



## สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

- ❖ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดยาและพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้าน ที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น
- ❖ ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7
- ❖ คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
- ❖ การสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
- ❖ คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น
- ❖ การจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลโคกขำระ อำเภอร่องคำ จังหวัดสุพรรณบุรี
- ❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ คลินิกหอบหืดโรงพยาบาลขอนแก่น
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดขอนแก่น
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสูติเหตุจากการฉกฉวยยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2553-2562
- ❖ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้



JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

E-mail address: Journal.dpc6@gmail.com

# บรรณาธิการแปล



## สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น เผยแพร่มาเป็นปีที่ 29 ฉบับที่ 2 (เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ) ปี พ.ศ. 2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ รายงาน ผลงานวิจัยที่อยู่ในสาขาเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีเนื้อหาสาระทาง วิชาการที่หลากหลายให้ท่านได้ศึกษา ค้นคว้า เพื่อปรับใช้ประโยชน์ตามบริบท และปัญหาของพื้นที่ ทั้งการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยสุขภาพ โดยฉบับนี้มีบทความวิชาการที่น่าสนใจหลายเรื่องที่น่าสนใจให้ติดตาม ได้แก่ ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยคุณอิทธิเดช ไชยชนะ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการติตราและพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซาก พื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น โดยคุณธณิศ สายวัฒน์ คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัย การบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น โดยคุณเฉลิมพล หนูยอด การสนับสนุน จากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือด ออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยคุณตติยภรณ์ มงคลวัจน์ คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุม ป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้อำนวยกา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโนนจังหวัดขอนแก่น โดยคุณอารยา จันทรชวาง และบทความอื่นๆ ที่น่าสนใจอีกหลายบทความ ขอเชิญชวนทุกท่านดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/> กองบรรณาธิการขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับท่านที่ส่งบทความวิชาการมาเผยแพร่ และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ดังกล่าวได้ หากมี ข้อเสนอแนะประการใดเพื่อปรับปรุงวารสารให้ดียิ่งขึ้น ขอได้โปรดแจ้งทางกองบรรณาธิการ

นายแพทย์สมาน พุตระกูล  
บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้ประเมินอิสระฉบับนี้

รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว  
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช  
ผศ.ดร.สุรัชย์ พิมหา  
ดร.นพดล พิมพ์จันทร์  
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

# ...คำแนะนำ สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

## วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน พ.ค.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พ.ค.-ส.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ก.ย.

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน ก.ย.-ธ.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ม.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ม.ค. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน พ.ค.

ฉบับที่ 3 ภายในเดือน ก.ย.

## หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่อง เพื่อลงพิมพ์

### 1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิจารณ์ความเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจมาเขียนวิจารณ์หรือวิเคราะห์สรุปเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

### ย่อเอกสาร

### 2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

#### ชื่อเรื่อง

อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

ควรสั้นกระชับรัดกุมให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งอภิธานต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

#### ชื่อผู้เขียน

#### เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

#### บทคัดย่อ

คือ การย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็น ร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

#### บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

#### วิธีและวิธีการ

#### ดำเนินการ

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผล/ ผลการดำเนินงาน | อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้                                                                                                       |
| วิจารณ์            | ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย                                                                                                                          |
| สรุป (ถ้ามี)       | ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของ ปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป |

### 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขเป็นอักษรตัวทึบในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่อง ที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

#### 3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์: ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารให้ใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

#### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิ์พัฒนพงศ์, พัชรีย์ เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขียวกิริติพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppel AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55: 697-701.

#### 3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24: 190-204.

#### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

#### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1: 275-82.
2. Semin Oncol 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.
3. Ann clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-6.
4. N Z Med J 1994; 107(986 pt): 377-8.
5. Clin Orthop 1995; (320): 110-4.
6. Curr opin Gen Surg 1993; 325-33.

#### 3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรงเพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347: 1337.

### 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

#### 3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

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

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.



# การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานสอบสวนทางระบาดวิทยาสามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแพร่ทางวารสารวิชาการโดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report) ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้ายๆ การเขียน Manuscript ควรคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ์ส่วนบุคคล สถานที่ ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ ชื่อสถานที่เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียนของวารสารนั้นอย่างเคร่งครัด มีองค์ประกอบดังนี้

## 1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไรเกิดขึ้นที่ไหน และเมื่อไรเลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น ให้ความหมายครบถ้วน

## 2. ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค (Authors and investigation team)

ระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานสังกัดของผู้รายงาน และเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ที่ร่วมในทีมสอบสวนโรค

## 3. บทคัดย่อ (Abstract)

สรุปสาระสำคัญทั้งหมดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความยาวประมาณ 250–350 คำ ครอบคลุมเนื้อหาตั้งแต่ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา มาตรการควบคุมโรค และสรุปผล

## 4. บทนำหรือความเป็นมา (Introduction or Background)

บอกถึงที่มาของการออกไปสอบสวนโรค เช่น การได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรคจากใคร หน่วยงานใด เมื่อไร และด้วยวิธีใด เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไร และเสร็จสิ้นเมื่อไร

## 5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

## 6. วิธีการศึกษา (Methodology)

บอกถึงวิธีการ เครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาความจริง ต้องสอดคล้องและตรงกับวัตถุประสงค์

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุแหล่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

## 7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาตามตัวแปร ลักษณะอาการเจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น

ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริง โดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย

ยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่าการระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม

## ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ลักษณะของการเกิดโรคและการกระจายของโรค ตามลักษณะบุคคล ตามเวลา ตามสถานที่ ควรแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการเกิดโรคในแต่ละพื้นที่ ในรูปของ Attack Rate การแสดงจุดที่เกิดผู้ป่วยรายแรก (index case) และผู้ป่วยรายต่อๆ มา

ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ การทดสอบปัจจัยเสี่ยง หาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มคนที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยค่า Relative Risk หรือ Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนที่ร้าย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบสถานการณ์การระบาดได้ยุติลงจริง

## 8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้น และการป้องกันโรคที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

## 9. วิเคราะห์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐานในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดใน ครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีตอย่างไร

## 10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ที่จะส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกัน ในครั้งต่อไป

## 11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลรวบยอด ตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

## 12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่นเสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต หรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลมากขึ้น

## 13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

## 14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้น โดยทั่วไปนิยมแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

## เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ แสงวรรณลอย. การเขียนรายงานการสอบสวนโรค. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2532.
2. ศุภชัย ฤกษ์งาม. แนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2532 .
3. ธวัชชัย วรพงศ์ธร. การเขียนอ้างอิงในรายงานวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
4. อรพรรณ ชาแสงบง. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. ศูนย์ระบาดวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ; 2532. (เอกสารอัดสำเนา)
5. โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2543. (เอกสารอัดสำเนา)

### สารบัญ

- ❖ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดตามและพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้าน ที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่  
อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น  
ธณิษ สาขวัฒน์, สายใจ คำทะเนตร, พัฒน์ ศรีโอษฐ์ ..... 1
- ❖ ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรระยะสั้น  
ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7  
อิทธิเดช ไชยชนะ, ภัทริยา พอจิต, สุพัตรา สิมมาทัน ..... 15
- ❖ คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น  
เฉลิมพล หนูยอด, มกรพันธ์ จูทรสก, ประจักษ์ บัวผัน ..... 30
- ❖ การสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์  
ศศิธรณ์ มงคลวัจน์, ประจักษ์ บัวผัน, สุมาลีณ ศิจันทร์ ..... 42
- ❖ คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น  
อารยา จันทร์ขาง, ประจักษ์ บัวผัน ..... 54
- ❖ การจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลโคกขำและ  
อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี  
วิไล มีทองขาว, อติพร วงศ์คงเดช, สันติสิทธิ์ เขียวเงิน ..... 65
- ❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ป่วย  
คลินิกหอบหืดโรงพยาบาลขอนแก่น  
ภาษิดา นิลบรรพต, นฤมล สีนสุพรรณ, กุหลาบ ปุริสาร ..... 76
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2  
ในจังหวัดขอนแก่น  
ชัยมงคล ศรีอ้อม, จักรพันธ์ เลยหยุด, ภูกร จ่าพาหวย ..... 87
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสูติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ในเด็กและเยาวชน  
อายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2553-2562  
มงคล อัสวภูมิ, ธวัชชัย อัมพุล, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์ ..... 99
- ❖ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้  
ไตรภพ ขันการณาวี, พิชารณณ์ เชนใจวิทย์ ..... 111

# ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตีตราและพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

## Stigma and Behavior Opinion of Tuberculosis in Repetitive Village of Ban Had District, Khon Kaen Province

ธรรณิธ สายวัฒน์ ปร.ด. (การวัดและประเมินผลทางการศึกษา)

Thoranit Sayawat Ph.D. (Educational Measurement and Evaluation)

สายใจ คำทะเนตร พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช)

Saijai Khomtanet M.N.S (Mental Health and Psychiatric Nursing)

พัฒน์ ศรีโษษฐ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช)

Phatanee Srioad M.N.S (Mental Health and Psychiatric Nursing)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen

Received : February 23, 2022

Revised : May 31, 2022

Accepted : May 31, 2022

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตีตราในมุมมองของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น และเพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น รูปแบบการวิจัย เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยวัณโรค 42 คน ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแซง 24 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลืงเจือก 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย ( $\bar{X}$  = 61.4 ปี, S.D. = 10.6) สถานภาพสมรส น้ำหนักเฉลี่ย ( $\bar{X}$  = 53.2 กก., S.D. = 8.6) ส่วนสูงเฉลี่ย ( $\bar{X}$  = 161.4 ซม., S.D. = 8.0) และมีโรคประจำตัว /โรคร่วมเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาศัยอยู่บ้านสองชั้น ที่บ้าน เฉลี่ย ( $\bar{X}$  = 131.7 ตร.ม., S.D. = 62.2) ความหนาแน่นค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$  = 41.6 ตร.ม.ต่อคน, S.D. = 27.6) จำนวนหน้าตาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$  = 5.4 บาน, S.D. = 7.4) นำที่นอนหมอนมุ้งผืนแสงแดดสัปดาห์ละ 1-2 วันต่อสัปดาห์ ทำความสะอาดบ้านทุกวัน โดยผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการต้องขัง มีประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค สุกดิบหรือ ต้มแอลกอฮอล์ มีการออกกำลังกาย 1 - 2 วัน/สัปดาห์ สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่ปิดมิดชิด และทำลายเสมหะโดยการเผา และระดับการตีตราของผู้ป่วยวัณโรคในมุมมองของผู้ป่วยวัณโรค ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.05, S.D. = 0.57)

โดยสรุปผลการศึกษา การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคในมุมมองของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการวางแผนการดูแล และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรอบรู้ให้ผู้ป่วยวัณโรคพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคมีสภาพจิตใจที่คลายความวิตกกังวลและลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

คำสำคัญ: วัณโรค สุขภาพจิต การตีตรา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยวัณโรค

## Abstract

The present study aimed to investigate the tuberculosis (TB) stigma opinion and health behavior of TB patients in recurrent infection area, Ban had district, Khon Kaen province. This cross-sectional study included 42 pulmonary tuberculosis patients. The instruments of gathering data were used structural interview. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that mostly patient were male (73.8%), the mean age was 61.4 year (S.D. = 10.6), married (73.8%), the mean weight and height were 53.2 kg. (S.D. = 8.6) and 161.4 cm. (S.D. = 8.0) respectively. Comorbidities were 2 of 5 of patients (40.5%), as diabetes (58.8%), hypertension (35.3%) and chronic obstructive pulmonary disease (5.9%). The surrounding life household of patients was 131.7 m<sup>2</sup>/patients (S.D. = 62.2). Regarding health behavior of them, its were found that there were mostly, keeping the bed stuff with the sunlight, cleaning their house every day, exercise 1 – 2 days/week, wearing face mask, using serving spoon when eating together with others, dropping sputum into a sealed container and disinfected by incineration. Although, They have no history of being prisoner but ever contracted with TB patient in household. Beside, with risk others they were smoking and drinking alcohol. The TB stigma perspective of them was at moderate level (2.05 (S.D. = 0.57)).

In conclusion, The perspective of stigmatization of TB patients was moderate high. Importantly, Holistic care and home visit by multidisciplinary teams should be planned to enhance reducing stigmatization of TB patients. Also, health literacy for self care behavior should be gave high priority to decrease anxiety and improve mental health in community

**Keywords:** TB, mental health, stigma, behavior of TB patients

## บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและทวีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2563 (WHO, Global TB report 2020) ได้คาดการณ์ทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 10,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 11,000 ราย มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย ซึ่งคาดการณ์ว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน <sup>(1)</sup> สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในเขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างปี 2560 – 2562 พบจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน

จำนวน 6,874, 6,613 และ 6,587 ราย อัตราผู้ป่วย 172,156,156 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่พบผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในปี 2562 คือ จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค 2,347, 1,261, 1,188 และ 1,020 ราย ตามลำดับ มีอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรค ร้อยละ 84.9, 63.1, 80.7 และ 71.6 ตามลำดับ สถานการณ์จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2560 – 2562 จากรายงานในโปรแกรม NTIP Online ณ วันที่ 31 มกราคม 2563 พบอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (All Form) ต่อประชากรแสนคน (2,754 ราย) ต่อประชากรแสนคน (2,546 ราย) ต่อประชากรแสนคน (2,670 ราย) ตามลำดับ ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (Treatment coverage)

ร้อยละ 97.8 ร้อยละ 90.4 และร้อยละ 94.8 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายอำเภอ พบอำเภอที่มีอัตราป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำสูงสุดคือ อำเภอบ้านแฮด ร้อยละ 87.1 รองลงมาคืออำเภอเมือง ร้อยละ 58.5 และ อำเภอซำสูง ร้อยละ 44.1 ตามลำดับ<sup>(2)</sup> จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าอำเภอบ้านแฮดเป็นอำเภอที่มีการระบาดของวัณโรคสูงที่สุดจึงเป็นที่มาของการเลือกพื้นที่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

จากข้อมูลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาให้ครบตามกำหนด จึงจะทำให้หายขาดได้และหยุดแพร่กระจายเชื้อและป้องกันการดื้อยาของเชื้อวัณโรคโดยผู้ป่วยวัณโรคมีระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างนาน ประกอบกับผลข้างเคียงของยา ส่งผลต่อสุขภาพกาย อาทิเช่น น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เป็นต้น และสุขภาพจิต อาทิเช่น ภาวะความเครียด การตีตรา ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย เป็นต้น สอดคล้องกับข้อมูลของ สุมาพร กลัดเข็มเพชร<sup>(3)</sup> ได้ทำการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค การตีตรากับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาล ตียงภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนันทบุรี พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับสูง ความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรคอยู่ในระดับสูง การตีตราอยู่ในระดับต่ำ และการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ ได้ทำการศึกษาการรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อรังและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ พบว่า การรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อรังและวัณโรค บุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้การตีตราต่อทั้งโรคเรื้อรังและวัณโรค จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การตีตรา หรือ stigma เป็นข้อมูลสำคัญต่อตัวผู้ป่วย<sup>(4)</sup> และ จิราภรณ์ ชวงศ์ ได้ทำการศึกษากลยุทธ์การลดการตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ในชุมชน จังหวัดตรังพบว่า การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ความรู้สึก ถูกรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้จากคนในชุมชน ซึ่งความกลัวการถูกตีตรานั้นเป็นอุปสรรคสำคัญในการเปิดเผยตนเองของผู้ป่วย ซึ่งกลยุทธ์ที่ใช้เพื่อลด

ปัญหาการตีตราผู้ป่วย ประกอบด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งผู้ป่วยและพี่เลี้ยง การกำกับการกินยา การปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ การให้ความรู้แก่พี่เลี้ยงกำกับการกินยาเพื่อให้มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีทัศนคติที่ดี มีกำลังใจ และมีความตระหนักถึงความสำคัญในการกินยาอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา<sup>(5)</sup> จากผลการทบทวนดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ามีการศึกษาการตีตราในกลุ่มต่างๆ ซึ่งการศึกษาการตีตราในมุมมองผู้ป่วยวัณโรคเป็นประเด็นสำคัญและน่าสนใจสำหรับการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรคในชุมชน ส่งผลต่อการป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคในชุมชน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค และมุมมองความคิดเห็นเกี่ยวกับตีตราของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยวัณโรคแบบซ้ำซาก พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุก 5 ปี คาดว่าผลที่ได้รับจะทำให้ทราบข้อมูลพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค และความคิดเห็นเกี่ยวกับการตีตราของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนการป้องกันควบคุมการระบาดของวัณโรคในชุมชนที่มีติดเชื้อมีวัณโรคแบบซ้ำซาก ส่งผลต่อผู้ป่วยวัณโรคยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาวัณโรคให้เกิดความสำเร็จ (Success) ของการรักษาต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาการตีตราในมุมมองของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. พื้นที่วิจัย

เป็นผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแซง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลืบเจือก

### 2. รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) สํารวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

### 3. ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากรศึกษา

เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนการรักษา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563

#### การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่ายร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด 7 แห่ง ได้ขนาดตัวอย่าง 2 แห่ง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแซง ตำบลหนองแซง และ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลืบเจือก ตำบลโคกสำราญ

ผู้ป่วยวัณโรค ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลืบเจือก 18 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแซง 24 คน ทั้งสิ้น 42 คน โดยมีเกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยวัณโรคที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแซง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลืบเจือก 2) มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป 3) ไม่เป็นผู้พิการ และผู้ป่วยติดเตียง 4) สามารถสื่อสารได้เข้าใจ และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์ไม่รับอาสาสมัครเข้าโครงการ (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นคนต่างด้าว และ 2) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ น้ำหนัก ส่วนสูง และโรคประจำตัวและโรคร่วม

ส่วนที่ 2 สภาพแวดล้อมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ลักษณะบ้านที่อาศัย พื้นที่บ้าน ความหนาแน่นของบ้าน จำนวนหน้าต่างบ้าน การทำความสะอาดที่นอน หมอนมุ้ง ความถี่ของการนำที่นอนหมอนมุ้งผึ่งแสงแดด และการทำความสะอาดบ้านของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค ในช่วงก่อนป่วย ประกอบด้วย ประวัติการต้องซัง ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค สิบบุหรี่ ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ความถี่ของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคขณะป่วย ประกอบด้วย สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องอยู่กับผู้อื่น ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น บ้วนเสมหะลงโถส้วม และการทำลายเสมหะ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตีตรา เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับมุมมองความรู้สึกที่สะท้อนจากผู้ป่วยวัณโรคในการกลัวการไม่ยอมรับจากญาติ เพื่อนบ้าน และชุมชน จำนวน 15 ข้อ แบ่งสเกลการวัด 4 ระดับ ได้แก่ 1 คือ ไม่ทราบ 2 คือ ไม่ใช่ 3 คือ เป็นไปได้ และ 4 คือ ใช่

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

#### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงความเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาการตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนความชัดเจนของข้อคำถาม ซึ่งคำนวณความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับข้อคำถามที่สร้างขึ้น จากดัชนีที่ใช้แสดงค่าความสอดคล้อง

เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่า มากกว่า 0.5 ขึ้นไป (ข้อคำถามทุกข้อมากกว่า 0.5 ขึ้นไป)<sup>(6)</sup>

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient Alpha's Cronbach) ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient Alpha's Cronbach) ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ในส่วนของมุมมองการตีตรา โดยทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนในพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัยคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ - Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าเท่ากับ 0.85<sup>(6-7)</sup>

#### ขั้นตอนการวิจัย

1) ประชุมทีมวิจัย เพื่อชี้แจงขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งมอบหมายบทบาทหน้าที่ในการร่วมดำเนินงานวิจัย

2) ทำการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินงาน พัฒนาโครงร่างการวิจัย

3) พัฒนาเครื่องมือและหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเชื่อมั่น (Reliability) และปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

4) เสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น

5) อบรมทีมวิจัยในพื้นที่เพื่อสร้างความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6) ทีมวิจัยที่ผ่านการอบรมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแซง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลืบเจือก

7) ประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูล

8) จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงานการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ อธิบายผลการวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และค่าความถี่ โดยแปลผลระดับความคิดเห็นการตีตรา<sup>(2)</sup> ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง ระดับต่ำ

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (เลขที่ IRB BCNKK-52-2021) และผู้วิจัยได้อธิบายให้อาสาสมัครทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร และทำการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์

### ผลการวิจัย

#### 1. คุณลักษณะของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเข้ารักษาที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 42 คน ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแซง จำนวน 24 คน และโรงพยาบาลสุขภาพตำบลเลืบเจือก จำนวน 18 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.8 เพศหญิง 26.2

อายุเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 61.4 (S.D.= 10.63) ต่ำสุด 33 ปี และสูงสุด 80 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.8 น้ำหนัก ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 53.26 (S.D. = 8.63) ต่ำสุด = 37 กิโลกรัม และสูงสุด = 79 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 161.4 (S.D. = 8.05) ต่ำสุด = 145 เซนติเมตร ค่าสูงสุด = 187 เซนติเมตร มีโรคประจำตัว/โรคร่วม ร้อยละ 40.9 สูงสุดคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเข้าจากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

| คุณลักษณะของผู้ป่วยวัณโรค                                                                     | จำนวน (n=42) | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|
| <b>เพศ</b>                                                                                    |              |        |
| ชาย                                                                                           | 31           | 73.8   |
| หญิง                                                                                          | 11           | 26.2   |
| <b>อายุ ค่าเฉลี่ย (<math>\bar{X}</math>) = 61.4 S.D. = 10.6 ต่ำสุด = 33 ปี สูงสุด = 80 ปี</b> |              |        |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                                                                            |              |        |
| โสด                                                                                           | 4            | 9.5    |
| สมรส                                                                                          | 31           | 73.8   |
| หม้าย/หย่า                                                                                    | 7            | 16.7   |
| <b>น้ำหนัก ค่าเฉลี่ย (<math>\bar{X}</math>) = 53.2 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 8.6</b>   |              |        |
| ต่ำสุด = 37 สูงสุด = 79                                                                       |              |        |
| <b>ส่วนสูง ค่าเฉลี่ย (<math>\bar{X}</math>) = 161.4 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 8.1</b>  |              |        |
| ต่ำสุด = 145 สูงสุด=187                                                                       |              |        |
| <b>โรคประจำตัว/ โรคร่วม</b>                                                                   |              |        |
| มี                                                                                            | 17           | 40.5   |
| - เบาหวาน (n = 17)                                                                            | 10           | 58.8   |
| - ความดันโลหิตสูง (n = 17)                                                                    | 6            | 35.3   |
| - โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 17)                                                              | 1            | 5.9    |
| ไม่มี                                                                                         | 25           | 59.5   |

