	76.80	5	4.00	3.58	0.45
1. ด้านสาเหตุ	32	25.60	61	48.80	32	25.60	3.33	0.71
2. ด้านการติดต่อ	31	24.80	49	39.20	45	36.00	3.13	0.77

ตารางที่ 1 ความรู้และทัศนคติการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย
(n=125)

ความรู้และทัศนคติ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้โรคไข้เลือดออก	24	19.20	96	76.80	5	4.00	3.58	0.45
3. ด้านอาการ/อาการแสดง	11	8.80	33	26.40	81	64.60	2.40	0.65
4. ด้านการรักษา	10	8.00	36	28.80	79	63.20	2.42	0.64
5. ด้านการป้องกันโรค ไข้เลือดออก	26	20.80	45	36.00	54	43.20	2.95	0.77
ทัศนคติการป้องกันโรค ไข้เลือดออก	112	89.60	12	9.60	1	0.8	4.80	0.34
1. การปรับปรุง สิ่งแวดล้อม	116	92.80	8	6.40	1	0.80	4.86	0.30
2. การจัดการภาชนะ ที่มีน้ำขัง	84	67.20	41	32.80	-	-	4.45	0.47

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ภาพรวมมีคะแนนการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.21$, S.D.=0.51) เมื่อพิจารณาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน จำแนกรายด้าน พบว่า 1) ประชาชนจะใช้วิธีปิดฝาภาชนะใส่น้ำดื่มเท่านั้น ($\bar{X}=4.45$, S.D.=0.85) 2) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประชาชนจะใช้วิธีปล่อยปลาเพื่อกินลูกน้ำที่บ้าน ($\bar{X}=4.09$, S.D.=0.81) 3) ประชาชนจะเปลี่ยนน้ำในภาชนะที่ไม่ได้ปิดฝาในทุก 7 วัน ($\bar{X}=3.88$, S.D.=1.03) 4) ในรอบ 1 สัปดาห์ มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและบริเวณรอบๆบ้านเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}=4.31$, S.D.=0.76) 5) ประชาชนปิดฝาภาชนะเก็บน้ำอย่างมิดชิดทุกครั้ง ($\bar{X}=4.27$, S.D.=0.83) 6) ประชาชนใช้มือเปล่าในการจัดภาชนะเก็บน้ำทุกครั้งโดยไม่ได้ใช้อุปกรณ์อื่นช่วยจัดเลย เช่น แปรงสำหรับขัดล้าง ($\bar{X}=4.30$, S.D.=0.91) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย
จำแนกรายกิจกรรม

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	Mean	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ
1. ปิดภาชนะที่มีน้ำขัง			
- ภาชนะใส่น้ำดื่มท่านจะใช้วิธีปิดฝาภาชนะเท่านั้น	4.45	0.85	สูง
- การใช้วิธีปิดฝาภาชนะเก็บน้ำอย่างมิดชิดไม่ทำให้ยุ่งยากเวลาใช้น้ำ	4.33	0.84	สูง
2. ปล่ายปลาในลูกน้ำ			
- ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านใช้วิธีปล่ายปลาเพื่อกินลูกน้ำที่บ้าน	4.09	0.81	สูง
- ท่านปล่ายปลาในลูกน้ำแทนการใช้สารเคมี เช่น การใส่ทรายที่มีฟอส	3.30	1.24	ปานกลาง
3. เปลี่ยนน้ำในภาชนะทุก 7 วัน			
- ท่านเปลี่ยนน้ำในภาชนะที่ไม่ได้ปิดฝาในทุก 7 วัน	3.88	1.03	สูง
- ท่านเปลี่ยนน้ำในแจกันหรือภาชนะใส่น้ำอื่น เช่น จานรองขาตู้ทุก 7 วัน	3.68	1.21	สูง
4. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในและรอบบ้าน			
- ในรอบ 1 สัปดาห์ท่านปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรค	4.31	0.76	สูง
ไข้เลือดออก			
- ท่านทำให้ในบ้านโล่ง คูสวางเสมอเพื่อไม่ให้ยุงลายเข้ามาอาศัยอยู่	4.28	0.80	สูง
5. ปฏิบัติเป็นประจำจนเป็นนิสัย			
- ท่านปิดฝาภาชนะเก็บน้ำอย่างมิดชิดทุกครั้ง	4.27	0.83	สูง
- ท่านปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในและนอกบ้านเป็นประจำทุกสัปดาห์	4.18	0.86	สูง
6. จัดภาชนะก่อนเปลี่ยนน้ำกำจัดไข่ยุง			
- ท่านใช้มือเปล่าในการจัดภาชนะเก็บน้ำทุกครั้งโดยไม่ได้ใช้อุปกรณ์	4.30	0.91	สูง
อื่นช่วยจัดเลย เช่น แปรงสำหรับขัดล้าง			
- ท่านขัดโอ่งน้ำถังน้ำหรืออุปกรณ์อื่นที่ใส่น้ำทุกครั้งก่อนเทน้ำทิ้ง	4.28	0.78	สูง
ภาพรวม	4.21	0.51	สูง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้โรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.223$, $P\text{-value}<0.001$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.249$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r)	P-value	ความสัมพันธ์
ความรู้โรคไข้เลือดออก	0.223	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1. ด้านสาเหตุ	0.189	0.004	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2. ด้านการติดต่อ	0.168	0.029	มีความสัมพันธ์ทางบวก
3. ด้านอาการ/อาการแสดง	0.194	0.016	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. ด้านการรักษา	0.349	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
5. ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.480	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทัศนคติการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.249	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม	0.185	0.008	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2. การจัดการภาชนะที่มีน้ำขัง	0.212	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก

5. การวิจารณ์

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นการดูแลตนเองในสภาวะปกติ เพื่อให้สุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวแข็งแรงสมบูรณ์มี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง (Health Maintenances) เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี 2) การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยมี 3 ระดับคือ การป้องกันการเกิดโรค (Primary Prevention) การป้องกันการดำเนินของโรค (Secondary Prevention) และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (Tertiary Prevention) สำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนถือเป็นการป้องกันการเกิดโรคระดับ Primary ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย การพ่นหมอกควัน การใส่ทรายอะเบท การกำจัดบริเวณที่มีน้ำขัง การปล่อยปลากินลูกน้ำ⁽⁹⁾ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่าภาพรวมประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง โดยการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ประชาชนสามารถปฏิบัติได้ ประกอบด้วย 1) การปิดภาชนะที่มีน้ำขัง โดยเฉพาะภาชนะใส่น้ำดื่มควรจะใช้วิธีปิดฝาภาชนะเท่านั้น 2) สำหรับภาชนะที่ไม่ได้ปิดฝา ควรทำ

การเปลี่ยนน้ำในภาชนะทุก 7 วัน 3) สำหรับบริเวณที่มีลูกน้ำยุงลาย หรือภาชนะที่ใส่น้ำ ควรทำการปล่อยปลาเพื่อกินลูกน้ำ 4) การขัดภาชนะก่อนเปลี่ยนน้ำเพื่อกำจัดไข่ยุง 5) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกทั้งบริเวณภายในและรอบบริเวณบ้าน ให้ในบ้านโล่ง คุ้สว่างเสมอเพื่อไม่ให้ยุงลายเข้ามาอาศัยอยู่ และ 6) การปฏิบัติงานเป็นประจำจนเป็นนิสัย โดยเฉพาะการปิดฝาภาชนะเก็บน้ำอย่างมิดชิดทุกครั้ง ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁽⁴⁾ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับสูง ประกอบด้วย การพ่นหมอกควัน การใส่ทรายอะเบท การกำจัดบริเวณที่มีน้ำขัง การปล่อยปลาในลูกน้ำ

ความรู้โรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ($P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า ประชาชนที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่รับผิดชอบ ตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen & Fishbein⁽¹¹⁾ กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมอันใดอันหนึ่งนั้น บุคคลนั้นจะต้องประเมินว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกต่อตัวเขาเอง สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมา^(4,12) พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับสูง 93.53% และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.710$, $P\text{-value}<0.001$)

ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ($P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อหรือการยอมรับประการหนึ่งของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก ทั้งในทางปฏิบัติตามและการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในทัศนคติที่ดี (เชิงบวก) หรือทัศนคติที่ไม่ดี (เชิงลบ) ซึ่งสอดคล้องกับ Thurstone⁽¹³⁾ กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เช่นเดียวกับ Ajzen & Fishbein⁽¹¹⁾ กล่าวว่า ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรม หมายถึงการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้น หรือเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกทางลบหรือสนับสนุนและต่อต้านการกระทำนั้นๆ ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นการตอบโต้ต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งทัศนคดีย่อมมีความแตกต่างไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาพอสมควร หากเราสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทัศนคติที่เป็นด้านดีได้ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน

สอดคล้องกับผลงานวิจัยสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ พรพรรณ สมิทธิ์ปัญญา^(4, 14) พบว่า ทักษะการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านคันตะเกียน จังหวัดสระบุรี ($r=0.372$, $P\text{-value}<0.001$)

6. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในระดับสูงเช่นกัน ดังนั้น เทศบาลตำบลเมืองเก่า องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเก่าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเสริมพลังและกระตุ้นให้ประชาชนได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในบริเวณบ้านของตนเอง รวมทั้งการพัฒนาช่องทางที่หลากหลายในการให้ความรู้และการสร้างทัศนคติในการป้องกันโรคให้เพิ่มมากขึ้น

7. เอกสารอ้างอิง

- 1 Hammon WM., Rudnik A., Sather GE. Viruses associated with epidemic hemorrhagic fever of the Philippines and Thailand. Science. 1960; 131(11): 3.
- 2 กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php>, 2562.
- 3 สำนักระบาดวิทยา. รายงานการพยากรณ์โรค “ไข้เลือดออก”. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562.
- 4 พรนภา ดาวนา, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงษ์ มากมาย. ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลป่าแฝก จังหวัดสุโขทัย. วารสารสืบเนื่อง การประชุมวิชาการระดับชาติ “นอร์ทเทิร์นวิจัย” ครั้งที่ 6 “นวัตกรรมเพื่อสุขภาพ ด้วยสมุนไพร”. วันที่ 28 พฤษภาคม 2563. เอกสารอัดสำเนา: 1470-1478.
- 5 Bloom, Benjamin S., et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company. 1971.
- 6 Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons. 2010.
- 7 Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall. 1977.
- 8 Cronbach, Lee J. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper. 1951.

- 9 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานการพยากรณ์โรค “ไข้เลือดออก”. กรุงเทพฯ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562.
- 10 Green, L.W., Kreuter, M.W. Health Promotion Planning: An Educational and Environment Approach. California: Mayfield Publishing. 1991.
- 11 Ajzen, I., Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1980.
- 12 วีระ กองสนั่น, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 3(1): 35-44.
- 13 Thurstone, L.L. Reading in Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley and Sons, Inc. 1970.
- 14 พรพรรณ สมินทร์ปัญญา, อำไพวรรณ ทุมแสน, สุภัจจิรี มะกรวรรักษ์. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน บ้านคันตะเคียน ตำบลมิตรภาพ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2560; 18(35): 37-51.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก ที่อยู่ : 306 หมู่ 5 ถนนพิษณุโลก-วัดโบสถ์ ตำบลหัวรอ
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 โทรศัพท์ 0-5521-4615-7