## 2. สภาพแวดล้อมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพแวดล้อมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 42 คนพบว่า ส่วนใหญ่ก่อนป่วยอาศัยอยู่บ้านสองชั้น ร้อยละ 64.3 รองลงมาคือ บ้านชั้นเดียวโปร่งโล่ง ร้อยละ 31.0 พื้นที่บ้าน ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 131.71 ตร.ม. (S.D. = 62.27) ต่ำสุด = 42.0 ตร.ม. สูงสุด = 100 ตร.ม. ความหนาแน่น ค่าเฉลี่ย

( $\bar{X}$ ) = 41.60 (S.D. = 27.66) ต่ำสุด = 42.0 ตร.ม. 6 ตร.ม.ต่อคน สูงสุด = 100 ตร.ม.6 ตร.ม.ต่อคน จำนวนหน้าต่างบ้านของท่าน ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 5.49 (S.D. = 7.40) ต่ำสุด = 2 บาน สูงสุด = 12 บาน มีการนำที่นอนหมอนมุ้งผึ่งแสงแดดสัปดาห์ละ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ ทุกคน ความถี่ของการนำที่นอนหมอนมุ้งผึ่งแสงแดดสัปดาห์ละ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 71.4 และมีการทำความสะอาดบ้าน ทุกวัน ร้อยละ 59.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

| สภาพแวดล้อมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค                   |                                                                                                                                          | จำนวน (n = 42) | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| ลักษณะบ้านที่ท่านอาศัยอยู่ในช่วงก่อนป่วยเป็นแบบใด |                                                                                                                                          |                |        |
| บ้านชั้นเดียว โปร่งโล่ง                           |                                                                                                                                          | 13             | 31.0   |
| บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนสูง                          |                                                                                                                                          | 2              | 4.8    |
| บ้านสองชั้น                                       |                                                                                                                                          | 27             | 64.3   |
| อื่นๆ ระบุ                                        |                                                                                                                                          |                |        |
| พื้นที่บ้าน                                       | ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 131.71 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 62.27<br>ต่ำสุด = 42.0 ตร.ม. สูงสุด = 100 ตร.ม.                        |                |        |
| ความหนาแน่น                                       | ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 41.60 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 27.66<br>ต่ำสุด = 42.0 ตร.ม.6 ตร.ม.ต่อคน สูงสุด = 100 ตร.ม.6 ตร.ม.ต่อคน |                |        |
| จำนวนหน้าต่างบ้านของท่าน                          | ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 5.49 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 7.40<br>ต่ำสุด = 2 สูงสุด = 12                                           |                |        |
| ท่านนำที่นอนหมอนมุ้งผึ่งแสงแดด                    |                                                                                                                                          |                |        |
| ปฏิบัติ                                           |                                                                                                                                          | 42             | 100    |
| ไม่ปฏิบัติ                                        |                                                                                                                                          | -              | -      |
| ความถี่ของการนำที่นอนหมอนมุ้งผึ่งแสงแดดต่อสัปดาห์ |                                                                                                                                          |                |        |
| ผึ่งทุกวัน ยกเว้นวันที่ฝนตก                       |                                                                                                                                          | 4              | 9.5    |
| สัปดาห์ละ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์                      |                                                                                                                                          | 1              | 2.4    |
| สัปดาห์ละ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์                      |                                                                                                                                          | 7              | 16.7   |
| สัปดาห์ละ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์                      |                                                                                                                                          | 30             | 71.4   |
| ท่าน/บุคคลในบ้านท่าน ทำความสะอาดบ้านบ่อยเพียงใด   |                                                                                                                                          |                |        |
| ทุกวัน                                            |                                                                                                                                          | 25             | 59.5   |
| จำนวน 2-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์                        |                                                                                                                                          | 15             | 35.7   |
| จำนวน 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์                          |                                                                                                                                          | 2              | 4.8    |

### 3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 42 คน พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคในช่วงก่อนป่วย ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการต้องซัง โดยมีประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 97.6 มีประวัติการสัมผัสโรคของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 42.9 สูบบุหรี่ในช่วงก่อนป่วย ร้อยละ

61.9 ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 76.2 มีการออกกำลัังกาย ร้อยละ 92.9 โดยความถี่ของการออกกำลัังกายประมาณ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ ขณะป่วย สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องอยู่กัับผู้อื่น ร้อยละ 97.6 ขณะป่วยใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 78.6 บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่ปิดมิดชิด ร้อยละ 90.5 และมีการทำลายเสมหะ โดยการเผา ร้อยละ 65.8 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

| พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค                | จำนวน (n=42) | ร้อยละ |
|------------------------------------------------------|--------------|--------|
| ท่านเคยมีประวัติการต้องซังก่อนป่วยเป็นวัณโรค หรือไม่ |              |        |
| มี                                                   | 1            | 2.4    |
| ไม่มี                                                | 41           | 97.6   |
| ท่านมีประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคก่อนป่วย หรือไม่  |              |        |
| มี                                                   | 18           | 42.9   |
| ไม่มี                                                | 24           | 57.1   |
| ท่านสูบบุหรี่ในช่วงก่อนป่วย หรือไม่                  |              |        |
| สูบ                                                  | 26           | 61.9   |
| - สูบบางครั้ง                                        | 11           | 42.3   |
| - สูบเป็นประจำ                                       | 15           | 57.7   |
| ไม่สูบ                                               | 16           | 38.1   |
| ท่านตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในช่วงก่อนป่วย หรือไม่   |              |        |
| ตี๋ม                                                 | 32           | 76.2   |
| - ตี๋มบางครั้ง                                       | 20           | 65.5   |
| - ตี๋มประจำ                                          | 12           | 37.5   |
| ไม่ตี๋ม                                              | 10           | 23.8   |
| ท่านออกกำลัังกายในช่วงก่อนป่วย หรือไม่               |              |        |
| ออกกำลัังกาย                                         | 39           | 92.9   |
| - ออกกำลัังกาย 1 - 2 วัน/สัปดาห์)                    | 25           | 64.1   |
| - ออกกำลัังกาย 3 - 4 วัน/สัปดาห์)                    | 7            | 18.1   |
| - ออกกำลัังกายมากกว่า 4 วัน/สัปดาห์)                 | 7            | 18.1   |
| ไม่ออกกำลัังกาย                                      | 3            | 7.1    |

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

| พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค                              | จำนวน (n=42) | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------------|--------------|--------|
| ขณะป่วยท่านใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องอยู่กับผู้อื่น หรือไม่ |              |        |
| ใส่                                                                | 41           | 97.6   |
| ไม่ใส่                                                             | 1            | 2.4    |
| ขณะป่วยท่านใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น หรือไม่    |              |        |
| ใช้                                                                | 33           | 78.6   |
| ไม่ใช้                                                             | 9            | 21.4   |
| ขณะป่วย ท่านบ้วนเสมหะอย่างไร                                       |              |        |
| บ้วนลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด                                      | 38           | 90.5   |
| บ้วนลงโถส้วมชักโครก                                                | 2            | 4.8    |
| บ้วนลงพื้น                                                         | 2            | 4.8    |
| อื่นๆ                                                              | 0            | 0.0    |
| การทำลายเสมหะ                                                      |              |        |
| ทำลายโดยการเผา                                                     | 25           | 65.8   |
| ทำลายโดยการฝัง                                                     | 10           | 26.3   |
| นำไปทิ้งในขยะของหมู่บ้าน                                           | 3            | 7.9    |

#### 4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดตามของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดตามผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 42 คน พบว่า ภาพรวมการติดตามในมุมมองของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.05$ , S.D. = 0.57) ประเด็นที่ผู้ป่วยวัณโรคเห็นว่าเป็นการติดตามสูงสุด คือ ประเด็นที่ 13 ท่านมีความรู้สึกว่าการป่วยเป็นวัณโรคก่อให้เกิดหนี้สิน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.57$ , S.D. = 0.70) รองลงมาคือประเด็นที่ 9 ท่านมีความรู้สึกว่า คนในชุมชนหลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมร่วมกับคนที่ป่วยเป็นวัณโรค อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.35$ , S.D. = 0.88) ประเด็นที่ 12 ท่านมีความรู้สึกว่า ครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจเนื่องจากขาดรายได้จากการทำงานและไม่มีใครอยากจ้างงานคนในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.21$ , S.D. =

0.94) ประเด็นที่ 2 ท่านมีความรู้สึกว่า ต้อยต่ำ ตกต่ำหรืออับอาย ที่ท่านป่วยเป็นวัณโรค อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.19$ , S.D. = 0.75) ประเด็นที่ 1 ท่านมีความรู้สึกว่า ไม่อยากบอกให้ใครทราบว่าตนเองป่วยเป็นวัณโรค อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.16$ , S.D. = 0.87) ประเด็นที่ 5 ท่านมีความรู้สึกว่า คนในชุมชนคิดว่าวัณโรคเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความต้อยต่ำ ตกต่ำ และน่าอับอาย อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.07$ , S.D. = 0.87) ประเด็นที่ 14 ท่านมีความรู้สึกว่า คนในชุมชนท่านไม่ซื้ออาหารที่คนขายป่วยเป็นวัณโรค อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.04$ , S.D. = 0.91) ประเด็นที่ 4 ท่านมีความรู้สึกว่า คนในชุมชนไม่อยากพูดคุย ทักทาย กับท่านและคน ครอบครัวของท่าน อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.00$ , S.D. = 0.78) และประเด็นที่ 7 ท่านมีความรู้สึกว่า คนเป็นวัณโรคก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.00$ , S.D. = 0.85) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นเกี่ยวกับการติตราของผู้ป่วย วัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

| ประเด็น                                                                                            | ระดับความคิดเห็น |               |                  |              | ค่าเฉลี่ย<br>( $\bar{X}$ ) | S.D. | แปลผล   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|------------------|--------------|----------------------------|------|---------|
|                                                                                                    | ไม่ทราบ<br>(1)   | ไม่ใช่<br>(1) | เป็นไปได้<br>(2) | ใช่<br>(3)   |                            |      |         |
| 1. ท่านมีความรู้สึกว่าจะไม่อยากบอกให้ใครทราบว่าตนเองป่วยเป็นวัณโรค                                 | 3<br>(7.1)       | 9<br>(21.4)   | 11<br>(26.2)     | 19<br>(45.2) | 2.16                       | .87  | ปานกลาง |
| 2. ท่านมีความรู้สึกว่าจะอย่าตำหนิต่ำหรืออับอายที่ท่านป่วยเป็นวัณโรค                                | 2<br>(4.8)       | 5<br>(11.9)   | 20<br>(47.6)     | 15<br>(35.7) | 2.19                       | .75  | ปานกลาง |
| 3. ท่านมีความรู้สึกว่าจะคนในชุมชนกลัวที่จะไปซื้อสินค้า พูดคุย ทักทายกับเพื่อนบ้านที่ป่วยเป็นวัณโรค | 5<br>(11.9)      | 8<br>(19.0)   | 20<br>(47.6)     | 9<br>(21.4)  | 1.90                       | .92  | ปานกลาง |
| 4. ท่านมีความรู้สึกว่าจะคนในชุมชนไม่อยากพูดคุย ทักทาย กับท่าน และคน ครอบครัวของท่าน                | 1<br>(2.4)       | 10<br>(23.8)  | 20<br>(47.6)     | 11<br>(26.2) | 2.00                       | .78  | ปานกลาง |
| 5. ท่านมีความรู้สึกว่าจะคนในชุมชนคิดว่าวัณโรคเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความต้อยต่ำ ตกต่ำ และน่าอับอาย    | 1<br>(2.4)       | 12<br>(28.6)  | 13<br>(31.0)     | 16<br>(38.1) | 2.07                       | .87  | ปานกลาง |
| 6. ท่านมีความรู้สึกว่าจะคนในชุมชนคิดว่าครอบครัวของผู้ป่วย วัณโรคด้อยค่ากว่าครอบครัวอื่น            | 3<br>(7.1)       | 9<br>(21.4)   | 21<br>(50.0)     | 9<br>(21.4)  | 1.92                       | .91  | ปานกลาง |
| 7. ท่านมีความรู้สึกว่าจะคนเป็นวัณโรคก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อคนอื่น                               | 3<br>(7.1)       | 4<br>(9.5)    | 28<br>(66.7)     | 7<br>(16.7)  | 2.00                       | .85  | ปานกลาง |
| 8. ท่านมีความรู้สึกว่าจะคนในชุมชนรังเกียจท่านและครอบครัว                                           | 6<br>(14.3)      | 8<br>(19.0)   | 22<br>(52.4)     | 6<br>(14.3)  | 1.81                       | .90  | ปานกลาง |
| 9. ท่านมีความรู้สึกว่าจะคนในชุมชนหลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมร่วมกับคนที่ป่วยเป็นวัณโรค                |                  | 10<br>(23.8)  | 13<br>(26.1)     | 21<br>(50.0) | 2.35                       | .88  | มาก     |

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นเกี่ยวกับการติตราของผู้ป่วย วัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

| ประเด็น                                                                                                                                                     | ระดับความคิดเห็น |               |                  |              | ค่าเฉลี่ย<br>( $\bar{X}$ ) | S.D. | แปลผล   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|------------------|--------------|----------------------------|------|---------|
|                                                                                                                                                             | ไม่ทราบ<br>(1)   | ไม่ใช่<br>(1) | เป็นไปได้<br>(2) | ใช่<br>(3)   |                            |      |         |
| 10. ท่านมีความรู้สึก ว่า คนในชุมชน<br>จะไม่มาเยี่ยมพบปะครอบครัว<br>ที่บ้านของคนที่เป็นวัณโรค                                                                |                  | 17<br>(40.5)  | 14<br>(33.3)     | 11<br>(26.2) | 1.85                       | .87  | ปานกลาง |
| 11. ท่านมีความรู้สึก ว่า ครอบครัวที่<br>มีผู้ป่วยวัณโรครู้สึกไม่สบายใจ<br>หากจะเปิดเผยว่าคนใน<br>ครอบครัวเป็นวัณโรค                                         |                  | 17<br>(40.5)  | 17<br>(40.5)     | 8<br>(19.0)  | 1.78                       | .75  | ปานกลาง |
| 12. ท่านมีความรู้สึก ว่า ครอบครัว<br>ของผู้ป่วยวัณโรคได้รับผลกระทบ<br>ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจาก<br>รายได้จากการทำงานและไม่มี<br>ใครอยากจ้างงานคนใน<br>ครอบครัว |                  | 10<br>(23.8)  | 13<br>(31.0)     | 19<br>(45.3) | 2.21                       | .94  | ปานกลาง |
| 13. ท่านมีความรู้สึก ว่า การป่วย<br>เป็นวัณโรคก่อให้เกิดหนี้สิน                                                                                             |                  | 5<br>(11.9)   | 8<br>(19.0)      | 29<br>(69.0) | 2.57                       | .70  | มาก     |
| 14. ท่านมีความรู้สึก ว่า คนในชุมชน<br>ท่านไม่ซื้ออาหารที่คนขายป่วย<br>เป็นวัณโรค                                                                            |                  | 11<br>(26.2)  | 18<br>(42.9)     | 13<br>(31.0) | 2.04                       | .91  | ปานกลาง |
| 15. ท่านมีความรู้สึก ว่า การป่วย<br>เป็นวัณโรคทำให้ท่านทุกข์ใจ<br>และไม่สามารถพูดคุยกับใคร<br>ได้                                                           |                  | 19<br>(45.2)  | 7<br>(16.7)      | 16<br>(38.1) | 1.92                       | .74  | ปานกลาง |
| ภาพรวม                                                                                                                                                      |                  |               |                  |              | 2.05                       | .54  | ปานกลาง |

## สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการติตรา และพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วย ซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรส เป็นผู้ป่วย

วัณโรคที่มีโรคประจำตัว/โรคร่วม เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สภาพแวดล้อมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่ก่อนป่วยอาศัย อยู่บ้านสองชั้น พื้นที่บ้านเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 131.71 ตร.ม.

(S.D. = 62.27) ความหนาแน่น ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 41.60 ตร.ม.ต่อคน (S.D. = 27.66) จำนวนหน้าต่างบ้านของท่าน ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 5.49 บาน (S.D. = 7.40) ผู้ป่วยวัณโรคทุกคนนำที่นอนหมอนมุ้งผึ่งแสงแดดสัปดาห์ละ 1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์ และมีการทำความสะอาดบ้านทุกวัน ข้อมูลพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคในช่วงก่อนป่วย ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการต้องซัง มีประวัติการสัมผัสโรคของผู้ป่วยวัณโรค สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย ประมาณ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ ขณะป่วย สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องอยู่กับผู้อื่น ขณะป่วยใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่ปิดมิดชิด และมีการทำลายเสมหะโดยการเผา และระดับการติตราของผู้ป่วยวัณโรคในมุมมองของผู้ป่วยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ประเด็นที่ผู้ป่วยวัณโรคเห็นว่าเป็นการติตราอยู่ในระดับมาก 2 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 13 ท่านมีความรู้สึกว่าการป่วยเป็นวัณโรคก่อให้เกิดหนี้สิน รองลงมาคือประเด็นที่ 9 ท่านมีความรู้สึกว่าคุณในชุมชนหลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมร่วมกับคนที่ป่วยเป็นวัณโรค และระดับปานกลาง 13 ประเด็น

## อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.8 อายุเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 61.4 ปี (S.D. = 10.63) สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.8 น้ำหนักค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 53.26 กิโลกรัม (S.D. = 8.63) ส่วนสูงเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 161.4 เซนติเมตร (S.D. = 8.05) มีโรคประจำตัว /โรคร่วม ร้อยละ 40.9 สูงสุดคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยก่อนป่วยอาศัยอยู่บ้านสองชั้น ร้อยละ 64.3 รองลงมาคือบ้านชั้นเดียวโปร่งโล่ง ร้อยละ 31.0 พื้นที่บ้าน ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 131.71 ตร.ม. (S.D. = 62.27) ความหนาแน่น ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 41.60 ตร.ม.ต่อคน (S.D. = 27.66) จำนวนหน้าต่างบ้านของท่าน ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 5.49 บาน (S.D. = 7.40) มีการนำที่นอนหมอนมุ้งผึ่งแสงแดดสัปดาห์ละ 1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์ ทุกคน ความถี่ของการนำที่นอน

หมอนมุ้งผึ่งแดดสัปดาห์ละ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และมีการทำความสะอาดบ้าน ทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาพร กลัดเข็มเพชร<sup>(3)</sup> แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค การติตรา กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลดียงภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนันทบุรี พบผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ระหว่าง 31 - 45 ปี และมากกว่า 45 ปี จบการศึกษาระดับมัธยม และประถมศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท และมีผู้ใกล้ชิดเป็นผู้ดูแล

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคในช่วงก่อนป่วย ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการต้องซัง แต่มีประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค มีประวัติการสัมผัสโรคของผู้ป่วยวัณโรค สูบบุหรี่ในช่วงก่อนป่วย ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการออกกำลังกาย โดยความถี่ของการออกกำลังกาย ประมาณ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ ขณะป่วย สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องอยู่กับผู้อื่น ขณะป่วยใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่ปิดมิดชิด และมีการทำลายเสมหะโดยการเผา สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาพร กลัดเข็มเพชร<sup>(3)</sup> แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค การติตรา กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลดียงภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนันทบุรี พบพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

3. ระดับการติตราของผู้ป่วยวัณโรคในมุมมองของผู้ป่วยในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยซ้ำซากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.05, S.D. = 0.57) ประเด็นที่ผู้ป่วยวัณโรคเห็นว่าเป็นการติตราอยู่ในระดับมากมี 2 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 13 ท่านมีความรู้สึกว่าการป่วยเป็นวัณโรคก่อให้เกิดหนี้สิน รองลงมาคือประเด็นที่ 9 ท่านมีความรู้สึกว่าคุณในชุมชนหลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมร่วมกับคนที่ป่วยเป็นวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รังค์ และคณะ<sup>(8)</sup> ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : ผลของการติตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อนวัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ พบการติตรามีผลให้ผู้เป็นโรคเรื้อนวัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

ผู้เป็นโรคเอดส์ รักษาแล้ว ขาดการรักษา ปกปิดโรค มีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาชีวิตคู่ และปัญหาในการประกอบอาชีพ อันขัดขวางความสำเร็จในงานป้องกันควบคุมโรคในภาพรวม การศึกษาของจิราภรณ์ ชูวงศ์ และคณะ<sup>(5, 9)</sup> ได้ทำการศึกษาผลกระทบจากการตีตราและแนวทางการกำกับการกินยาแบบมีที่เลี้ยง สำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย พบว่าผลกระทบจากการถูกตีตราจากครอบครัว ชุมชนและสังคม ยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลความเจ็บป่วยด้วยวัณโรคและการเข้ารับการรักษาแบบมีที่เลี้ยง แต่การศึกษาของสุมาพร กลัดเข็มเพชร<sup>(4)</sup> แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค การตีตรา กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลติดยุมิ อำเภอมือง จังหวัดนันทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตีตราโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งในมุมมองของการตีตรากับการเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับบริบทและการให้ความหมายทางสังคมของชุมชน โดยการศึกษาดังกล่าวกลุ่มเป้าหมายเป็นชุมชนอำเภอมือง จังหวัดนันทบุรี มีความเป็นเมืองที่มีความเจริญ ซึ่งในขณะเดียวกันพื้นที่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเข้าจากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น มีความแตกต่างกันอาจส่งผลให้การตีตรามีความแตกต่างกันตามบริบทดังกล่าว

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1.1 ระดับการตีตราของผู้ป่วยวัณโรคในมุมมองของผู้ป่วยวัณโรคพื้นที่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเข้าจากพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำหรับมุมมองของผู้ป่วยวัณโรค ผู้รับผิดชอบงานควบคุมวัณโรคควรวางแผนดูแลและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพ ควรมีนักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ หรือพยาบาลชุมชน เพื่อลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

1.2 ควรมีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.)หรือญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตีตรา

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการลดการตีตรา ตลอดจนเสริมพลังการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

2.2 ควรมีพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เกี่ยวกับวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มประชาชนตามนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อยุติวัณโรค

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ยวีร์ อมรโรจน์วรฤดี ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนการทำวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี นายชัย เมืองโคตร สาธารณสุขอำเภอบ้านแฮด นายวิจิตร ท้าวนิล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแซง และนางเพ็ญพันธ์ อูสาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลียบเจือก ตลอดจนทีมเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วยวัณโรคทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาคุณภาพงานดูแลรักษาและการเยี่ยมบ้านของพื้นที่ ตลอดจนเพิ่มพูนทักษะทางวิชาการเป็นประโยชน์ต่อชุมชนยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. ระบบข้อมูลวัณโรคระดับชาติ (National Tuberculosis Information Program: NTIP) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.who.int/tb/country/data/proCles/en/>
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. คู่มือการใช้โปรแกรมบริหารคลินิกวัณโรค (TBCM Thailand) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.who.int/tb/country/data/proCles/en/>

3. สุมาพร กลัดเข็มเพชร. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถในการฟันผ่าอุปสรรค การตีตรา กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลตัญญูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2554.
4. ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, ศิรามาศ รอดจันทร์, โกเมศ อุนรัตน์, พจนา ธีญญิตติกุล, ชุตติวัลย์ พลเดช. การรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ. วารสารควบคุมโรค 2560; 43(3): 30-42.
5. จิราภรณ์ ชวงค์. กลยุทธ์การลดการตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ในชุมชนจังหวัดตรัง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2562; 2(1): 256 – 66
6. ศิริชัย กาญจนวาสี. สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
7. Cronbach LJ. Educational Psychology. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Harcourt Brace And World; 1963.
8. ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, ศิรามาศ รอดจันทร์ พจนา ธีญญิตติกุล, ชุตติวัลย์ พลเดช. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ผลของการตีตราต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์. วารสารควบคุมโรค 2561; 44(3): 19-30.
9. จิราภรณ์ ชวงค์, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ, ดวงใจ สวัสดิ์. ผลกระทบจากการตีตราและแนวทางการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2556; 6(1); 237 – 45.

## ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

### The Evaluation of Treatment Outcome of Multidrug-resistant Tuberculosis (RR/MDR-TB) Patients for Treatment with All New oral Shorter Regimen in Health Region 7

อติเดช ไชยชนะ วท.ม.(วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(เภสัชศาสตร์)

ภทรียา พอจิต ส.ม.(การบริหารสาธารณสุข)

สุพัตรา สิมมาทัน ส.ม.(การบริหารสาธารณสุข)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Attidej Chaichana M.Sc.(Master of Sexuality )

Pattareeya Porchit M.P.H.(Public Health Administration)

Supattra Simmatan M.P.H.(Public Health Administration)

Office of Disease Prevention and Control Region 7 Khon Kaen

Received : April 30, 2022

Revised : July 19, 2022

Accepted : July 25, 2022

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยาระยะสั้น ในเขตสุขภาพที่ 7 รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคดื้อยาในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.09 อายุเฉลี่ย 47.6 ปี (S.D.= 15.75) ใช้ระยะเวลาในการรักษา 11 เดือน ร้อยละ 50.0 รักษา 9 เดือน ร้อยละ 45.46 ขยายเวลารักษา 18 เดือน ร้อยละ 4.54 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.5 ไม่เคยสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 81.81 มีผู้กำกับดูแลการกินยาตลอดการรักษา ร้อยละ 95.5 เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ร้อยละ 95.45 และดื้อยา Rifampicin resistance-TB ร้อยละ 4.55 น้ำหนักเฉลี่ย 53.04 กิโลกรัม (S.D. = 11.14) รักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น 6Bdq-Mfx-Pto-Cfz-Z-H (high-dose)-E/5Mfx-Cfz\_Z\_E ร้อยละ 50.00 สูตร 4Bdq-Mfx-Pto-Cfz-Z-H(high-dose)-E/5Mfx-Cfz\_Z\_E ร้อยละ 45.46 และขยายสูตรการรักษาเป็น 18 เดือน ร้อยละ 4.54 ติดตามผลการรักษาด้วยการตรวจเสมหะพบเสมหะเปลี่ยนจากบวกเป็นลบในเดือนที่ 1 ร้อยละ 81.81 และเปลี่ยนเป็นลบมากขึ้นจนสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 9 และเดือนที่ 11 ครบทุกราย ตรวจเสมหะโดยการเพาะเชื้อ เสมหะจะไม่พบเชื้อในเดือนที่ 1 ร้อยละ 72.72 และไม่พบเชื้อจนสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 9 และเดือนที่ 11 ครบทุกราย ผู้ป่วยรักษาหาย ร้อยละ 95.45 และขยายการรักษา 18 เดือน ร้อยละ 4.55 เนื่องจากมีภาวะตับอักเสบ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาพบมีอาการปวดข้อ ร้อยละ 31.82 คลื่นไส้อาเจียนและผื่นคันที่ผิวหนัง ร้อยละ 27.28 และเวียนหัว/หูดับ ร้อยละ 18.18

หลังจากการรักษา ควรมีการติดตามผู้ป่วยที่รักษาหายอย่างต่อเนื่องทุก 6 และ 12 เดือน เนื่องจาก การรักษาวัณโรคดื้อยาต้องใช้ระยะเวลาการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนานอย่างใกล้ชิด การให้คำปรึกษาให้ความรู้ข้อมูล

กับผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจในการเจ็บป่วยและมีแนวทางการการรักษาที่ชัดเจนจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มอัตราการรักษาหายมากขึ้น

**คำสำคัญ:** การรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) การรักษาด้วยสูตรระยะสั้น

### Abstract

The present study aimed to evaluate the multidrug-resistant tuberculosis (RR/MDR-TB) treatment outcome and side effects with all new oral shorter regimen in health region 7. This cross-section study included 22 multidrug-resistant Tuberculosis (RR/MDR-TB) patients who were diagnosed and registered for treatment of drug-resistant tuberculosis in 6 public hospitals and carried out between March 2020 and September 2021. The instrument of gathering data used records from and in-depth interview. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results revealed that the majority of the patients was men (59.09%) and the mean age was 47.6 years (S.D. = 15.75). Among patients successfully treatment, The treatment duration was 11 months (50.0%), and 9 months (45.46%) mostly, It was a few as 18 months (4.54%). Comorbidities were more than half (54.5%) of patients. There were mostly (81.81%) no history of TB household contacts and directly observed treatment (95.5%). In the classification of patients, There were RR/MDR-TB (95.45%) mostly and rifampicin resistance-TB (4.55 %) respectively. The mean weight was 53.04 kg. (S.D. = 11.14), The most common shorter regimens were used 6Bdq-Mfx-Pto-Cfz-Z-H (high-dose)-E/5Mfx-Cfz\_Z\_E, 4Bdq-Mfx-Pto-Cfz-Z-H(high-dose)-E/5Mfx-Cfz\_Z\_E and a extension duration with 18 months (50.00%, 45.46% and 4.54 %) respectively. With the acid fast stain diagnosed method and culture diagnosed method, The sputum of patients were changed from positive to negative within completely 1 months as 81.81% and 72.72%. All patient were completely in 9 months and 11 months with 2 method. The success rate of treatment for was 95.45% and 4.55 % for extend treatment (18 months) due to any symptom, such as hepatitis, weakness, nausea and vomiting. The most adverse reactions were joint pain (31.82%), nausea, vomiting and itchy skin rash (27.28%) and dizziness/ear off (18.18%)

All patients who has been completely treated, should be followed up and re-examed every 6 or 12 months. The treatment of drug-resistant tuberculosis requires a long maintenance phase. Therefore, the consultation system for patients to understand the present disease and medications is the most important as well as the increased cure rate.

**Keywords:** Multidrug-resistant Tuberculosis (RR/MDR-TB), All New oral Shorter Regimen

## บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (high burden country lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาระวัณโรค (TB) สูง ภาระวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูง และภาระวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) สูง และประเทศไทยถูกจัดอันดับในกลุ่ม คาดประมาณอุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทย 150 ต่อประชากรแสนคน หรือจำนวน 105,000 ราย แต่พบผู้ป่วยและขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 88,000 ราย เสียชีวิตปีละประมาณ 11,000 ราย<sup>(1)</sup> วัณโรคดื้อยา (drug resistant tuberculosis: DR-TB) เป็นปัญหาอุปสรรคต่อเป้าหมายการยุติวัณโรค ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและภัยคุกคามทางสุขภาพ ปี 2019 อุตการณ์วัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB 3.6 ต่อประชากรแสนคน หรือจำนวน 2,500 ราย<sup>(2)</sup> พบว่ามีผู้ป่วยที่ตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ 1,221 ราย เข้าสู่ระบบการรักษาเพียง 1,095 ราย<sup>(1)</sup> อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วย MDR/RR-TB (Treatment success rate) เพียงร้อยละ 63.7<sup>(3)</sup> ประเทศไทยพบอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพียงร้อยละ 61<sup>(4)</sup>

เขตสุขภาพที่ 7 มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) ปี 2562 – 2563 จำนวน 52, 138 และ 64 รายตามลำดับ วัณโรคดื้อยา มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาและรุนแรงมาก ปี 2563 ประเทศไทยใช้แนวทางการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานจากสูตรมาตรฐานระยะยาว 18-24 เดือน มาเป็นสูตรระยะสั้น (shorter all-oral regimen) ชนิดยารับประทานทั้งหมดในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยาริฟามปีซิน (MDR/RR-TB) โดยใช้เวลาในการรักษา ระยะสั้น 9-12 เดือน เป็นการลดระยะเวลา ในการรับประทานที่ยาวนาน ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มโอกาสของการรักษาครบได้มาก เนื่องจากมีผลสำเร็จของการรักษา มากกว่าและขาดการรักษาน้อยกว่า<sup>(5)</sup> โดยเขตสุขภาพที่ 7 ยังไม่ได้ทำการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรระยะสั้น (All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจทำการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรระยะสั้น (All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรระยะสั้น (All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen) คาดว่าจะได้ทราบผลการรักษาตลอดจนพัฒนาแนวทางใหม่สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยนำผลที่ศึกษาไปใช้เป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) สูตรระยะสั้นได้สำเร็จ เพื่อนำไปสู่การยุติวัณโรคตามเป้าหมายต่อไป

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณแบบย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียนการรักษาผู้ป่วย และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเสนอเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรระยะสั้น

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนที่ขึ้นทะเบียนและรักษาวัณโรคดื้อยา ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคามและกาฬสินธุ์ และที่ได้รับยารักษาวัณโรคสูตรระยะสั้น All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen จนสิ้นสุดการรักษา 9-12 เดือน ระยะเวลาในการติดตามตั้งแต่ระหว่างเดือน มีนาคม 2563 – กันยายน 2564 จำนวน 22 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานรายใหม่ 2) มีที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในเขตจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคามและกาฬสินธุ์ โดยที่ตัวบุคคลยังอาศัยอยู่ ไม่เคลื่อนย้ายออกนอกพื้นที่

- 3) มีอายุมากกว่า 18 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 4) สามารถติดต่อสื่อสารเข้าใจในภาษาไทยและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงเสี่ยงต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหรือครอบครัว

เครื่องมือในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ฉบับ ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลการรักษาจากเวชระเบียน และ
- 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ที่สาธารณสุข ผู้ป่วย ญาติ และอาสาสมัคร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบค่าดัชนี IOC ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยทำหนังสือขอมัติเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทำหนังสือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัดโรคดื้อยาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์
- 2) ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานวัณโรคและงานเวชระเบียนเพื่อขอความร่วมมือจากหน่วยงานโรงพยาบาลในการช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์บันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานรายใหม่ ญาติหรือผู้ดูแล และข้อมูลความคิดเห็นจากทีมผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจัดหมวดหมู่ แยกแยะประเด็นและนำเสนอข้อมูล

โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้มาตรฐานทางจริยธรรมในการวิจัยสำหรับการเก็บข้อมูล จัดทำหนังสือประสานทีมผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับการรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค และอาสาสมัครแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยคำพูดการตอบรับ

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนที่ขึ้นทะเบียนและรักษาวัดโรคดื้อยาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 59.09 (12/22) มีอายุเฉลี่ย 47.6 ปี (S.D.=15.75) สูงสุด 77 ปีอายุต่ำสุด 20 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.90 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ๆ ละ 5,766 บาท (S.D.=6,055.03) สูงสุด 30,000 บาท ต่ำสุด 600 บาท จบระดับประถมศึกษาและ ร้อยละ 40.91 ใช้ระยะเวลารักษา 11 เดือน ร้อยละ 50.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.5 ไม่เคยสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน ร้อยละ 81.8 มีผู้กำกับการกินยาตลอดการรักษา ร้อยละ 95.5 และผู้ป่วยทุกรายยินยอมหรือเต็มใจที่จะกินยาในการรักษา เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา Multidrug-Resistant -TB (MDR-TB) ร้อยละ 95.45 มีน้ำหนักเฉลี่ย 53.04 กิโลกรัม (S.D. = 11.14) น้ำหนักมากที่สุด 80 กิโลกรัม และน้อยที่สุด 37 กิโลกรัม และทุกคนได้รับการตรวจเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ก่อนการรักษา ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB)

| คุณลักษณะทั่วไป                                                                      | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|
| <b>เพศ:</b>                                                                          |            |        |
| ชาย                                                                                  | 13         | 59.09  |
| หญิง                                                                                 | 9          | 40.91  |
| อายุเฉลี่ย = 47.65 ปี S.D. = 15.75 ปี ต่ำสุด = 20 ปี สูงสุด = 77 ปี                  |            |        |
| <b>สถานะ:</b>                                                                        |            |        |
| โสด                                                                                  | 7          | 31.83  |
| สมรส                                                                                 | 10         | 45.51  |
| หย่าร้าง                                                                             | 2          | 9.10   |
| หม้าย                                                                                | 2          | 9.10   |
| แยกกันอยู่                                                                           | 1          | 4.46   |
| <b>อาชีพหลัก:</b>                                                                    |            |        |
| ก่อสร้าง                                                                             | 1          | 4.55   |
| รับจ้าง                                                                              | 7          | 31.80  |
| แม่บ้าน/พ่อบ้าน                                                                      | 1          | 4.55   |
| เกษตรกรรม                                                                            | 9          | 40.90  |
| อื่นๆ                                                                                | 4          | 18.20  |
| รายได้เฉลี่ย = 5,766.67 บาท S.D. = 6,055.03 บาท ต่ำสุด = 600 บาท สูงสุด = 30,000 บาท |            |        |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                                                                 |            |        |
| ประถมศึกษา                                                                           | 9          | 40.91  |
| มัธยมศึกษาต้น/ปวช.                                                                   | 7          | 31.82  |
| ปวส./ปริญญาตรี                                                                       | 6          | 27.27  |
| <b>ทราบระยะเวลาที่ได้รับการรักษา</b>                                                 |            |        |
| ทราบ                                                                                 | 22         | 100    |
| - รักษา 9 เดือน                                                                      | 10         | 45.46  |
| - รักษา 11 เดือน                                                                     | 11         | 50.00  |
| - รักษา 18 เดือน                                                                     | 1          | 4.54   |
| <b>โรคประจำตัว</b>                                                                   |            |        |
| ไม่มี                                                                                | 10         | 45.47  |
| มี (โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, Old TB, ไทรอยด์, ลูคีเมีย, ลักปิดลักเปิด และจิตเวช) | 12         | 54.53  |

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) (ต่อ)

| คุณลักษณะทั่วไป                                                                                    | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|
| <b>เคยสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค</b>                                                                      |            |        |
| เคย (บุคคลในครอบครัว)                                                                              | 4          | 18.19  |
| ไม่เคย                                                                                             | 18         | 81.81  |
| <b>ผู้กำกับกินยา</b>                                                                               |            |        |
| ไม่มี                                                                                              | 1          | 4.55   |
| มี (สามี, ภรรยา, เจ้าหน้าที่ รพสต. และ อสม.)                                                       | 21         | 95.45  |
| <b>ยินยอมหรือมีความเต็มใจที่จะกินยารักษาครั้งนี้</b>                                               |            |        |
| ยินยอม/เต็มใจ                                                                                      | 22         | 100    |
| <b>ประเภทผู้ป่วยดื้อยา</b>                                                                         |            |        |
| Multidrug-Resistant -TB (MDR-TB)                                                                   | 21         | 95.45  |
| Rifampicin resistance-TB (RR-TB)                                                                   | 1          | 4.55   |
| <b>ผลการตรวจหาเชื้อ HIV</b>                                                                        |            |        |
| Non - Reactive                                                                                     | 22         | 100    |
| น้ำหนักเฉลี่ย 53.04 กิโลกรัม S.D. = 11.14 กิโลกรัม มากที่สุด 80 กิโลกรัม และน้อยที่สุด 37 กิโลกรัม |            |        |

2. ข้อมูลการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเสมหะ AFB Smear (Acid-Fast Bacilli) ใหญ่เสมหะเปลี่ยนจากบวกเป็นลบในเดือนที่ 1 จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 81.81) และเปลี่ยนเป็นลบมากขึ้นจนสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 9 และเดือนที่ 11 ร้อยละ 75

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเสมหะ AFB Smear (Acid-Fast Bacilli) พบว่า ส่วน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำแนกตามผลการตรวจเสมหะ AFB Smear (Acid-Fast Bacilli)

| เดือนที่ | ไม่มีผล |        | Negative |        | Positive |        |
|----------|---------|--------|----------|--------|----------|--------|
|          | จำนวน   | ร้อยละ | จำนวน    | ร้อยละ | จำนวน    | ร้อยละ |
| 0        | 0       | 0.00   | 0        | 0      | 22       | 100.00 |
| 1        | 1       | 4.55   | 18       | 81.81  | 3        | 13.64  |
| 2        | 3       | 13.64  | 18       | 81.81  | 1        | 4.55   |
| 3        | 3       | 13.64  | 18       | 81.81  | 1        | 4.55   |
| 4        | 5       | 22.73  | 17       | 77.28  | 0        | 0.00   |
| 5        | 3       | 13.64  | 19       | 86.36  | 0        | 0.00   |

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(RR/MDR-TB) พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำแนกตามผลการตรวจเสมหะ AFB Smear (Acid-Fast Bacilli) (ต่อ)

| เดือนที่      | ไม่มีผล |        | Negative |        | Positive |        |
|---------------|---------|--------|----------|--------|----------|--------|
|               | จำนวน   | ร้อยละ | จำนวน    | ร้อยละ | จำนวน    | ร้อยละ |
| 6             | 2       | 9.09   | 20       | 90.91  | 0        | 0.00   |
| 7             | 3       | 13.64  | 20       | 90.91  | 0        | 0.00   |
| 8             | 3       | 13.64  | 19       | 90.91  | 0        | 0.00   |
| 9             | 2       | 9.09   | 20       | 90.91  | 0        | 0.00   |
| 10 (N=12 ราย) | 3       | 25.00  | 9        | 75.00  | 0        | 0.00   |
| 11 (N=12 ราย) | 3       | 25.00  | 9        | 75.00  | 0        | 0.00   |

3. ข้อมูลการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจติดตาม (Sputum culture) พบว่า ส่วนใหญ่เสมหะจะเปลี่ยนจากพบเชื้อเป็นไม่พบเชื้อในเดือนที่ 1 จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 72.72) และเปลี่ยนเป็นไม่พบเชื้อจนสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 9 และเดือนที่ 11 ทุกราย ดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจติดตามเสมหะ เพื่อการรักษาด้วยวิธีการเพาะเชื้อ

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรระยะสั้น (All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen) จำแนกตามการเพาะเชื้อ(Sputum culture)

| เดือนที่ | ไม่ได้ส่งเพาะเชื้อ |        | ส่ง แต่ไม่มีผล |        | No growth |        | Growth |        |
|----------|--------------------|--------|----------------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|          | จำนวน              | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน  | ร้อยละ |
| 0        | 0                  | 0.00   | 0              | 0.00   | 0         | 0.00   | 22     | 100    |
| 1        | 1                  | 4.55   | 1              | 4.55   | 16        | 72.72  | 4      | 18.10  |
| 2        | 3                  | 13.64  | 2              | 9.09   | 16        | 72.72  | 1      | 4.55   |
| 3        | 1                  | 4.55   | 2              | 8.70   | 18        | 81.81  | 1      | 4.55   |
| 4        | 3                  | 13.64  | 1              | 4.55   | 18        | 81.81  | 0      | 0.00   |
| 5        | 2                  | 9.09   | 1              | 4.55   | 19        | 86.36  | 0      | 0.00   |
| 6        | 2                  | 9.09   | 1              | 4.55   | 19        | 86.36  | 0      | 0.00   |
| 7        | 4                  | 18.18  | 0              | 0.00   | 18        | 81.81  | 0      | 0.00   |
| 8        | 4                  | 18.18  | 1              | 4.55   | 17        | 77.27  | 0      | 0.00   |
| 9        | 2                  | 9.09   | 2              | 9.09   | 18        | 81.81  | 0      | 0.00   |
| 10       | 3                  | 25.00  | 1              | 8.33   | 9         | 75.00  | 0      | 0.00   |
| 11       | 2                  | 16.67  | 0              | 0.00   | 10        | 83.33  | 0      | 0.00   |

#### 4. ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(RR/MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น (All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen) จำแนกตามสูตรที่ใช้ในการรักษา เขตสุขภาพที่

7 พบว่า สูตรยาที่ใช้มากที่สุดคือสูตร 6Bdq-Mfx-Pto-Cfz-Z-H(high-dose)-E/5Mfx-Cfz\_Z\_E ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือสูตร 4Bdq-Mfx-Pto-Cfz-Z-H(high-dose)-E/Mfx-Cfz\_Z\_E ร้อยละ 45.46 และมีขยายสูตรการรักษาเป็น 18 เดือน ร้อยละ 4.54 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(RR/MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น (All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen) จำแนกตามสูตรการรักษา

| ผลการรักษา                                         | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|----------------------------------------------------|------------|--------|
| 4Bdq-Mfx-Pto-Cfz-Z-H(high-dose)-E/5Mfx-Cfz_Z_E     | 10         | 45.46  |
| 6Bdq-Mfx-Pto-Cfz-Z-H(high-dose)-E/5Mfx-Cfz_Z_E     | 11         | 50.00  |
| 6Bdq-Mfx-Lzd -Cfz-Cs-PZA/14-18Mfx- Lzd-Cfz- Cs-PZA | 1          | 4.54   |
| รวม                                                | 22         | 100    |

#### 5. ข้อมูลผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ด้วยสูตรยาระยะสั้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้นผู้ป่วยรักษาหาย ร้อยละ 95.45 แพทย์

ผู้รักษาย้ายการรักษาไปเป็น 18 เดือน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.55 เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้แก่ ภาวะตับอักเสบ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น (All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen)

| ผลการรักษา                           | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------------------------------|------------|--------|
| รักษาหาย (care)/ รักษาครบ (complete) | 21         | 95.45  |
| เสียชีวิต (died)                     | 0          | 0.00   |
| ล้มเหลว (failure)                    | 0          | 0.00   |
| เปลี่ยนสูตรยา(ขยายเวลา)              | 1          | 4.55   |
| รวม                                  | 22         | 100    |

#### 6. ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยาระยะสั้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยาระยะ

สั้น พบว่า ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีอาการปวดข้อ มากที่สุด ร้อยละ 31.82 มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและผื่นคันที่ผิวหนังพบได้ ร้อยละ 27 ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยวัณโรคติดต่อหลายขนานที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น (All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen)

| อาการข้างเคียง/อาการผิดปกติจากการกินยา | ระดับความผิดปกติ |           |            |
|----------------------------------------|------------------|-----------|------------|
|                                        | พบได้บ่อย        | พบได้น้อย | ไม่พบ      |
| - ผื่นผิวหนัง                          | 0 (0.0)          | 6 (27.28) | 16 (72.72) |
| - ค่า QT ยาวผิดปกติ                    | 1 (4.55)         | 3 (13.64) | 18 (81.81) |
| - สีผิวคล้ำขึ้น                        | 4 (18.18)        | 4 (18.18) | 14 (63.64) |
| - คลื่นไส้อาเจียน                      | 4 (18.18)        | 6 (27.28) | 12 (54.54) |
| - กระเพาะอาหารอักเสบหรือปวดท้อง        | 0 (0.0)          | 3 (13.64) | 19 (86.36) |
| - ปวดศีรษะ                             | 0 (0.0)          | 2 (9.09)  | 20 (90.91) |
| - ระบบประสาทส่วนปลายผิดปกติ            | 1 (4.55)         | 2 (9.09)  | 19 (86.36) |
| - ประสาทตาอักเสบ                       | 1 (4.55)         | 2 (9.09)  | 19 (86.36) |
| - น้ำตาลในเลือดผิดปกติ                 | 1 (4.55)         | 2 (9.09)  | 19 (86.36) |
| - ปวดข้อ                               | 2 (9.09)         | 7 (31.82) | 13 (59.09) |
| - เส้นเอ็นอักเสบหรือขาด                | 1 (4.55)         | 2 (9.09)  | 19 (86.36) |
| - เวียนหัวและหูอื้อ(หูดับ)             | 1 (4.55)         | 4 (18.18) | 16 (72.72) |
| - ปวดขา 2 ข้าง                         | 0 (0.0)          | 2 (8.7)   | 20 (90.91) |
| - เบื่ออาหาร                           | 1 (4.55)         | 3 (13.64) | 18 (81.81) |
| - นอนไม่หลับ                           | 0 (0.0)          | 3 (13.64) | 19 (86.36) |
| - สายตาพร่ามัว/มองเห็นผิดปกติ          | 0 (0.0)          | 2 (9.09)  | 20 (90.91) |
| - เหนื่อยเพลีย                         | 0 (0.0)          | 3 (13.64) | 19 (86.36) |

#### 7. ข้อมูลแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคติดต่อหลายขนาน (MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ดูแล จำนวน 7 คน พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคติดต่อในด้านต่างๆ เช่น การช่วยเหลือด้าน

เศรษฐกิจ สังคม การส่งต่อผู้ป่วยและประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง การติดตามการเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา เนื่องจากมีการขยายระยะเวลาการรักษา 1 คน และเปลี่ยนสูตรยา 1 คน จากมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** สรุปความเห็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเสนอเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น

| ประเด็น                                                                              | สภาพการดำเนินงาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ความเห็นและข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. การจัดทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการติดตามผู้ป่วย                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และนักโภชนาการ ซึ่งจะทำหน้าที่ตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์ วินิจฉัย ให้การรักษาตามสูตรยา มาตรฐานและให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษาระยะเวลาการรักษา</li> <li>- เภสัชกร แนะนำให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียง การเก็บยา อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดและการจัดยาให้ผู้ป่วยเป็น daily dose ประสานรพ. พื้นที่ในการส่งต่อข้อมูลและรับยาต่อเพื่อไปบริหารจัดการยาในพื้นที่ต่อเนื่อง</li> <li>- พยาบาล ประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ข้อมูลต่างๆ การนัด และสิทธิ์ต่างๆ รวมทั้งการช่วยเหลือสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งอื่นเช่นกองทุนโลก เป็นต้น</li> <li>- นักเทคนิคการแพทย์ ตรวจชันสูตร เพื่อการวินิจฉัย และตรวจติดตามระหว่างการรักษา</li> <li>- โภชนาการ ดูแลเรื่องอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารครบถ้วน</li> </ul> </li> <li>ทีมภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ระดับอำเภอ ได้แก่ แพทย์ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาล อำเภอ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และบางแห่งมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น องค์กรส่วนท้องถิ่น อบต. อสม. เป็นต้น ในส่วนของอำเภอเมืองภาคีเครือข่ายรับผิดชอบดูแลต่อ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม.</li> </ol> | <p>ควรเพิ่มนักโภชนาการ ในการดูแลเรื่องภาวะทุโภชนาการของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคมีน้ำหนักน้อยและมีปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ควรให้นักสังคมสงเคราะห์เข้ามามีบทบาท ในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ นักจิตวิทยาในกรณีมีปัญหาทางด้านจิตใจ และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น เช่นภาคประชาสังคมหรือองค์กรส่วนท้องถิ่นที่มีเกี่ยวข้องเป็นต้น</p> |
| 2. การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือการส่งต่อผู้ป่วย | <p>ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ได้รับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ สังคม จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก เป็นค่าเดินทางมาพบแพทย์ครั้งละ 1,500 บาทต่อเดือน (ตามเกณฑ์ของกองทุนโลก) และมีค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ จำนวน 4000 บาท หรือบางแห่งมีการขอช่วยเหลือจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของจังหวัด ในการช่วยเหลือขึ้นอยู่กับกาประสานงานของพื้นที่และงบประมาณของหน่วยงาน</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้อง และประสานโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเกี่ยวกับแหล่งทุนการช่วยเหลือ จากหน่วยงานอื่น ๆ เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านอื่น ๆ เป็นต้น</p>                                                                           |

**ตารางที่ 7** สรุปความเห็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเสนอเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น (ต่อ)

| ประเด็น          | สภาพการดำเนินงาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ความเห็นและข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- แผนกสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษา</li> <li>- ประสานรศกัญขององค์กรส่วนท้องถิ่น 1669 ในการรับส่งผู้ป่วยไปตรวจตามนัด</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3. การเยี่ยมบ้าน | <p>ทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานวัณโรค โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่รพ.สต. วางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกัน โดยบางพื้นที่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะลงเยี่ยมบ้านพร้อมกับ อสม. Care giver ประจำบ้าน มีการวางแผนเยี่ยมทุกสัปดาห์ โดยกำหนดให้มีกิจกรรม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำการปฏิบัติตน เช่น การแยกผู้ป่วย สิ่งของเครื่องใช้ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การทำลายขยะติดเชื้อโดยแนะนำให้เผาในที่โล่งแจ้ง</li> <li>- การกำกับการกินยา (DOT) ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า เป็นการกำกับการกินยาโดย เจ้าหน้าที่รพ.สต. ร่วมกับอสม.และญาติหรือบางแห่งกำกับโดยอสม./ญาติโดยมีเจ้าหน้าที่รพ.สต. กำกับอีกครั้งทั้งโดยตรงและการกำกับผ่านระบบวีดีโอคอล ทางโทรศัพท์</li> <li>- การบันทึกการกินยามีการบันทึกหลังการกินยาทุกครั้งโดยอสม. และญาติ ส่วนการจัดเก็บยา มีหลากหลายได้แก่การเก็บยาไว้ที่รพ.สต.ในกรณีบ้านผู้ป่วยใกล้รพ.สต.หรือผู้ป่วยสะดวกเดินทางมารับยาเองหรือเก็บยาไว้ที่บ้านผู้ป่วย(ถ้าบ้านห่างไกลรพ.สต.และไม่สะดวกเดินทางมากินยาทุกวัน</li> <li>- ตรวจสอบยาที่เหลือตรงกับวันนัด สมุดคู่มือ เพื่อแนะนำการปฏิบัติตน</li> <li>- อาการไม่พึงประสงค์จากการกินยา</li> <li>- การมาตรวจตามนัด</li> <li>- การประสานความช่วยเหลือจากองค์กรส่วนท้องถิ่นเช่น อบต.ในการใช้รถ กู้ยืม1669 การช่วยเหลือรับส่งไป รพ.ตามนัด</li> </ul> | <p>ควรเชื่อมโยงข้อมูลระบบการคืนข้อมูล และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาลงพื้นที่ การสื่อสารขอให้ดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ที่ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการผ่านช่องทางต่างๆได้ล่าช้า การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านล่าช้า เป็นต้น เช่น การวางแผนการเยี่ยมบ้าน ทำให้การกำกับการกินยาล่าช้า การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ล่าช้า การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านล่าช้า เป็นต้น</p> <p>ควรมีระบบการเตือนก่อนถึงวันนัด และเตรียมตัวก่อนมาตรวจตามนัด/อาการที่มาพบแพทย์ก่อนนัด เพื่อลดการขาดยาได้</p> |

**ตารางที่ 7** สรุปความเห็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเสนอเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น (ต่อ)

| ประเด็น                                                                                               | สภาพการดำเนินงาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ความเห็นและข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. การให้ความรู้เกี่ยวกับ เรื่องยา/ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา/ จัดเก็บยาและการกำกับการรับประทานยา | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลในพื้นที่ส่วนใหญ่ เมื่อได้รับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ พยาบาล ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ก็จะดำเนินการ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญวัณโรค จะอธิบายให้ความรู้พยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา ระยะเวลาการรักษากับผู้ป่วยและญาติ</li> <li>- เภสัชกรดำเนินการเบิกยาเพื่อใช้ในการรักษาตามสิทธิ์ต่าง ๆ Counselling ให้คำแนะนำการกินยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) การใช้สมุด DOT จัดยาแบบ Diary dose โดยจะจัดยาให้ผู้ป่วยเกินจำนวนที่นัด 2 dose โดยจัดครั้งแรกครั้งละ 2 สัปดาห์ ต่อเนื่อง 2 ครั้งต่อไปครั้งละ 1 เดือน เหมือนกันทุกราย</li> </ul> </li> <li>2. พยาบาลประจำคลินิกวัณโรคดื้อยาจะลงวันนัด การมาตรวจตามนัด แนวทางปฏิบัติตนต่าง ๆ มีระบบการคืนข้อมูลให้พื้นที่ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการเช่นผ่านระบบไลน์และโทรศัพท์ โดยส่งต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อทราบแนวทางการรักษาและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะไปพบเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อตรวจสอบยาที่ได้รับมาจาก รพ.จังหวัด ความถูกต้องครบถ้วน การปฏิบัติตน การมาตรวจตามนัด และจะเก็บยาไว้ที่ รพ.สต.เพื่อควบคุมอุณหภูมิและความชื้นของยา ซึ่งพบว่ามีการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดังนี้ อาการปวดตามข้อเล็กน้อย ปวดตามข้อเล็กน้อย และอ่อนเพลียเล็กน้อย</li> <li>3. ประสานงานกับแจ้งพื้นที่เพื่อดูแลต่อเนื่องโดยการคืนข้อมูลให้พื้นที่ผ่านระบบไลน์และโทรศัพท์ในแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง</li> </ol> | <p>การจัดยาของเภสัชกร รพ. Node-MDR ควรเป็นแบบ Diary dose ทุกครั้งเพื่อให้พื้นที่และผู้ป่วยสะดวกต่อการกินยา การกำกับการกินยา (DOT) ในกรณีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาควรเป็นบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น (เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับ อสม.) เพื่อป้องกันการกินยาไม่ต่อเนื่องทำให้ขาดยาและมีโอกาสเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากได้ (XDR-TB) หรือสามารถช่วยเหลือได้ทันทีทั้งที่กรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงเนื่องจากยารักษาเป็นแนวยาใหม่ การจัดเก็บยาหรือการจัดยาให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังเก็บไว้ที่บ้านผู้ป่วยไม่ได้เก็บไว้ที่ รพ.สต. ส่งผลต่อการควบคุมอุณหภูมิ ความชื้น ของยา ยกเว้นในผู้ป่วยบางรายที่บ้านผู้ป่วยอยู่ใกล้จะมีการจัดเก็บยาใน รพ.สต.</p> |

## ตารางที่ 7 สรุปความเห็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเสนอเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น (ต่อ)

| ประเด็น                            | สภาพการดำเนินงาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ความเห็นและข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. อื่นๆ เช่นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง | <p>การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ในพื้นที่จะพบทั้ง 2 กรณี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป ยังไม่มีระบบการจัดทำทะเบียนและมีการคัดกรองอย่างเป็นระบบ ทำให้การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านล่าช้าและไม่มีแผนการคัดกรองและระบบนัดในการคัดกรองรอบ 6 เดือนต่อไปจนครบ 2 ปี</li> <li>- กรณีผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาได้รับการคัดกรองทุกรายและพบว่าไม่มีการติดเชื้อใน 6 เดือนแรก ในรอบ 6 เดือนหลังจนครบ 2 ปี แต่ยังไม่มีแผนหรือระบบการคัดกรองที่ต่อเนื่อง</li> </ul> | <p>ควรมีทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือผู้สัมผัสใกล้ชิด และนำเข้าสู่ระบบการคัดกรองอย่างรวดเร็วเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและหากมีการติดเชื้อจะได้เข้าสู่ระบบการรักษาได้รวดเร็วทันทั่วทั้ง และมีใบนัดและแผนการคัดกรองต่อเนื่อง ทุก 6 เดือนจนครบ 2 ปี</p> |

## สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น เขตสุขภาพที่ 7 สามารถสรุปได้ว่า

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(RR/MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น (All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen) เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 22 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 13 ราย อายุเฉลี่ย 47.6 ปี สูงสุด 77 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของผลิน กมลวัฒน์<sup>(6)</sup> ทำการศึกษาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังปีงบประมาณ 2559-2561 ของผู้ป่วย XDR-TB/preXDR-TB/difficult to treat MDR-TB ทั้งหมด 56 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 37 (ร้อยละ 61) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 32.1)

2. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น (All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen) โดยรักษาหาย 21 ราย เปลี่ยนสูตรยาขยายเวลาในการรักษา 1 ราย เนื่องจากมีขยายการรักษาไปเป็น 18 เดือน 1 ราย เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้แก่ภาวะตับ

อักเสบ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ระยะเวลารักษา 11 เดือน 11 ราย และระยะเวลา 9 เดือน 10 มีโรคประจำตัว 12 ราย การเจ็บป่วยครั้งนี้ให้ไม่เคยสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน 18 ราย มีผู้กำกับดูแลการกินยาตลอดการรักษา 21 ราย ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้นสูตร 6Bdq-Mfx-Pto-Cfz-Z-H(high-dose)-E/5Mfx-Cfz\_Z\_E 11 ราย รักษาด้วยสูตร 4 Bdq-Mfx-Pto-Cfz-Z-H(high-dose)-E/5Mfx-Cfz\_Z\_E 10 ราย และขยายสูตรการรักษาเป็น 18 เดือน 1 ราย ระหว่างการรักษามีการตรวจเสมหะหาเชื้อ ด้วยการตรวจ AFB Smear (Acid-Fast Bacilli) ทุกราย และมีการติดตามผลการตรวจอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ส่วนใหญ่เสมหะจะเปลี่ยนจากบวกลบทุกรายเมื่อสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 9 และเดือนที่ 11 มีการตรวจเสมหะโดยการเพาะเชื้อพบว่าเสมหะจะเปลี่ยนเป็นไม่พบเชื้อทุกคนเมื่อสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 9 และเดือนที่ 11 สอดคล้องกับการศึกษาของผลิน กมลวัฒน์<sup>(6)</sup> ได้ทำการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามผลการทดสอบความไวต่อยาคือผู้ป่วย XDR-TB 30 ราย (ร้อยละ 51.9) ผู้ป่วย pre XDR-TB จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 40.7) และผู้ป่วย difficult to treat MDR-TB

จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 7.4) ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 56 ราย สูตรยาที่ใช้ในการรักษามากที่สุดคือสูตร: 6Cm-Bdq-Mfx-Lzd-Cfz/14-18 Mfx-Lzd-Cfz 34 ราย (ร้อยละ 60.7) รองลงมาคือสูตร: 6Cm-Bdq-Lzd-Cfz/14-18 Lzd-Cfz 10 ราย (ร้อยละ 17.1) พบอัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในปีงบประมาณ 2559-2561 ร้อยละ 75.0, 81.3 และ 87.5 ตามลำดับ

3. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(RR/MDR-TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น (All New oral Shorter RR/MDR-TB regimen) พบอาการปวดข้อมากที่สุด จำนวน 7 คน อาการคลื่นไส้อาเจียนและผื่นคันที่ผิวหนัง 6 คน และอาการเวียนหัว/หูดับและผิวดำขึ้น 4 คน ตามลำดับจากการศึกษาของผลิน กมลวัฒน์<sup>(6)</sup> พบอาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด คือมีค่า creatinine ในเลือดสูง 31 ราย (ร้อยละ 57.4) รองลงมา คือ อาการคลื่นไส้อาเจียน พบ 25 ราย (ร้อยละ 46.3) และคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ (QT prolong/abnormal EKG) 14 ราย (ร้อยละ 25.9)

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรผลักดันให้เป็นนโยบายและกำหนดเป็นแผน/มาตรการยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ ในการกำกับติดตามการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(RR/MDR-TB)/วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง(Pre-XDR) ในเขตสุขภาพที่ 7 ควรมีการเพิ่มสิทธิในการเข้าถึงการดูแลรักษาในผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมทุกมิติ เช่น สิทธิการรักษา สิทธิเรื่องยารักษาใหม่ๆ เป็นต้น และการบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและใช้กลไกต่างๆในการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เช่น กลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต คณะกรรมการ service plan เป็นต้น การ

ผสมผสานงานวัณโรคและงานอื่น ๆ ทั้งด้านการบริหารจัดการ การวางแผนร่วมกัน การเร่งค้นหา การรักษาและการป้องกัน เช่น โรคเอดส์ โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น

2. ควรมีการบูรณาการผู้ที่เกี่ยวข้องในการรักษาในการดูแลรักษา ทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล เช่น แพทย์เภสัชกร ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทน รพ.สต. อาสาสมัครชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน เป็นต้น ตลอดจนการกำกับติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการรักษาอย่างต่อเนื่องและหลังจากหายจากการรักษามาตรวจร่างกายทุก 6 เดือน 12 เดือน ตลอดจนควรมีการเฝ้าระวังผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยเพิ่มมาตรการการคัดกรองค้นหาวัณโรคทันทีและต่อเนื่องทุก 6 เดือน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 ปี

3. ควรมีการประสานความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือระบบการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น จากหน่วยงานที่มีบทบาทโดยตรง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิภา รัชชพิชิตกุล ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์แพทย์หญิงเพชรวรรณ พึ่งรัตน์ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค อาจารย์นายแพทย์ศิโรตม์ จันทรักษา ผู้เชี่ยวชาญวัณโรค คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาวัณโรค วัณโรคดื้อยาหลายขนานและวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก เขตสุขภาพที่ 7 ทุกท่าน ดร.บุญทอนกร พรหมภักดี และทีมแพทย์พยาบาล เภสัชกร ผู้ดูแลรักษาวัณโรคโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยรักษาวัณโรคดื้อยาในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Global tuberculosis report 2019 [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun. 28]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240013131>
2. WHO. Global tuberculosis report 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun. 28]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240013131>
3. กริธา ธรรมคำภีร์. วัณโรคปอดในศตวรรษที่ 21: Pulmonary Tuberculosis in the 21<sup>th</sup> Century. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2562.
4. กองวัณโรค. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรค และวัณโรคดื้อยาในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 มิ.ย. 2564]. Available from: <https://www.tbthailand.org/statustb.html>
5. กองวัณโรค. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรค และวัณโรคดื้อยาในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 28 มิ.ย. 2564]. Available from: <https://www.tbthailand.org/statustb.html>
6. ผลิน กมลวัฒน์. โครงการประเมินผลการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre-XDR-TB) และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่รักษายาก (difficult to treat MDR-TB) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาด้วยสูตรยาการใหม่ปีงบประมาณ 255-9-2561. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2563; 39(2): 46-54.

# คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมภู จังหวัดขอนแก่น

Personal Characteristics and Administrative Factors Affecting  
The Performance of prevention and Control in Dengue Hemorrhagic Fever  
of village Health Volunteers At Sichompu District in Khon Kaen Province

เฉลิมพล หนุยอด ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)\*

มกรพันธ์ จูทรสภ ศษ.ด. (หลักสูตรและการสอน)\*\*

ประจักษ์ บัวผัน ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)\*\*

\*นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Chalermpon Nooyod M.P.H. (Public Health Administration)\*

Makarapan Jutarosaga Ph.D. (Curriculum and Instruction) \*\*

Prachak Bouphan Ph.D. (Development science) \*\*

\*Master of Public Health program student, Department of Public Health

Administration, Faculty of Public Health,

Khon Kaen University

\*\*The Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received : August 30, 2021

Revised : February 14, 2022

Accept : May 19, 2022

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมภู จังหวัดขอนแก่น ประชากร ที่ศึกษาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมภู จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,572 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิได้จำนวน 167 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 13 คน ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.93 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 11 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2565 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมระดับปัจจัยทางการบริหาร และการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.46 (S.D. = 0.37) และ 2.55 (S.D. = 0.25) ตามลำดับ โดยพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมภู จังหวัดขอนแก่น ( $r = 0.161$ ,  $p\text{-value} = 0.038$ ) และภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมภู จังหวัดขอนแก่น ( $r = 0.609$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ ด้านเทคโนโลยี

ที่เกี่ยวข้อง และด้านงบประมาณ มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 38.1 ( $R^2 = 0.381$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

**คำสำคัญ:** คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหาร การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

## ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristics and administrative factors affecting the performance of prevention and control in dengue hemorrhagic fever of village health volunteers in Sichompu district, Khon Kaen province, Thailand. 167 personnel were randomly selected as samples by stratified random sampling techniques from 1,572 populations who were village health volunteers in Sichompu district, Khon Kaen province. Data was collected by questionnaires for quantitative data and used in-depth interview guidelines for qualitative data gathering from 13 key informants. The questionnaire was examined and verified by three experts for content validity with items objective congruence (IOC), all items were more than 0.50, and reliability with Cronbach's alpha coefficient was 0.93. Data was collected between 11<sup>th</sup> to 31<sup>st</sup> January 2021. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics at a significant level of 0.05

The results showed that the overall administrative factors and the performance of dengue hemorrhagic fever prevention and control were at a high level with averages of 2.46 (S.D. = 0.37) and 2.5 (S.D. = 0.25) respectively. Duration of being a village health volunteer of personal characteristics had a low relationship with the performance of dengue hemorrhagic fever prevention and control of village health volunteers ( $r = 0.161$ ,  $p\text{-value} = 0.038$ ), and the overall administrative factors had a moderate relationship with the performance of dengue hemorrhagic fever prevention and control of village health volunteers ( $r = 0.609$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ). The results found that three variables of administrative factors; management, technology, and money affected and could jointly predict the performance of dengue hemorrhagic fever prevention and control of village health volunteers in Sichompu district, Khon Kaen province at 38.1 percent ( $R^2 = 0.381$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ).

**Keywords:** Personal characteristics, Administrative factors, the Dengue hemorrhagic fever prevention and control performance

## บทนำ

โรคติดต่อนำโดยแมลงส่วนใหญ่เป็นโรคประจำถิ่นของประเทศไทยเนื่องจากประเทศไทยมีแมลงเป็นพาหะนำโรคเช่น ยุงลาย หรือไร่อ่อนอยู่ทั่วประเทศ หรือพบเป็นแมลงประจำถิ่นเฉพาะพื้นที่ ทำให้ประเทศไทยพบผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อนำโดยแมลงได้ตลอดทั้งปีและมักเกิดการระบาดตามฤดูกาล ซึ่งส่งผลให้มีผู้ป่วยเสียชีวิต จากโรคไข้เลือดออก โรคมาลาเรีย หรือโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคเท้าช้าง หรือพบทารกศีรษะเล็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสซิกา ข้อมูลจากสำนักงานป้องกัน

ควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และจังหวัดร้อยเอ็ด ยอดผู้ป่วยสะสมตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 29 สิงหาคม 2563 พบผู้ป่วย 6,029 ราย เสียชีวิตแล้ว 4 ราย ครองสถิติสูงอันดับที่ 2 ของประเทศ<sup>(1)</sup> ในระบบเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (รายงาน 506) ในปี 2564 (ณ วันที่ 21 เมษายน 2564) รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในเขตบริการสุขภาพที่ 7 มีรายงานผู้ป่วยไข้

เลือดออกสะสม 59 ราย อัตราป่วย 1.17 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าปีที่ผ่านมาและค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี แต่ยังมีแนวโน้มการพบผู้ป่วยตามฤดูกาลเช่นเดิม ผู้ป่วยเริ่มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนเมษายนเป็นต้นมา และคาดว่าจะพบผู้ป่วยสูงสุดในเดือน<sup>(1)</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 3,177 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 176.17 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 2 ราย อัตราตาย ต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.11 อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.06 พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 1,623 ราย เพศหญิง 1,554 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.04 : 1<sup>(2)</sup> ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคเพื่อลดการเกิดโรคลดจำนวนผู้ป่วย และลดอัตราตายจากโรคไข้เลือดออก

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ จากภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน และที่สำคัญ คือ ประชาชน โดยภาคีเครือข่ายทางด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสารทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ<sup>(3)</sup> ซึ่งในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้น จะเน้นการควบคุมพาหะนำโรค ซึ่งคือยุงลาย การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก 2) การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 3) มาตรการในการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ 4) การพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 5) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และ 6) การติดตามประเมินผล

การดำเนินงาน<sup>(4)</sup> ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานที่ไม่ซับซ้อน และสามารถนำมาปฏิบัติได้ง่าย จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก<sup>(5-7)</sup>

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จะมีประสิทธิภาพเป็นไปตามมาตรฐาน แนวทางการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรค จะต้องอาศัยปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องกับหลายประการเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล ในการแสดงออกและการปฏิบัติต่อผู้อื่นซึ่งบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลนี้จะส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ต่อเดือน 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ 8) การได้รับการฝึกอบรม<sup>(8)</sup> คุณลักษณะส่วนบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งที่ผ่านมา มีงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(6,9)</sup> ซึ่งนอกเหนือจากคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้วยังพบว่า ปัจจัยทางการบริหารก็ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยทางการบริหารเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคลากร 2) ปัจจัยด้านงบประมาณ 3) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ 5) ปัจจัยด้านเวลาในการทำงาน และ 6) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง<sup>(10)</sup> ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(11-13)</sup>

จังหวัดขอนแก่นเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงจังหวัดหนึ่ง ที่ได้รับผลกระทบจากโรคไข้เลือดออก มีสถิติการป่วยสูงมาก

จังหวัดหนึ่งในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 7 จากสถานการณ์เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 3,177 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 176.17 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 2 ราย<sup>(2)</sup> จากข้อมูลศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอสีชมพู ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรวมจำนวนทั้งสิ้น 128 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 161.66 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย<sup>(14)</sup> ข้อมูลดังกล่าวทำให้ได้ทราบถึงความรุนแรงของปัญหา ที่สอดคล้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดโรค และการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

จากความเป็นมาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น เพื่อสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน กำหนดวิธีการและพัฒนากิจการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

## วัตถุประสงค์

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
2. คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับปัจจัยทางการบริหารและระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

## นิยามศัพท์เฉพาะ

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยอาศัยการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือด

ออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก 2) การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 3) มาตรการในการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ 4) การพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 5) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และ 6) การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

**คุณลักษณะส่วนบุคคล** หมายถึง ลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลในการแสดงออกและการปฏิบัติต่อผู้อื่น ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงาน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ต่อเดือน 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 8) การได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

**ปัจจัยทางการบริหาร** หมายถึง ปัจจัยที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการบริหารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคลากร 2) ปัจจัยด้านงบประมาณ 3) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ 5) ปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน และ 6) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ศึกษา** คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,572 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น จำนวน 167 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 13 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) โดยใช้ตัวแบบ

การถดถอยพหุเพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988) ดังนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1-R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + W \dots(1)$$

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots(2)$$

กำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา<sup>(15)</sup> ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะงานที่คล้ายคลึงกันในการทำวิจัยครั้งนี้

จากการใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 167 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล และทำการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณได้ โดยการพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูล มีประสบการณ์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ได้ดีที่สุด (Key Informants) จำนวน 13 คน โดยพิจารณาคัดเลือกจากผู้ที่เกี่ยวข้องการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ระดับจังหวัด จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระดับตำบล จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลละ 1 คน จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะ

ส่วนบุคคล มีคำถาม 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางการบริหาร มีคำถาม 30 ข้อ ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น มีคำถาม 30 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ มีคำถาม 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview guideline) มีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ส่วนที่ 2 เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 3 เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยการนำแบบสอบถามและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงจะสามารถเชื่อถือได้<sup>(16)</sup> ผลจากการไปทดลองใช้ (Try out) พบว่า ด้านปัจจัยทางการบริหาร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 ด้านการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และเมื่อรวมแบบสอบถามทั้งชุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

## แบบขั้นตอน

**การแปลผล** การแปลผลคะแนนระดับ คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น โดยนำมาจัดระดับ 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย โดยแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00

ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33

ระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้

มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ หมายถึง  $r = \pm 1$

มีความสัมพันธ์สูง หมายถึง  $r = \pm 0.71$  ถึง  $\pm 0.99$

มีความสัมพันธ์ปานกลาง หมายถึง  $r = \pm 0.31$  ถึง  $\pm 0.70$

มีความสัมพันธ์ต่ำ หมายถึง  $r = \pm 0.01$  ถึง  $\pm 0.30$

ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship) หมายถึง  $r = 0$

**การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2564 ลำดับที่ 4.3.03 : 41/2564 เลขที่ HE642265 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 11 มกราคม ถึง วันที่ 31 มกราคม 2565

## ผลการวิจัย

**1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น**

คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 โดยเฉลี่ยอายุ 52.82

ปี (S.D.=8.28 ปี) อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 75 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวส. จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 75.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 85.0 ส่วนใหญ่ มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 3,238.32 บาท โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2,000 บาท รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 30,000 บาท ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่เกิน 11 ปี จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 13 ปี ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่ำสุด 1 ปี การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงสุด 42 ปี และได้รับการอบรมเรื่องการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 68.3 โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง การได้รับการฝึกอบรมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่ำสุด 1 ครั้ง การได้รับการฝึกอบรมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงสุด 10 ครั้ง

**2. ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ สีชมพู จังหวัดขอนแก่น**

เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.46 (S.D. = 0.37) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย 2.57 (S.D. = 0.41) รองลงมา คือ ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.51 (S.D. = 0.39) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.32 (S.D. = 0.49)

### 3. ระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

ระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.55 (S.D. = 0.25) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านมาตรการการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่โดยมีค่าเฉลี่ย 2.78 (S.D. = 0.30) รองลงมา คือ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.76 (S.D. = 0.29) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 1.93 (S.D. = 0.50)

### 4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.161$ ,  $p\text{-value} = 0.038$ ) และปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.609$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

| คุณลักษณะส่วนบุคคลและ<br>ปัจจัยทางการบริหาร | การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ<br>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู<br>จังหวัดขอนแก่น |         |                   |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|
|                                             | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน                                                                             |         |                   |
|                                             | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน<br>(r)                                                                      | p-value | ระดับความสัมพันธ์ |
| <b>คุณลักษณะส่วนบุคคล</b>                   |                                                                                                                |         |                   |
| 1. เพศ (หญิง)                               | 0.141                                                                                                          | 0.070   | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 2. อายุ                                     | -0.013                                                                                                         | 0.864   | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 3. สถานภาพสมรส (คู่)                        | -0.003                                                                                                         | 0.969   | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 4. ระดับการศึกษา<br>(มัธยมศึกษา/ปวส.)       | -0.111                                                                                                         | 0.152   | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 5. อาชีพ (เกษตรกร)                          | 0.013                                                                                                          | 0.864   | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 6. รายได้                                   | 0.003                                                                                                          | 0.966   | ไม่มีความสัมพันธ์ |

**ตารางที่ 1** สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

| คุณลักษณะส่วนบุคคลและ<br>ปัจจัยทางการบริหาร                                   | การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ<br>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู<br>จังหวัดขอนแก่น |         |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|
|                                                                               | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน<br>(r)                                                                         | p-value | ระดับความสัมพันธ์ |
| 7. ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัคร<br>สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน                       | 0.161*                                                                                                            | 0.038   | ต่ำ               |
| 8. การได้รับการฝึกอบรมในการปฏิบัติงาน<br>ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก<br>(เคย) | 0.109                                                                                                             | 0.248   | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| ปัจจัยทางการบริหาร                                                            | 0.609***                                                                                                          | <0.001  | ปานกลาง           |
| 1. ด้านบุคลากร                                                                | 0.423***                                                                                                          | <0.001  | ปานกลาง           |
| 2. ด้านงบประมาณ                                                               | 0.419***                                                                                                          | <0.001  | ปานกลาง           |
| 3. ด้านวัสดุอุปกรณ์                                                           | 0.475***                                                                                                          | <0.001  | ปานกลาง           |
| 4. ด้านการบริหารจัดการ                                                        | 0.562***                                                                                                          | <0.001  | ปานกลาง           |
| 5. ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน                                                    | 0.497***                                                                                                          | <0.001  | ปานกลาง           |

\* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 \*\*\* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.001

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์ พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติ

มากกว่า <0.001 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ (p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง (p-value = 0.003) และปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ (p-value = 0.016) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 38.1 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

| ตัวแปร                                                                                                     | B     | Beta  | T     | p-value | R     | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> adj | R <sup>2</sup> change |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|----------------|--------------------|-----------------------|
| 1. ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ                                                                   | 0.211 | 0.325 | 3.858 | < 0.001 | 0.562 | 0.316          | 0.312              | -                     |
| 2. ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง                                                            | 0.145 | 0.245 | 3.055 | =0.003  | 0.599 | 0.359          | 0.351              | 0.043                 |
| 3. ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ                                                                          | 0.061 | 0.171 | 2.431 | =0.016  | 0.617 | 0.381          | 0.370              | 0.022                 |
| ค่าคงที่ 1.515, F = 33.478, p-value < 0.001, R = 0.617, R <sup>2</sup> = 0.381, R <sup>2</sup> adj = 0.370 |       |       |       |         |       |                |                    |                       |

จากผลการศึกษา สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง ซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้  $1.515 + 0.211$  (ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ) +  $0.145$  (ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง) +  $0.061$  (ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น (Y) เพิ่มขึ้น 0.211, 0.145, และ 0.061 หน่วย ตามลำดับโดยมีค่าคงที่ของสมการทำนาย 1.515 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 38.1

### อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple

Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 38.1 ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น (p-value < 0.001) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การมอบหมายงาน การพัฒนาความรู้ทักษะในการทำงาน การประสานงาน และการควบคุมกำกับ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(6, 17, 19, 21)</sup> ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(22)</sup>

ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ( $p\text{-value} = 0.003$ ) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนเทคโนโลยีระบบสื่อสารผู้ปฏิบัติงาน การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเพื่อเผยแพร่ในชุมชน สนับสนุนช่องทางการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับชุมชน การสื่อสารข้อมูลข่าวสารผ่านระบบออนไลน์ที่สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีแหล่งข้อมูลที่เป็นศูนย์กลางข้อมูลโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านกระบวนการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(17)</sup> ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านกระบวนการบริหารไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(18)</sup> ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องมีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(17,19)</sup> ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(20)</sup>

ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ( $p\text{-value} = 0.016$ ) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนการใช้งบประมาณ การจัดหางบประมาณ การใช้จ่ายงบประมาณ การควบคุมงบประมาณ และการติดตามประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณมีผลต่อการปฏิบัติงาน

ควบคุมป้องกันโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(15,21)</sup> ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(22)</sup>

## ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำข้อมูลในชุมชน โดยให้มีศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและมีการสื่อสารข้อมูลเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับทราบถึงสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโรค เพื่อให้สามารถรับมือกับการระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผน การติดตามควบคุม กำกับ และการประเมินผล ตลอดจนการใช้ทรัพยากรด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
4. ควรส่งเสริมให้มีการประชุมวางแผนการใช้งบประมาณในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้สอดคล้องตามความต้องการและตรงกับบริบทของพื้นที่ อันจะส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ได้อบรมให้ความรู้ตลอดหลักสูตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีชมพู สาธารณสุขอำเภอสีชมพู หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลสีชมพู บุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือ

แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคล ที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

## เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. สถานการณ์โรคติดต่อฯ โดยแมลงและการประเมินความเสี่ยงต่อการระบาดในปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1212820211229113331.pdf>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2563.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม.ยุคใหม่. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: [http://164.115.22.73/khealth/api/doc/doc\\_20171108160209\\_e4cfc9f23c30762a1737cbdc8f5bba7.pdf](http://164.115.22.73/khealth/api/doc/doc_20171108160209_e4cfc9f23c30762a1737cbdc8f5bba7.pdf)
5. จันทิมา เหล็กไหล, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อบทบาทหน้าที่ในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2559; 30: 132-44.
6. ภคอร โจทยกิจ, ประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนสามเหลี่ยมเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560; 24: 29-37.
7. ปุณณพัฒน์ ไชยเมส, ปัทมา รักเกื้อ. ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2561; 21: 31-9.
8. Schermerhorn JR, Osborn RN, Uhl-Bien M, Hunt JG. Organizational Behavior 12<sup>th</sup> ed. United States: John Wiley & Sons; 2011.
9. ธนชัย เอกอภิชน. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก อำเภอมือ จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2561; 1: 12-24.
10. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
11. ปุณณภา วาชาธรรม. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองน้ำคำ จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
12. บัญชา ณ พัทลุง, ชัญญา อภิบาลกุล. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารและพัฒนาระบบสุขภาพ 2561; 11: 287-96.
13. ชวัลลักษณ์ คลังกลาง, ประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารและพัฒนาระบบสุขภาพ 2561; 11: 533-9.
14. โรงพยาบาลสีชมพู. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โรงพยาบาลสีชมพู. ขอนแก่น: โรงพยาบาลสีชมพู; 2563.
15. เกียรติศักดิ์ เชิญกลาง, ชัญญา อภิบาลกุล. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2561; 4: 92-140.

16. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการสาธารณสุข กรณีศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์; 2560.
17. ไอลดา ภารประดิษฐ์, ประจักษ์ บัวผัน. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหาร ที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12: 623-31.
18. เสาวณี ดอนเกิด, ชัญญา อภิบาลกุล. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2560; 10: 47-54.
19. นิกร บาลี, ชนะพล ศรีฤๅชา. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12: 568-94.
20. พัทธ์พงษ์กุลวิมล, อารยา ประเสริฐชัย. วารงคณาจันทร์คง. การประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2561; 8: 265-73.
21. มนฤดี อุดมตัน, ประจักษ์ บัวผัน, มกรพันธ์ จูฑะรสก. การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2561; 19: 161-71.
22. ลักขณา ชื่นบาล, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมหา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21: 211-22.

# การสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อ การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

## Organizational Support and Key Success Factors Affecting the Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Performance of the Village Health Volunteers Lomsak District Phetchabun Province

ตติยภรณ์ มงคลวัฒน์ ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)\*

ประจักษ์ บัวผัน ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)\*\*

ศุมาลิน ดีจันทร์ ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)\*\*\*

\*นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

Tatiyaporn Mongkhonwat M.P.H. (Public Health Administration)\*

Prachak Bouphan Ph.D. (Development science)\*\*

Sumalin Deechan M.P.H. (Public Health Administration)\*\*\*

\* Master of Public Health program students Department of Public

Health Administration, Faculty of Public Health,

Khon Kaen University

\*\*The Faculty of Public Health, Khon Kaen University

\*\*\*The Faculty of Science and Technology,

Phetchabun Rajabhat University

Received : February 21, 2022

Revised : May 9, 2022

Accept : May 19, 2022

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 3,202 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ทุกข้อมีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95 เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระหว่างวันที่ 21 – 28 กุมภาพันธ์ 2565 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 จากการศึกษาพบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์การ ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก และระดับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ  $Y = 1.568 + (0.282) (\text{ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีการสนับสนุนการดำเนินงาน})$  สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน  $Z = 0.448 (\text{ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีการสนับสนุนการดำเนินงาน})$

ดำเนินงาน) มีผลและสามารถพยากรณ์การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ร้อยละ 20.1 ( $R^2 = 0.201$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

**คำสำคัญ:** การสนับสนุนจากองค์กร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

## Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study organizational support and key success factors affecting the Dengue hemorrhagic fever prevention and control performance of the village health volunteers Lomsak district Phetchabun province, Thailand. 126 samples were randomly selected as samples by stratified random sampling techniques from 3,202 populations and 12 key informants were In - Depth Interview. Collecting data from the questionnaire was checked by 3 experts and all items of IOC more than 0.50 including the reliability from the total of questionnaire was 0.95. Quantitative and qualitative data was collected between 21<sup>st</sup> to 28<sup>th</sup> February 2022. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics as significant level at 0.05. The results showed that the overall of organizational support, key success factors were at high level and the Dengue hemorrhagic fever prevention and control performance of the village health volunteers was at moderate level. The Predictive Equation in Unstandardized score:  $Y = 1.568 + (0.282)$  (the key success factor of relevant departments have supported the operation). The Predictive Equation in Standardized score:  $Z = 0.448$  (the key success factor of relevant departments have supported the operation) was affected and could predict the Dengue hemorrhagic fever prevention and control performance of the village health volunteers Lomsak district Phetchabun province at 20.1 percentage. ( $R^2 = 0.201$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

**Keywords:** organizational support, key success factors, the Dengue hemorrhagic fever prevention and control performance

## บทนำ

จากการสำรวจสถานการณ์สาธารณสุขโลกขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) พบว่า โรคไข้เลือดออกหรือไข้เดงกี (Dengue Virus) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 390 ล้านคน และมีประชากรมากกว่า 40% ทั่วโลกที่มีความเสี่ยงจะติดเชื้อโรคดังกล่าว เป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพระดับประเทศของกรมควบคุมโรค โดยลดอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564 และ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2565 ของคำมรยุทธยานย้อนหลัง 5 ปี ในระยะที่ผ่านมาประเทศไทยมีสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค สถานการณ์โรคไข้

เลือดออกในปี 2563 พบผู้ป่วย 1,470 รายจาก 77 จังหวัด เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 2.22 ต่อแสนประชากร อัตราส่วน เพศชายต่อเพศหญิง 1 : 0.87 จากข้อมูลการกระจายของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีการกระจายทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย โดยภูมิภาคที่พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ตามลำดับ<sup>(1)</sup> แต่อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทุกพื้นที่ในการควบคุมและป้องกันโรคเพื่อลดความเสี่ยงและอัตราป่วยด้วยโรคไข้

เลือดออก พร้อมทั้งเป็นการสร้างความตระหนักให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยตนเองอีกวิธีหนึ่ง

การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพของชุมชนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเนื่องจากปัญหาของโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมในชุมชน ที่ต้องเน้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งนับเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่สำคัญในการดำเนินงานในชุมชน ซึ่งการดำเนินงานนั้น ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านกายภาพ 2) ด้านชีวภาพ 3) ด้านเคมี และ 4) ด้านวัฒนธรรมและเทคโนโลยี<sup>(2)</sup>

ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงาน นั่นคือ การสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งการสนับสนุนการดำเนินงานที่สำคัญ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และ 4) ด้านการบริหารจัดการ<sup>(3)</sup> นอกจากนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะสามารถช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรเกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนการดำเนินงาน 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของชุมชนโดยการพัฒนาคุณภาพบริการ และ 6) การเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น<sup>(4)</sup> ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าทั้ง 2 ปัจจัยนี้จะทำให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีประสิทธิภาพ จึงจะทำให้การดำเนินงานนั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประสบผลสำเร็จและพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุดรดิตถ์ ตาก สุโขทัย พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ ซึ่งจากการรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์พบการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกอยู่ในลำดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 2 จากทั้งหมด 5 จังหวัด ซึ่งพบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 613.33 ต่อแสนประชากร จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 11 อำเภอ ซึ่งสถานการณ์โรคไข้เลือดออกระดับจังหวัดเพชรบูรณ์มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 5 อันดับสูงสุด ดังนี้ 1. อำเภอบึงสามพันมีอัตราป่วย 2,967.03 ต่อแสนประชากร 2. อำเภอเมืองเพชรบูรณ์มีอัตราป่วย 940.96 ต่อแสนประชากร 3. อำเภอน้ำหนาวมีอัตราป่วย 566.04 ต่อแสนประชากร 4. อำเภอหล่มสักมีอัตราป่วย 545.65 ต่อแสนประชากร และ 5. อำเภอศรีเทพมีอัตราป่วย 484.95 ต่อแสนประชากร ซึ่งอำเภอหล่มสักเป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกติด 1 ใน 5 อันดับของจังหวัดเพชรบูรณ์<sup>(1)</sup> ซึ่งพบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของอำเภอหล่มสักในปี 2563 จำนวน 94 ราย ซึ่งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอหล่มสัก พบว่าบางชุมชนยังมีปัญหาด้านกายภาพ เช่น การจัดการขยะ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การเผาและฝังกลบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทำให้มีขยะและภาชนะที่เป็นแหล่งรองรับน้ำบริเวณรอบบ้าน ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และพบว่าประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางส่วนยังขาดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งทำให้การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(5)</sup>

จากความเป็นมาและปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย

จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาการสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

## สมมติฐานการวิจัย

การสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษา การสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัด

เพชรบูรณ์ จำนวน 3,202 คน<sup>(6)</sup> ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565

## วิธีการวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 – 28 กุมภาพันธ์ 2565

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ศึกษา คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 3,202 คน<sup>(6)</sup>

#### 2.2 กลุ่มตัวอย่าง

2.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 126 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis)<sup>(7)</sup> ดังนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda (1 - R^2_{Y,A,B})}{(R^2_{Y,A,B} - R^2_{Y,A})} + w \quad \dots\dots\dots (1)$$

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \quad \dots\dots\dots (2)$$

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y,A,B}$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี<sup>(8)</sup> ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงกันกับการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า  $R^2_{Y,A,B} = 0.532$

จากการใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 126 คน และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่ม

จำนวน 23 ตำบล และทำการเทียบสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละตำบล ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอหล่มสัก จำนวน 126 คน

2.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยคัดเลือกจากบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลประสบการณ์ในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งสามารถใช้โปรแกรมในการสัมภาษณ์ออนไลน์ได้ เช่น โทรศัพท์, Line, Google Meet, Zoom เป็นต้น ได้ดีที่สุด (Key Informants) จำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคและป้องกันโรคติดต่อที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสักจำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอหล่มสักที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมทั้งสิ้น 12 คน ซึ่งให้ความยินดีและร่วมมือในการสัมภาษณ์เชิงลึก

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้มีทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ชุดแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล มีคำถาม 8 ข้อ ส่วนที่ 2 การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีคำถาม 20 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีคำถาม 30 ข้อ ส่วนที่ 4 การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีคำถาม 20 ข้อ โดยส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก

ตอบ 3 ระดับ<sup>(9)</sup> โดยมีการแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ มาก = 3 คะแนน ปานกลาง = 2 คะแนน และน้อย = 1 คะแนน และส่วนที่ 5 คำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ตอบได้เสนอปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีคำถาม 3 ข้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้หลังจากนั้นผู้เชี่ยวชาญจะประเมินลงความเห็นค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) พบว่า ทุกข้อคำถามมีดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำเครื่องมือผ่านการแก้ไข และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน ได้ความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ด้านการสนับสนุนจากองค์กรเท่ากับ 0.89 ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ เท่ากับ 0.88 ด้านการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่ากับ 0.89 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.95

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guideline) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนที่ 2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนที่ 3 การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565 เลขที่ HE 642258 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 21 - 28 กุมภาพันธ์ 2565 โดยใช้แบบสอบถามโดยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก ผู้วิจัยส่งมอบจำนวนรายชื่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบล โดยจ่ายแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง 126 คน ให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนและจิตอาสาแต่ละตำบลเป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และนัดหมายวันเก็บแบบสอบถามกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนและจิตอาสาแต่ละตำบล

#### 5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติอนุมาน ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดนัยสำคัญในการทดสอบ = 0.05

#### 6. การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับการสนับสนุนจากองค์กร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนำมาจัดระดับ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้<sup>(10)</sup> ระดับมาก (2.34 - 3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) ระดับน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ )<sup>(11)</sup> มีค่าตั้งแต่ +1 ถึง -1 แบ่งระดับ ดังนี้  $r = 0$  หมายถึง ไม่มี

ความสัมพันธ์ (No Relationship)  $r = \pm 0.01$  ถึง  $\pm 0.30$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship)  $r = \pm 0.31$  ถึง  $\pm 0.70$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship)  $r = \pm 0.71$  ถึง  $\pm 0.99$  หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship)  $r = \pm 1$  หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ (Perfect Relationship)

#### ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

พบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 82.5 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 38.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.35 ปี (SD = 9.17 ปี) อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 76 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 76.2 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 55.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 49.2 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 โดยมีรายได้เฉลี่ย 6,969.05 บาท (SD = 5,268.71 บาท) มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 6,000 บาท รายได้ต่ำสุด 500 บาท รายได้สูงสุด 35,000 บาท ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีค่ามัธยฐาน 10 ปี (ค่าต่ำที่สุด 1 ปี ค่าสูงที่สุด 40 ปี) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 87.3 ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมเฉลี่ย 2.73 ครั้ง (SD = 2.75 ครั้ง) จำนวนการอบรมต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 12 ครั้ง

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.44 (SD = 0.43) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัยพบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.73 (SD = 0.38) รองลงมา คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.54 (SD = 0.46) ส่วนด้านที่มีค่าน้อยที่สุด คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 2.13 (SD = 0.64) รองลงมา คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.36 (SD = 0.62) ตามลำดับ

3. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.55 (SD = 0.42) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.68 (SD = 0.46) รองลงมา คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของชุมชนโดยการพัฒนาคุณภาพบริการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.63 (SD = 0.43) ส่วนด้านที่มีค่าน้อยที่สุด คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.38 (SD = 0.54) รองลงมา คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.49 (SD = 0.51) ตามลำดับ

4. ระดับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.24 (SD = 0.34) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัยพบว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านกายภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.72 (SD = 0.39) รองลงมา คือ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านเคมี อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.44 (SD = 0.51) ส่วนด้านที่มีค่าน้อยที่สุด คือ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านชีวภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.84 (SD = 0.57) รองลงมา คือ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยี อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.95 (SD = 0.51) ตามลำดับ

5. การสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

การสนับสนุนจากองค์การพบว่า ในภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.372$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และปัจจัยแห่งความสำเร็จพบว่า ในภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.430$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

| การสนับสนุนจากองค์กรและ<br>ปัจจัยแห่งความสำเร็จ                                          | การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก<br>ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<br>อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ |                   |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|
|                                                                                          | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์<br>ของเพียร์สัน ( <i>r</i> )                                                                  | p-value           | แปลผล<br>ระดับความสัมพันธ์ |
| <b>การสนับสนุนจากองค์กร</b>                                                              | <b>0.372***</b>                                                                                                      | <b>&lt; 0.001</b> | <b>ปานกลาง</b>             |
| 1. ด้านบุคลากร                                                                           | 0.198*                                                                                                               | 0.026             | ต่ำ                        |
| 2. ด้านงบประมาณ                                                                          | 0.283**                                                                                                              | 0.001             | ต่ำ                        |
| 3. ด้านวัสดุอุปกรณ์                                                                      | 0.365***                                                                                                             | <0.001            | ปานกลาง                    |
| 4. ด้านการบริหารจัดการ                                                                   | 0.322***                                                                                                             | <0.001            | ปานกลาง                    |
| <b>ปัจจัยแห่งความสำเร็จ</b>                                                              | <b>0.430***</b>                                                                                                      | <b>&lt;0.001</b>  | <b>ปานกลาง</b>             |
| 1. ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน                                                   | 0.366***                                                                                                             | <0.001            | ปานกลาง                    |
| 2. ด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุน<br>การดำเนินงาน                                | 0.448***                                                                                                             | <0.001            | ปานกลาง                    |
| 3. ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความ<br>พร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม               | 0.348***                                                                                                             | <0.001            | ปานกลาง                    |
| 4. ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้<br>เกิดความร่วมมือ                                | 0.341***                                                                                                             | <0.001            | ปานกลาง                    |
| 5. ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของชุมชนโดย<br>การพัฒนาคุณภาพบริการ                              | 0.382***                                                                                                             | <0.001            | ปานกลาง                    |
| 6. ด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล<br>ส่งเสริมสุขภาพตำบลกับองค์กรปกครอง<br>ส่วนท้องถิ่น | 0.322***                                                                                                             | <0.001            | ปานกลาง                    |

\* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

\*\* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.01

\*\*\* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.001

6. การสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปร ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการ คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร มีผลและสามารถพยากรณ์การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ร้อยละ 20.1

จากผลการศึกษา สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้  $Y = 1.568 + (0.282)$  (ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน) สมการคะแนนมาตรฐาน  $Z = 0.448$  (ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ( $Y$ ) เพิ่มขึ้น 0.282 หน่วย โดยมีค่าคงที่ของสมการทำนาย 1.568 โดยตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร มีผลและสามารถพยากรณ์การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ร้อยละ 20.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

| ตัวแปร                                                                                                                | B     | Beta  | t     | p-value | R     | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> <sub>adj</sub> | R <sup>2</sup> change |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|----------------|-------------------------------|-----------------------|
| 1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ<br>หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมี<br>การสนับสนุนการดำเนินงาน                                         | 0.282 | 0.448 | 5.585 | < 0.001 | 0.448 | 0.201          | 0.195                         | 0.201                 |
| ค่าคงที่ 1.568, F = 31.192, p-value < 0.001, R = 0.448, R <sup>2</sup> = 0.201, R <sup>2</sup> <sub>adj</sub> = 0.195 |       |       |       |         |       |                |                               |                       |

7. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

โดยรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด 126 ฉบับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 55 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 43.65 สามารถสรุปปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ส่วนใหญ่ คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริหารและหน่วยงานให้การสนับสนุน

ยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเฉพาะวัสดุ อุปกรณ์และงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ พบว่า ผู้บริหารและหน่วยงานควรจัดหาวัสดุ อุปกรณ์และงบประมาณเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างเหมาะสมและเพียงพอ และควรมีการสอบถามความคิดเห็นสำรวจความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ได้วัสดุอุปกรณ์

ตามความต้องการและใช้งานให้เกิดประโยชน์สูงสุด

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. การดำเนินการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เน้นไปทางการใช้สารเคมีในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การใช้ชีวภาพและนวัตกรรมจากสมุนไพรตามท้องถิ่นถือเป็นสิ่งที่น่าสนใจในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ สาธารณสุขอำเภอหล่มสัก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้การอบรมข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้บริหารทุกระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเพิ่มค่าตอบแทน สร้างขวัญกำลังใจ เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. การดำเนินการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับการนิเทศติดตามให้คำแนะนำจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามลำดับ

## อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร สามารถ

พยากรณ์การดำเนินการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ร้อยละ 20.1

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินการ ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้การดำเนินการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นไปด้วยความราบรื่น ประสบความสำเร็จ เกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุด เนื่องจากการดำเนินงานต้องอาศัยปัจจัยแห่งความสำเร็จ ซึ่งจะเกิดได้จากการร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนการดำเนินงานในทุกกิจกรรม ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนการดำเนินการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานมีผลต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(11)</sup> และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ความสำเร็จในการปฏิบัติงานไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(12)</sup>

การดำเนินการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการดำเนินงานโดยการร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไข้เลือดออก โดยมีมาตรการสำคัญ คือ การควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว หากพบผู้ป่วย การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และลูกน้ำยุงลาย เพื่อลดจำนวนยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค ถ้าปล่อยให้มีการแพร่ระบาดของโรคในฤดูกาลระบาดแล้วก็จะทำให้การควบคุมโรคทำได้ยากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนมีส่วนร่วม<sup>(13)</sup> และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(12)</sup> อยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ

งานวิจัยซึ่งมีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก<sup>(11,8)</sup> ตามลำดับ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ สาธารณสุขอำเภอหล่มสัก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และศึกษาดูงานการดำเนินงานการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นที่ใกล้เคียงอย่างต่อเนื่อง เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. โรงพยาบาลชุมชนควรส่งเสริมและสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน และวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ควรมีการออกติดตามนิเทศให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสนับสนุนจากโรงพยาบาลชุมชนในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ควรมีการศึกษาแนวทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละตำบล

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนการศึกษาเพื่อทำวิจัยในครั้งนี้ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/thaivbd/>
2. นิพนธ์ ชินานนท์เวช และคณะ. คู่มือการจัดการโรคติดต่อที่มียุงลายเป็นพาหะสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง; 2559.
3. ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2545.
4. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดาการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษมเวช สุทรานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก. สรุปผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันไข้เลือดออกปี 2563. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก; 2563.
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก. ทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหล่มสัก ปี 2564. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก; 2564.
7. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 1988.

8. ชวัลลักษณ์ คลังกลาง , ประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2561; 11(2): 533-49.
9. Best JW. Research in Education. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
10. Kirk W. Elifson, Richard P. Runyon, Audrey Haber. A Fundamentals of social statistics. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 1990.
11. ลักษณะ ชื่นบาล, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมพ์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเขวาสาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(3): 211-21.
12. จิราภรณ์ สีดาพล.แรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
13. สมศักดิ์ เลหาภิชาติชัย. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2557; 4(2): 143-50

# คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

## Personal Characteristics and Organizational Support Affecting the Prevention and Control of Covid-19 Performance of the Health Promoting Hospital Directors in Khon Kaen Province

อารยา จันทร์ขว้าง ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)\*

ประจักษ์ บัวผัน ปร.ด. (พัฒนศาสตร์)\*\*

\*นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Araya Junkung M.P.H. (Public Health Administration)\*

Prachak Bouphan PH.D. (Development)\*\*

\*\*Master of Public Health program student, Department of Public Health  
Administration, Faculty of Public Health,  
Khon Kaen University

\*\*Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received : February 20, 2022

Revised : May 26, 2022

Accept : May 27, 2022

### บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถามทั้งชุดได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 คน ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2565 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์การ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D.=0.61) และระดับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.50 (S.D.=0.49) โดยภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ( $r=0.740, p\text{-value}<0.001$ ) และพบว่าการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการและด้านงบประมาณ มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 70.5 ( $R^2=0.705, p\text{-value}<0.001$ )

คำสำคัญ: การสนับสนุนจากองค์การ การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristics and organizational support affecting the prevention and control of COVID-19 performance of the health promoting hospital directors in Khon Kaen province, Thailand. The 117 samples were randomly selected by stratified random sampling from 248 health promoting hospital directors in Khon Kaen province. Data was collected using the questionnaire for quantitative data that were examined and verified by the three experts for content validity with items objective congruence (IOC), all items were more than 0.50, and Cronbach's alpha coefficient was at 0.79. The in-depth interview guidelines were used among 12 key informants for qualitative data gathering. Data were collected between 1<sup>st</sup> to 31<sup>st</sup> January 2022. Data were performed for quantitative data by descriptive and inferential statistics. Qualitative data analysis performed by content analysis. As a significant level at 0.05. The results showed that the organizational support was at a high level with averages 4.07 (S.D.=0.61), and the prevention and control of COVID-19 performance was at the highest level with an average of 4.50 (S.D.=0.49). Overall organizational support had a high relationship with the prevention and control of COVID-19 performance of the health promoting hospital directors in Khon Kaen Province ( $r=0.740$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ). The results found that two variables of organizational support; management and money supporting affecting and could jointly predict the prevention and control of COVID-19 performance of the health promoting hospital directors in Khon Kaen province at 70.5 percent ( $R^2=0.705$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ).

**Keywords:** Organizational Support, Prevention and Control of Covid 19 Performance, The Health Promoting Hospital

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ที่เกิดจาก เชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)<sup>(1)</sup> เริ่มแรกพบในประเทศจีน ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562<sup>(2)</sup> และได้มีการแพร่เชื้อไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วในลักษณะการระบาดใหญ่ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศและแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค<sup>(3)</sup> โดยเริ่มแพร่เข้าสู่ประเทศไทยตั้งแต่ต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 และมีการระบาดเป็นวงกว้างในไทย ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียหลายด้านทั้งด้านชีวิตและสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง โดยมีกรมควบคุมโรคทำหน้าที่ติดตามสถานการณ์ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการระดมและกระจายทรัพยากร

อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประสานงานจัดการข้อมูลและสื่อสารความเสี่ยงแก่สาธารณะให้ทันต่อการระบาดของโรคเพื่อลดความเสียหายและผลกระทบให้เหลือน้อยที่สุด<sup>(4)</sup> ซึ่งประเทศไทยได้มีการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 เป็นหนึ่งในบทบาทที่มีความสำคัญสำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นผู้บริหารหน่วยงานทางด้านสุขภาพเพื่อทำหน้าที่ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ตามบทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องอาศัยคุณลักษณะส่วนบุคคลซึ่งปัจจัยภายในที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง นอกจากนี้การดำเนินงานของผู้บริหารทุกระดับให้มี

ประสิทธิภาพได้นั้นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กร<sup>(5)</sup> ซึ่งมีความจำเป็นต่อการบริหารและการปฏิบัติงาน ควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 และจะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จในการทำงานมากยิ่งขึ้น

จังหวัดขอนแก่นประกอบด้วย 26 อำเภอ จำนวน ประชากร 1,800,000 คน และเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มี รายงานพบผู้ป่วยโรคโควิด-19 จากรายงานในช่วงวันที่ 1 เมษายนถึง 25 สิงหาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 151 ราย ยอดสะสมรวม 10,497 ราย กำลังรักษาอยู่ 4,228 ราย รักษาหายแล้ว 6,219 ราย เสียชีวิต 50 ราย <sup>(6)</sup> จังหวัดขอนแก่นได้มีการกำหนดมาตรการและแนวทาง ในการควบคุมป้องกันโรคโดยออกเป็นคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดขอนแก่นเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดำเนินงานป้องกันควบคุม โรคโควิด-19 เนื่องจากต้องเป็นผู้ดำเนินการทั้งงานบริหาร งานวิชาการและการปฏิบัติงานในระดับชุมชน ในการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวัง และติดตามกลุ่มเสี่ยงที่จะเข้ามา ในพื้นที่ร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งมีหน้าที่ในการประสาน งานงานในระดับอำเภอเพื่อให้มีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ<sup>(6)</sup> เพื่อให้กลไกสำคัญในการป้องกันและ ควบคุมโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 นั้น ยังพบว่าในบางพื้นที่มีข้อจำกัดในการ จัดสรรทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ทำให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคของบุคลากร สาธารณสุขเกิดความเสี่ยงและไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ กำหนด ประกอบกับในบางพื้นที่มีข้อจำกัดในด้านการ จัดสรรเจ้าหน้าที่ในการออกตรวจคัดกรอง เฝ้าระวัง และ ติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนน้อยและมี ภาระงานมาก รวมถึงบางพื้นที่ยังขาดการจัดการระบบ ข้อมูลความเชื่อมโยงข้อมูลผู้ลงทะเบียนที่เดินทางมาจาก พื้นที่เสี่ยงระหว่างระดับอำเภอและระดับตำบล ซึ่งส่งผล

ระทบต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้<sup>(6)</sup> จึงต้องการศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มี ผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด ขอนแก่น อันจะนำไปสู่การพัฒนาผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกัน โรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุน จากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพเพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการ สนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุม ป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างใช้ สูตรสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ของ Cohen<sup>(7)</sup> คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{\lambda(1-R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B}-R^2_{Y.A}} + W$$

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A}$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ สำหรับ Reduce Model = 0.586

$R^2_{Y.A,B}$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ สำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่า สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาปัจจัยที่มีผล

ต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น (สิริสา เทียมทัน และประจักษ์ บัวผัน, 2561) ซึ่งเป็นลักษณะงานที่ คล้ายคลึงกันกับการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า  $R^2_{Y,A,B} = 0.612$

$$\lambda = 7.81$$

$$W = 0$$

แทนค่า

$$n = \frac{7.81(1-0.612)}{0.612-0.586} + 0$$

$$n = 116.55$$

จากการคำนวณหาขนาดตัวอย่างแล้วได้  $n=117$  สรุปได้ว่าขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มี จำนวน 117 ตัวอย่าง

### วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มตามอำเภอ และทำการเทียบสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มประชากร ซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละอำเภอ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการโดยไม่ใส่ คินและทำวิธีเดียวกันจนครบทุกอำเภอ จนได้กลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 117 คน และผู้ให้ข้อมูลหลักในการ สัมภาษณ์เชิงลึกเลือกบุคคลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการ ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ได้ดีที่สุดจำนวน 12 คน

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

**ชุดที่ 1** แบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดำรง ตำแหน่งผู้อำนวยการฯ และการได้รับการฝึกอบรมด้าน การควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนที่ 2 การสนับสนุน จากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค โควิด-19 ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านบุคลากร การ สนับสนุนด้านงบประมาณ การสนับสนุน ด้านวัสดุอุปกรณ์

การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ คำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานควบคุม ป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย การเตรียมความ พร้อมระบบบริการทางการแพทย์ การตรวจคัดกรองและ เฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยง การดูแล รักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ การใช้มาตรการ ป้องกันควบคุมโรค การบันทึกข้อมูลและรายงานผล ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน ควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 เป็นคำถามปลายเปิดให้ เติมนำข้อความแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

**ชุดที่ 2** แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็น แนวทางในการสัมภาษณ์โดยการนำข้อมูลจากการวิจัยเชิง ปริมาณที่พบปัญหาแล้วนำประเด็นปัญหามาใช้สัมภาษณ์ เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งใน ครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดประเด็นไว้ 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 การ สนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุม ป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนที่ 3 เป็น คำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะใน การปฏิบัติงานควบคุมป้องกัน โรคโควิด-19 ของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด ขอนแก่น โดยทั้ง 3 ส่วนเป็นคำถามปลายเปิดให้แสดง ความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ สถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สห สัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบ ขั้นตอน (Stepwise) ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ อนุมานได้มีการทดสอบว่าไม่ละเมิดข้อกำหนดเบื้องต้น (assumption) ของการใช้สถิติจึงได้ทำการวิเคราะห์ตาม

ขั้นตอน ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

## ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.1 มีอายุเฉลี่ย 51.11 ปี (S.D. = 6.11 ปี) อายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.3 มีระดับการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 54.7 มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 40,001 - 50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.0 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 49,759.40 บาท (S.D. = 9,264.27 บาท) รายได้ต่อเดือนต่ำสุด 25,000 บาท รายได้ต่อเดือนสูงสุด 66,000 บาท มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากกว่า 8 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 47.0 มีค่ามัธยฐาน 8 ปี จำนวนปีต่ำสุด 1 ปี จำนวนปีสูงสุด 10 ปี ส่วนใหญ่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 76.9 และส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรม 1 - 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75.6 มีค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง จำนวนครั้งน้อยที่สุด 1 ครั้ง จำนวนครั้งมากที่สุด 12 ครั้ง

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D. = 0.61) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.42 (S.D. = 0.52) รองลงมา คือ ด้านการสนับสนุนด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ย 4.19 (S.D. = 0.54) ด้านการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ย (S.D. = 0.67) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนด้านงบประมาณ มีค่าเฉลี่ย 3.75 (S.D. = 0.72) ตามลำดับ โดยแปลผลค่าเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน มีระดับการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับการสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

| การสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น | Mean | S.D. | แปลผล |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-------|
| การสนับสนุนด้านบุคลากร                                                                                                 | 4.19 | 0.54 | มาก   |
| การสนับสนุนด้านงบประมาณ                                                                                                | 3.75 | 0.72 | มาก   |
| การสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์                                                                                           | 3.92 | 0.67 | มาก   |
| การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ                                                                                         | 4.42 | 0.52 | มาก   |
| ภาพรวม                                                                                                                 | 4.07 | 0.61 | มาก   |

3. ระดับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกัน โรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.50 (S.D. = 0.49) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.66 (S.D. = 0.47) รองลงมา คือ ด้านการสื่อสารความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.53 (S.D. = 0.44)

เท่ากับด้านการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.53 (S.D. = 0.47) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.36 (S.D. = 0.55) รองลงมา คือ ด้านการบันทึกข้อมูลและรายงานผล อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.45 (S.D. = 0.53) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

| การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19<br>ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น | Mean | S.D. | แปลผล     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----------|
| ด้านการเตรียมความพร้อมระบบบริการทางการแพทย์                                                         | 4.49 | 0.46 | มาก       |
| ด้านการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยง                                                     | 4.53 | 0.47 | มากที่สุด |
| ด้านการสื่อสารความเสี่ยง                                                                            | 4.53 | 0.44 | มากที่สุด |
| ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ                                                        | 4.36 | 0.55 | มาก       |
| ด้านการใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรค                                                                   | 4.66 | 0.47 | มากที่สุด |
| ด้านการบันทึกข้อมูลและรายงานผล                                                                      | 4.45 | 0.53 | มาก       |
| ภาพรวม                                                                                              | 4.50 | 0.49 | มากที่สุด |

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 การสนับสนุนจากองค์กรในภาพรวมพบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $r = 0.740$ ,  $p - \text{value} < 0.001$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ ( $r = 0.825$ ,  $p - \text{value} < 0.001$ ) ส่วนด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ การสนับสนุนด้านบุคลากร ( $r = 0.608$ ,  $p - \text{value} < 0.001$ ) การสนับสนุนด้านงบประมาณ ( $r = 0.566$ ,  $p - \text{value} < 0.001$ ) และการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ( $r = 0.524$ ,  $p - \text{value} < 0.001$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

| คุณลักษณะส่วนบุคคล<br>และการสนับสนุนองค์กร                 | การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อ<br>ไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้อำนวยการ |                  |                   |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|
|                                                            | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์<br>ของเพียร์สัน                                              | p-value          | ระดับความสัมพันธ์ |
| <b>คุณลักษณะส่วนบุคคล</b>                                  |                                                                                     |                  |                   |
| 1. เพศ (ชาย)                                               | 0.074                                                                               | 0.430            | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 2. อายุ                                                    | -0.098                                                                              | 0.292            | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 3. สถานภาพสมรส (สมรส)                                      | -0.021                                                                              | 0.825            | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 4. ระดับการศึกษาสูงสุด (ปริญญาตรีและต่ำกว่า)               | -0.034                                                                              | 0.719            | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 5. รายได้ต่อเดือน                                          | -0.070                                                                              | 0.453            | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 6. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง                                | 0.047                                                                               | 0.617            | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 7. การฝึกอบรมด้านการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 (เคย) | 0.151                                                                               | 0.104            | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| 8. จำนวนครั้งการฝึกอบรมด้านการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19     | -0.095                                                                              | 0.372            | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| <b>การสนับสนุนจากองค์กร</b>                                | <b>0.740<sup>***</sup></b>                                                          | <b>&lt;0.001</b> | <b>สูง</b>        |
| 1. การสนับสนุนด้านบุคลากร                                  | 0.608 <sup>***</sup>                                                                | <0.001           | ปานกลาง           |
| 2. การสนับสนุนด้านงบประมาณ                                 | 0.566 <sup>***</sup>                                                                | <0.001           | ปานกลาง           |
| 3. การสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์                            | 0.524 <sup>***</sup>                                                                | <0.001           | ปานกลาง           |
| 4. การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ                          | 0.825 <sup>***</sup>                                                                | <0.001           | สูง               |

หมายเหตุ \*\*\* ระดับนัยสำคัญ 0.001

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น เข้าสู่การวิเคราะห์ เพื่อหาตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ที่จะถูกเลือกเข้าสมการคือ

ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 ซึ่งตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ ( $p - value < 0.001$ ) และการสนับสนุนด้านงบประมาณ ( $p - value = 0.003$ ) ดังตารางที่ 4 ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$Y = 1.704 + (0.549) (\text{การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ}) + (0.100) (\text{การสนับสนุนด้านงบประมาณ})$$

**ตารางที่ 4** ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม โรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

| ตัวแปร                            | B     | Beta  | T      | p-value | R     | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> adj | R <sup>2</sup> change |
|-----------------------------------|-------|-------|--------|---------|-------|----------------|--------------------|-----------------------|
| 1. การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ | 0.549 | 0.728 | 12.184 | <.001   | 0.825 | 0.680          | 0.677              | 0.680                 |
| 2. การสนับสนุนด้านงบประมาณ        | 0.100 | 0.184 | 3.083  | 0.003   | 0.840 | 0.705          | 0.700              | 0.025                 |

ค่าคงที่ 1.704, F =136.089, p-value =0<.001, R =0.840, R<sup>2</sup>=0.705, R<sup>2</sup> adj =0.700

จากสมการตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 70.5

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะทั้งหมด 55 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 47.0 สรุปพอสังเขปดังนี้ ด้านการสนับสนุนองค์การ พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการสนับสนุนองค์การในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ด้านการบริหารจัดการ แนวทางการปฏิบัติงานที่ไม่ชัดเจน เสนอแนะให้มีจัดสรรกำลังคนให้สัมพันธ์กับปริมาณงาน จัดสรรงบประมาณ และสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ต่างๆ ให้เพียงพอกับความต้องการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ให้มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในส่วนการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พบปัญหาชุมชนขาดความตระหนักและไม่ให้ความร่วมมือการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยง ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนและมาตรการต่างๆ ระบบโปรแกรมสำเร็จรูปในการบันทึกและรายงานผลมีความไม่สมบูรณ์ เสนอแนะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสา

สมัครสาธารณสุข (อสม.) มีการออกจุดตรวจคัดกรอง เฝ้าระวัง และติดตามกลุ่มเสี่ยง อย่างเข้มงวด จัดทำเอกสารและประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลการระบาดและการป้องกันโรคโควิด-19 และพัฒนาระบบโปรแกรมสำเร็จรูปโดยสอบถามผู้ใช้งานในพื้นที่ปฏิบัติการด้านปัญหาการบันทึกการรายงานผลให้เป็นระบบเดียวกันเพื่อนำมาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณให้เหมาะสมและเพียงพอกับการดูแลป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 มีการสร้างขวัญ แรงจูงใจ และกำลังใจให้บุคคลผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการให้การสนับสนุนด้านบุคลากร การสนับสนุนด้านวัสดุและอุปกรณ์ ที่เพียงพอ และสนับสนุนด้านการบริหารจัดการที่รวดเร็ว การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการติดต่อกันที่ค่อนข้างรวดเร็ว ในการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการเตรียมความพร้อมระบบบริการทางการแพทย์ มีการสื่อสารและประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกัน ประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจในการตรวจคัดกรองกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการดูแลรักษาผู้ป่วย และการติดเชื้อที่ต้องตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุข มีการใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคที่บังคับใช้อย่างเคร่งครัด รวมทั้งมีระบบการบันทึกข้อมูลและรายงานผลที่มีประสิทธิภาพ และใช้งานได้ง่าย

## สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ และการสนับสนุนด้านงบประมาณ ตามลำดับ

ตัวแปรอิสระตัวแรกของการสนับสนุนองค์กรที่มีส่วนร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ ( $p - \text{value} < 0.001$ ) ซึ่งการสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยสะท้อนให้เห็นถึงการวางแผน การจัดการ การสื่อสารประสานงาน การมอบหมายหน้าที่ และการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<sup>(8-9)</sup> แต่เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละแห่งมีบริบทการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน เนื่องด้วย การวางแผน การสื่อสารประสานงาน การมอบหมายอำนาจหน้าที่ รวมถึงการติดตามประเมินผล จึงอาจทำให้การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการมีความสามารถในการพยากรณ์การปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<sup>(10-11)</sup>

ตัวแปรอิสระตัวที่สองของการสนับสนุนองค์กรที่มีส่วนร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การสนับสนุนด้านงบประมาณ ( $p - \text{value} < 0.001$ ) ซึ่งการสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กรและการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น โดยสะท้อนให้เห็นถึงการวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณ การควบคุมการเบิกจ่ายงบประมาณ การควบคุมติดตามการใช้งบประมาณ และการประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<sup>(12)</sup> แต่เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งมีบริบทที่แตกต่างกัน รวมถึงการได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ ทั้งการวางแผน การจัดสรร การควบคุมติดตาม และการประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณที่แตกต่างกัน จึงทำให้การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณมีความสามารถในการพยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<sup>(9,11)</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ควรมีการจัดทำแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ให้มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ควรมีการกำหนดขั้นตอนในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด19 ให้เป็นกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนสำหรับผู้อำนวยการ รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ควรส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการวางแผนกับระดับตำบลและเครือข่ายในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจและปฏิบัติไปในทางเดียวกัน

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ควรมีการจัดสรรงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคโควิด19 ที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแนวทางในการประเมินผลการควบคุมป้องกันโรคโควิด19 ของผู้อำนวยการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรมีการศึกษาแนวทางในการกำหนดขั้นตอนในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการให้คำปรึกษา แนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ อย่างต่อเนื่องจนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ผู้อำนวยการและ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี

#### เอกสารอ้างอิง

1. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents*. 2020; 55(3): 105924.
2. Ciotti M, Ciccozzi M, Terrinoni A, Jiang WC, Wang CB, Bernardini S. The COVID-19 pandemic. *Crit Rev Clin Lab Sci* [Internet]. 2020 [cited 2021 December 16]; 57(6): 365–88. Available from: <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.17831983>.
3. Coronavirus disease (COVID-19) – World Health Organization [Internet]. 2021[cited December 16]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
4. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โควิด-19 ในประเทศ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. Kobayashi Y, Nagata T, Fujino Y, Hino A, Tateishi S, Ogami A, et al. Association between perceived organizational support and COVID-19 vaccination intention: A cross-sectional study. *J Occup Health* [Internet]. 2021 [cited 2021 December 16]; e12308–e12308. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8715148>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. เอกสารรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ประจำวันที่ 10 มีนาคม 2564. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2564.

7. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Mcgraw-Hill; 1998
8. นาดยา คำเสนา, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของการทำงานของเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2563; 20(2): 84-95.
9. จินตนา ก็เกียง, ประจักษ์ บัวผัน. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562; 19(2): 154-65.
10. ปณิธิ คำสมาน, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(3): 223-35.
11. สุกตรางิณี ไผ่บุรณ์, ศรีบุษย์ ศรีไชยจรรยา, ชนะพล ศรีธาดา. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(1): 431-40.
12. สุทธิศา อาภาเกสัช. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 6(3): 86-96.

# การจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลโคกขำและ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

Management of Coronavirus Disease (COVID-19) Prevention and Control  
with Community Participation in Kokchamrae Sub-district,  
Thung Sri Udom District, Ubon Ratchathani Province

วิไล มีทองขาว ส.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)\*

อดิสร วงศ์คงเดช ป.ด.(สาธารณสุขศาสตร์)\*\*

สันติสิทธิ์ เขียวเขิน ป.ด.(สาธารณสุขศาสตร์)\*\*

\*นักศึกษาดุษฎีบัณฑิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Wilai Meetongkhao M.P.H. (Public Health)\*

Adisorn Wongkongdech Ph.D. (Public Health)\*\*

Santisith Khiewkhern Ph.D. (Public Health)\*\*

\*Master of Public Health Program Faculty of

Public Health Mahasarakham University

\*\*Faculty of Public Health Mahasarakham University

Received : February 9, 2022

Revised : May 26, 2022

Accept : May 30, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลโคกขำและ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มภาคีเครือข่าย 41 คน โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบกระบวนการพัฒนาการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม “ABCD EFG” มี 7 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินบริบท (Assess to context) 2) สร้างทีมคณะทำงาน (Building team) 3) พิจารณาเพื่อกำหนดมาตรการ (Consider measurement) 4) พัฒนาแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Develop participatory action plan) 5) เน้นหนักการปฏิบัติตามแผน (Emphasize implementing) 6) การติดตามผลการดำเนินงานตามกิจกรรมต่าง ๆ (Follow the activities) 7) เก็บเกี่ยวประสบการณ์ (Get the experiences) หลังการดำเนินงานพบว่าระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น คือ ระดับมาก จากเดิมร้อยละ 18.42 เป็นร้อยละ 34.58 (เพิ่มขึ้น 16.16) มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 4.47 (S.D.0.69) ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จครั้งนี้ คือ 1) มีทีมคณะทำงาน 2) มีแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3) การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนขององค์กรหรือหน่วยงานในพื้นที่และ 4) มีการติดตามผลการดำเนินงาน เยี่ยม นิเทศโดยคณะทำงานอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษารูปแบบการอบรมพัฒนาศักยภาพคณะทำงานและภาคีเครือข่ายเพื่อการจัดการป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสม ท้นต่อสถานการณ์ของโรค และควรศึกษาการพัฒนาแบบแผนการจัดการป้องกัน ควบคุมโรค โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในกรณีโรคหรือภัยสุขภาพอื่น

คำสำคัญ: กระบวนการจัดการ การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชนมีส่วนร่วม

## Abstract

The purposes of this action research were to study the management of coronavirus disease (COVID-19) prevention and control with community participation in Khok Chamrae Subdistrict, Thung Si Udom District Ubon Ratchathani Province. The sample was 41 people who were the networks members. The quantitative data were collected using the participation assessment form and the focus group discussion record form. The quantitative data were analyzed using the descriptive statistics of arithmetic mean and standard. The qualitative data were collected by participatory meetings, focus group discussion, in-depth interview. The qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study revealed that the development process for the prevention and control of Coronavirus Disease 2019 by community participation is implemented by the “ABCD EFG” Model, which is 1) Assess to context 2) Building team 3) Consider measurement 4) Developing participatory action plan 5) Emphasize implementing 6) Follow the activities 7) Get the experiences. After operation, level of participation of network organizations increased, the high level increased from 18.42% to 34.58%, mean of participation score = 4.47 (SD.=0.69). As a result, the network organizations were more involved in the operations. The success factors were 1) Working team 2) A participatory action plan 3) Participating of the network organizations in every step of the development and 4) Continuous supervision of the working group

Suggestions for next research should study model of training to develop working groups and network partners for appropriate prevention and control of coronavirus 2019, according to the epidemic situation. Including should study the model development of disease prevention and control management with community participation, in the case of other diseases or health hazards.

**Keywords:** management process, coronavirus disease 2019 prevention and control, community participation

## บทนำ

ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคนและสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้<sup>(1)</sup> ความรุนแรงของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีอาการคล้ายไข้หวัดและอาการทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต<sup>(1)</sup>

การแพร่กระจายของเชื้อส่วนใหญ่แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ

จาม น้ำมูก น้ำลาย ระยะฟักตัว อยู่ระหว่าง 2-14 วัน สามารถแพร่โรคได้เมื่อมีอาการ และอาการแสดงเท่านั้น โดยเฉลี่ยระยะ ฟักตัวอยู่ที่ 5.2 วัน<sup>(1)</sup>

จากรายงานของ worldometers ข้อมูล ณ วันที่ 23 ตุลาคม 2564 พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมทั่วโลก (รวม 211 ประเทศ 2 เขตบริการพิเศษ 2 เรือสำราญ) จำนวน 243,745,106 ราย เสียชีวิต 4,953,505 ราย ซึ่งประเทศที่มีผู้ป่วยยืนยันสูงสุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา จำนวน 46,264,576 ราย เสียชีวิต 755,721 ราย รองลงมาคืออินเดีย จำนวน 34,158,772 ราย เสียชีวิต 453,472 ราย บราซิล จำนวน 21,711,843 ราย เสียชีวิต 605,211 ราย ส่วนในประเทศแถบภูมิภาคอาเซียน ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยยืนยันสะสมสูงสุด

ได้แก่ อินโดนีเซีย 4,238,594 ราย เสียชีวิต 143,153 ราย ฟิลิปปินส์ 2,745,889 ราย เสียชีวิต 41,520 ราย มาเลเซีย จำนวน 5,844,589 ราย เสียชีวิต 28,312 ราย ไทย จำนวน 1,831,389 ราย เสียชีวิต 18,625 ราย<sup>(2)</sup>

ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 23 ตุลาคม 2564 พบว่าจังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ กรุงเทพมหานคร จำนวน 392,785 ราย สมุทรปราการ จำนวน 120,267 ราย ชลบุรี จำนวน 98,655 ราย<sup>(3)</sup> ส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูล ณ วันที่ 23 ตุลาคม 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 19,369 ราย อำเภอที่มีผู้ป่วย สูงสุด 5 อันดับแรก คือ วารินชำราบ จำนวน 2,501 ราย เดชอุดม จำนวน 1,780 ราย เมืองอุบลราชธานีจำนวน 1,653 ราย เขื่องใน จำนวน 1,265 ราย และบุญทรีย จำนวน 1,146 ราย<sup>(4)</sup> ส่วนอำเภอทุ่งศรีอุดม ข้อมูล ณ วันที่ 5 พฤศจิกายน 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 242 คน ได้แก่ ตำบลโคกขำแระ จำนวน 36 คน ตำบลนาเกษม 54 คน ตำบลหนองอัม 51 คน ตำบลนาหอม 4 คนและตำบลกุดเรือ จำนวน 57 คน ติดเชื้อในพื้นที่ 24 คน ได้แก่ ตำบลกุดเรือ 13 คน ตำบลนาหอม 8 คน ตำบลนาเกษม 2 คนและตำบลหนองอัม 1 คน<sup>(5)</sup> โดยพบว่า ในเขตพื้นที่ตำบลโคกขำแระ จำนวน 36 ราย เป็นผู้ป่วยที่เดินทางมาจากพื้นที่มีการระบาดของโรค (ไม่พบการติดเชื้อในพื้นที่) โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เก็บส่งตรวจและยืนยันผลการติดเชื้อ จำนวน 30 ราย<sup>(5)</sup> และผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 6 ราย มีผลตรวจยืนยันมาจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด

ตำบลโคกขำแระ เป็นตำบลที่ตั้งของหน่วยงานราชการและหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ตลาดสด และสถานประกอบการต่างๆ ในแต่ละวันมีประชาชนเดินทางเข้ามาในพื้นที่จำนวนมากจากปัจจัยดังกล่าวทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อในพื้นที่และมีการแพร่ระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ได้ หากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่เข้มแข็ง และการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้น การจัดการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสม โดยผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) จึงมีความสำคัญและเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและการระบาดเป็นกลุ่ม

ก้อน (Cluster) เพื่อแก้ไขปัญหาอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่เพียงพอในการดำเนินงาน และเพื่อประหยังบประมาณในการจัดซื้อวัสดุและครุภัณฑ์ที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม

## ระเบียบวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart<sup>(6)</sup> เพื่อสร้างแนวทางการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) โดยการศึกษาสภาพแวดล้อมและบริบทของพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลและจัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการ (Action plan) ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์ใช้หลักการและกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map: SRM) และมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่ต้องดำเนินการ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action plan) ดำเนินการปฏิบัติตามแผนการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้จากการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ

ขั้นที่ 3 สังเกตผล (Observation) ระหว่างดำเนินการโครงการด้วยการประชุม การสังเกต และกำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่

ขั้นที่ 4 สะท้อนผล (Reflection) โดยการจัดเวทีถอดบทเรียน และคืนข้อมูลผลการดำเนินงาน ทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) หลังดำเนินการเพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขเพื่อดำเนินการต่อเนื่อง

## วิธีการเลือกกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบลโคกชำแระ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ศึกษาสถานการณ์ บริบทชุมชนและการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่มีความพร้อมและสามารถเข้าร่วมกระบวนการครั้งนี้ได้ จำนวน 11 คน เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีตำแหน่งตามที่ระบุ หรือมอบหมายให้ผู้ทำการแทนตามตำแหน่งนั้น 2) กรณีตัวแทนคณะกรรมการหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน คัดเลือกจากมติที่ประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน 3) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์เชี่ยวชาญหรือเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) สามารถให้ข้อมูลและยินยอมในการให้ข้อมูล และ 5) มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดจนการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ย้ายที่อยู่หรือไม่อยู่ในพื้นที่ที่ดำเนินการวิจัย 2) เจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ และ 3) ขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการวิจัย ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 1 คน กำนัน 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคในโรงพยาบาล 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม 1 คน มัคทายกที่มีประสบการณ์ด้านการ

ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3 คน ประธาน อสม.ระดับตำบล 1 คน และ ตัวแทนผู้อำนวยการหรือครูอนามัย โรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา แห่งละ 1 คน รวม 2 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่มีความพร้อม สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เป็นการเลือกโดยพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่เลือกเป็นไปตามความมุ่งหมายของการวิจัย จำนวน 41 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน รวม 10 คน มัคทายก ประจำวัด 3 แห่ง 1 คน รวม 3 คน ประธาน อสม. หมู่บ้านละ 1 คน รวม 10 คน ตัวแทนคณะกรรมการหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน รวม 10 คน ผู้อำนวยการโรงเรียนและครูอนามัย จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รพ.ทุ่งศรีอุดม 3 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือตัวแทน จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน

## เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) แบบสัมภาษณ์ (In-depth Interview) เพื่อเก็บข้อมูลบริบทและสภาพแวดล้อมของชุมชนเป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

2) แบบประเมินการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการมี ส่วนร่วมในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทในชุมชน

ส่วนที่ 2 ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคฯ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงสมบูรณ์แล้วไปทดลองใช้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองอัม ซึ่งเป็นพื้นที่ขนาดและบริบทใกล้เคียงกันเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)<sup>(7)</sup> เท่ากับ 0.93

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปและนำไปเชื่อมโยงกับประเด็นที่ศึกษา

กระบวนการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. การวางแผน (Plan)

- เตรียมความพร้อมกลุ่มเป้าหมายสำหรับเก็บข้อมูลสถานการณ์ บริบท และสภาพแวดล้อมของชุมชน
- วิเคราะห์ข้อมูลการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นข้อมูลสถานการณ์ การดำเนินงาน และการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจัดทำ (ร่าง) แนวทางการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) โดยใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM)

### 2. การปฏิบัติ (Action plan)

- จัดทำแนวทางการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ และนำเสนอต่อกลุ่มเป้าหมาย 41 คน เพื่อรับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อดำเนินกิจกรรมการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 41 คน

- ร่วมดำเนินการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) หมู่บ้านที่มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีเด่น 2) กิจกรรมเสี่ยงตามสายในชุมชน 3) รมรงค์ให้ความรู้ในชุมชนตามกิจกรรมงานบุญประเพณี และจุดเสี่ยงที่มารวมตัวของประชาชน 4) กิจกรรมพัฒนาช่องทางการสื่อสารในชุมชน และ 5) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

### 3. การสังเกต (Observe)

- สนทนากลุ่มเพื่อรับฟังข้อคิดเห็น หลังดำเนินการตามแนวทางการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แนวคำถามแบบสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

- ติดตามผลการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

### 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

- การทบทวนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) ร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย หลังการดำเนินการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกประเด็นสำคัญ
- ประชุมแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงาน เพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะการดำเนินงานตามแนวทางฯ

## ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลโคกขามแระ อำเภอกู่ทอง จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงและเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้สูงสุด จึงใช้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมด จำนวน 41 ชุด พบว่า

1.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.85) มีอายุระหว่าง 51-61 ปี (ร้อยละ 65.85) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 90.24) ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.34) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.10) มีรายได้ต่อ

เดือน น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 51.22) มีบทบาทในภาคประชาชนและภาครัฐจำนวนใกล้เคียงกัน คือ (ร้อยละ 43.90 และร้อยละ 46.34 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่รับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติ (ร้อยละ 31.70) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 41.46) ในชุมชนมีสื่อและป้ายโฆษณาและป้ายประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 82.93)

1.2 ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้การป้องกันและควบคุมโรคจากอสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแกนนำหรือผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 65.85, 56.10 และ 53.66 ตามลำดับ)

1.3 กระบวนการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนมีส่วนร่วม มีกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ภายใต้ขั้นตอนตามแนวคิด PAOR ซึ่งมี 7 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

## 1. การวางแผน (Planning)

ขั้นที่ 1 การประเมินบริบท (Assess context) ทั้งบริบทแวดล้อมและบริบทชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค พบว่า ตำบลโคกขำแระ ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่การระบาดในระลอกที่ 1 และ 2 โดยความร่วมมือจากทุกหน่วยงานและแกนนำชุมชน โดยออกให้ความรู้คำแนะนำและกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรค ประชาสัมพันธ์ ระวังภัยเสี่ยงตามสายคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงและควบคุม กำกับการดำเนินงานตามมาตรการ ในงานต่างๆของชุมชน ได้แก่ งานศพงานบุญประเพณี และงานอื่นที่มีการรวมกลุ่มจำนวนมาก

เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตามหลัก DMHTT (D คือ เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด (Social distancing) M คือ การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา (Mask Wearing) H คือ การล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ (Hand Washing) T คือ การตรวจวัดอุณหภูมิหรือการตรวจหาเชื้อโควิด-19 (Testing) T คือ สแกนไทยชนะก่อนและเข้าออกสถานที่สาธารณะทุกครั้ง (Thai Cha Na) ผลการดำเนินงาน พบว่า ปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรค คือ 1) ประชาชนในพื้นที่ที่มีพฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่ไม่ถูกต้อง 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคและข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากต่างจังหวัดยังมีหลากหลายรูปแบบ 3) การทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและองค์กรในชุมชนยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน 4) ประชาชนยังมองว่าการป้องกันและควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข อสม. หรือแกนนำในชุมชน

ขั้นที่ 2 สร้างทีมคณะทำงาน (Build team) สร้างทีมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อเป็นคณะทำงาน กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 41 คน เพื่อกำหนดบทบาท หน้าที่และมอบหมายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค โดยชุมชนมีส่วนร่วม

ขั้นที่ 3 พิจารณาเพื่อกำหนดมาตรการ (Consider-measure) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) และแบบมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff)<sup>(8)</sup> กลุ่มผู้พัฒนาระบบ จำนวน 41 คน ดังแสดงในภาพที่ 1

|               |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                   |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ประชาชน       | <p>ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ให้ความรู้ ระวังโรค</li> <li>-ประชาสัมพันธ์</li> </ul>                                             | <p>มาตรการชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาคม</li> <li>- ออกกฎชุมชน</li> </ul>                                                                                | <p>มีระบบป้องกันและควบคุมโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-อบรมผู้รับผิดชอบ</li> <li>-พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการควบคุมโรค</li> </ul>                                | <p>ชุมชนมีโครงการโดยชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-จัดอบรมทำแผน SRM</li> </ul> |
| ภาคีเครือข่าย | <p>-อบต.ร่วมตัดสินใจและขับเคลื่อนและสนับสนุนทรัพยากร</p> <p>-ภาคีเครือข่ายร่วมประชาคมและจัดทำแผน</p>                                                                         | <p>ภาครัฐสนับสนุนและประสานงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-จัดตั้งคณะกรรมการ</li> <li>-สนับสนุนวิชาการอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>-มีผู้รับผิดชอบในการประสานงาน</li> </ul> | <p>กลุ่มองค์กรในและนอกพื้นที่มีบทบาท</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-จัดตั้งคณะกรรมการร่วม</li> <li>-จัดตั้งเครือข่าย</li> <li>-ร่วมประชาคมและทำแผน</li> </ul>               |                                                                                                   |
| กระบวนการ     | <p>มีระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-พัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน</li> <li>-มีศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้</li> </ul>                    | <p>การบริหารจัดการองค์กรและภาคีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-อบรมความรู้ให้คณะกรรมการ</li> <li>-ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>  | <p>การบริหารจัดการนวัตกรรมที่ดีและนำมาใช้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-มีประกาศคุณภาพการรายงานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง</li> <li>-จัดประกวดนวัตกรรมป้องกันและควบคุมโรค</li> </ul> |                                                                                                   |
| รากฐาน        | <p>มีระบบข้อมูลที่มีคุณภาพและทันสมัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ข้อมูลมีคุณภาพ ครอบคลุม ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน</li> <li>-มีการมีการผู้รับผิดชอบ</li> </ul> | <p>บุคลากรแกนนำมีสมรรถนะที่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-จัดอบรมให้ความรู้สม่ำเสมอ</li> <li>-ส่งเสริมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</li> </ul>                      | <p>ชุมชนมีบรรยากาศที่ดีต่อการทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการแบ่งหลังคาเรือนรับผิดชอบที่ชัดเจน</li> <li>-มีวัสดุอุปกรณ์ในการทำงานอย่างพอเพียง</li> </ul>          |                                                                                                   |

ภาพที่ 1 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับปฏิบัติการในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

#### ขั้นที่ 4 พัฒนาแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Develop participation action plan)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองโดยประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดโครงการ จำนวน 2 โครงการ 6 กิจกรรม ได้แก่

1) โครงการส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มี 2 กิจกรรม คือ อบรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ หมู่บ้านที่มีดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีเด่น

2) โครงการพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสาร และสื่อประชาสัมพันธ์ ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มี 4 กิจกรรม คือ เสี่ยงตามสายในชุมชน ระวังโรคและให้ความรู้ในชุมชน พัฒนาช่องทางสื่อสารในชุมชน และจัดตั้งศูนย์ข้อมูลในชุมชน

#### 2. การปฏิบัติ (Action)

ขั้นที่ 5 เป็นขั้นที่ “เน้นหนัก” ในการดำเนินการตามแผน (Emphasize plan implementing) เป็นขั้นตอนปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ ประกอบด้วย 2 โครงการ 6 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 อบรมพัฒนาพัฒนาศักยภาพในการภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้พัฒนาระบบ จำนวน 41 คน เนื้อหาในการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์โรคและการดำเนินงานที่ผ่านมาในพื้นที่ตำบลโกษาแระ 2) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) มาตรการและแนวทางการป้องกันและควบคุมโรค และ 4) การรายงานข้อมูลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

กิจกรรมที่ 2 คัดเลือกหมู่บ้านที่มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีเด่น เพื่อเป็นพื้นที่นำร่อง คือ บ้านโนนดู่ ซึ่งมีการดำเนินงานครบทุกกิจกรรม และดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเสี่ยงตามสายในชุมชน โดยให้ทั้ง 10 หมู่บ้าน ในตำบลโคกชำแระ อำเภอทุ่งศรีอุดม ประชุมหารือเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่และผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน พบว่า 1) ผู้ใหญ่บ้านหรือ อสม. ทำหน้าที่ในการแจ้งข่าว ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค 2) ช่วงเวลาในการแจ้งข่าวและประชาสัมพันธ์ 2 ครั้ง คือ เข้า เวลา 06.00-07.00 น. และเย็น เวลา 18.00-19.00 น. หากหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชนต้องการแจ้งข่าวหรือประชาสัมพันธ์ให้แจ้งต่อผู้ใหญ่บ้านหรืออสม. 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สนับสนุนองค์ความรู้ที่ต้องประชาสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมรณรงค์และให้ความรู้การป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน ได้แก่ กิจกรรมงานบุญประเพณี ตลาดนัดชุมชน งานศพ ในพื้นที่อำเภอทุ่งศรีอุดม จะให้แต่ละหมู่บ้านประชุมเพื่อจัดทำแผนตรวจคัดกรองที่ตลาดสดอำเภอทุ่งศรีอุดม ทุกวันศุกร์

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาช่องทางการสื่อสารในชุมชนโดยกำหนดให้มีช่องทางการสื่อสารข้อมูล ข่าวสารและการติดต่อประสานงาน ได้แก่ 1) กลุ่มไลน์ของ อสม. ในแต่ละหมู่บ้าน 2) กลุ่มไลน์ประธาน อสม. 3) เวทีประชุมประจำเดือนของ อสม. 4) เวทีประชุมสัจจร (องค์กร/หน่วยงานในพื้นที่ทุกหน่วยงาน) 5) หอกระจายเสียงในชุมชน 6) รถสปอร์ตให้ความรู้สนับสนุนจาก อปท.

กิจกรรมที่ 6 จัดตั้งศูนย์ข้อมูลในชุมชน โดยทุกหมู่บ้านกำหนดให้ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน เป็นศูนย์ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกำหนดติดตามผลการดำเนินงาน 1 ครั้ง/เดือน เพื่อติดตามผลการดำเนินงานและรับทราบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อนำเข้าเวทีประชุมสัจจรต่อไป

### 3. การสังเกตการณ์ (Observation)

ขั้นที่ 6 เป็นการติดตามผลการดำเนินงานตามกิจกรรมต่างๆ ที่ระบุในแผนปฏิบัติการ (Follow the activities) ผู้วิจัย ทีมงาน และเจ้าหน้าที่ได้ลงพื้นที่เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของชุมชนจากแผนงานโครงการที่กำหนด จำนวน 2 โครงการ 6 กิจกรรม โดยแจ้งวัตถุประสงค์ในการนิเทศติดตามงานซึ่งเป็นการทำงานอย่างเป็นระบบ คือ เพื่อให้การดำเนินโครงการมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นการกระตุ้นการดำเนินงานในพื้นที่การดำเนินกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานในพื้นที่

### 4. การสะท้อนผล (Reflection)

ขั้นที่ 7 เป็นขั้นตอนที่ช่วยเก็บเกี่ยวประสบการณ์ (Get the experiences) หลังดำเนินการตามกิจกรรมที่ได้ระบุไว้ในแผนการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ทำการสังเกตการณ์เก็บข้อมูลแล้วทำการนัดหมายผู้ร่วมวิจัยทุกคนมาร่วมสนทนา เพื่อประชุมสรุปผลการดำเนินงานวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและศึกษากระบวนการเพื่อถอดบทเรียน ซึ่งเป็นสร้างเสริม สะสมประสบการณ์จากการลงมือทำ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 41 คน โดยแบ่งกลุ่ม 5 กลุ่ม โดยใช้วิธีการแบ่งกลุ่ม แบบนับเลข 1-5 เพื่อร่วมกันระดมสมองในการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน และจากผลการดำเนินงานพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น คือ ระดับมาก จากเดิมร้อยละ 18.42 เป็นร้อยละ 34.58 (เพิ่มขึ้น 16.16) มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 4.47 (S.D. 0.69) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเป้าหมายจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มผู้พัฒนาระบบ

| ระดับการมีส่วนร่วม | คะแนน     | ก่อนการพัฒนา  |        | หลังการพัฒนา  |        |
|--------------------|-----------|---------------|--------|---------------|--------|
|                    |           | (n=41)        |        | (n=41)        |        |
|                    |           | จำนวน<br>(คน) | ร้อยละ | จำนวน<br>(คน) | ร้อยละ |
| ระดับมากที่สุด     | 4.21–5.00 | 22            | 57.89  | 22            | 57.89  |
| ระดับมาก           | 3.41–4.20 | 7             | 18.42  | 12            | 34.58  |
| ระดับปานกลาง       | 2.61–3.40 | 7             | 18.42  | 4             | 10.53  |
| ระดับน้อย          | 1.81–2.60 | 1             | 2.63   | 0             | 0.00   |
| ระดับน้อยที่สุด    | 1.00–1.80 | 1             | 2.63   | 0             | 0.00   |
|                    | รวม       | 38            | 100    | 38            | 100    |
| $\bar{X}$          |           | 4.26          |        | 4.47          |        |
| S.D.               |           | 1.03          |        | 0.69          |        |

## ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- มีการแต่งตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทที่ชัดเจน ทำให้ภาคีเครือข่ายรับทราบและรับบทบาทหน้าที่ว่าตนเองต้องดำเนินการอะไร และหากเกิดปัญหาหรืออุปสรรคต้องติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน/องค์กรใดในพื้นที่
- มีแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Plan) การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและเกิดจากการระดมความคิดเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ร่วมกันกำหนด ทำให้คณะทำงานทุกคนรับทราบสิ่งที่ต้องกลับไปดำเนินการในชุมชนของตน
- องค์กร/หน่วยงานในพื้นที่มีโอกาสเข้ามาร่วมในทุกขั้นตอนกระบวนการทำให้รับทราบปัญหาและมองเห็นโอกาสที่จะดำเนินงานและสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ สถานที่
- มีการลงพื้นที่เพื่อเฝ้าติดตาม ผลการดำเนินงาน ทำให้เห็นการดำเนินงานที่แท้จริงในพื้นที่ทั้งสิ่งที่พื้นที่ดำเนินการได้เป็นอย่างดี และสิ่งที่ปัญหา

อุปสรรค รวมทั้งสภาพสิ่งแวดล้อมด้านอื่นๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินกิจกรรม

## บทสรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถนำประเด็นมาอภิปรายผล ดังนี้

1. จากการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระบวนการจัดการป้องกันและควบคุมโรคฯ โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลโคกข่าและอำเภอกู่ศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า บริบทของชุมชนตำบลโคกข่าและ อำเภอกู่ศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 10 หมู่บ้าน ลักษณะทั่วไปของชุมชนเป็นชุมชนที่มีอาศัยอยู่แบบถ้อยที่ ถ้อยอาศัยให้เคารพนับถือผู้สูงอายุ ให้เกียรติผู้อาวุโส อาศัยอยู่แบบเครือญาติ การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานแบบไม่เป็นทางการก่อนที่จะประสานในแบบที่เป็นทางการ ส่งผลให้การจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมาพบว่าได้รับความร่วมมือจากหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน อสม. วิชาชีพ รวมทั้งร้านค้า และสถานประกอบการ ในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. ที่บทบาทมากในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมเด็จ มั่งวิธา<sup>(9)</sup> พบว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาที่ก่อให้เกิดความยั่งยืน และมีเป้าหมายสุดท้าย คือ ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Erwin<sup>(10)</sup> พบว่า การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม คือ การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแท้จริงของประชาชน

2. กระบวนการจัดการป้องกันและควบคุมโรคโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลโคกชำแระ พบว่า มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมดำเนินงานหลายภาคส่วน ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัย 4) กำนัน 5) ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 6) มัคทายก และ 7) อสม. เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ อสม. มีบทบาทในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวังคัดกรองโรค ด้านส่งเสริมและป้องกันโรค และด้านการสนับสนุนการดำเนินงานสอบสวนโรคหรือควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นววิวรรธน์ ศรีดาวเรืองและคณะ<sup>(11)</sup> ศึกษารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สิ่งที่อสม. มีการดำเนินงานสูงสุด คือ 1) การค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2) เคาะประตูเยี่ยมบ้านติดตามสังเกตอาการ 3) ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ 4) บันทึก รายงานผลการดำเนินงานและ 5) จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง และสอดคล้องกับการศึกษาของ และธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ และคณะ<sup>(12)</sup> ได้ศึกษาประสบการณ์การทำงาน ของ อสม. ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า บทบาท อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับชุมชนของประเทศไทยในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา จนได้รับยกย่องจากองค์การอนามัยโลก

ยืนยันได้ว่าการมีสาธารณสุขมูลฐานที่ดี ทำให้ผลการพัฒนาระบบการจัดการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ จิราพร บาร์ศรี และคณะ<sup>(13)</sup> ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด-2019 (COVID -2019) ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.03$ , S.D. = 3.84) เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ( $\bar{X} = 4.13$ , S.D. = 0.84) และ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ( $\bar{X} = 4.13$ , S.D. = 0.76) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการวางแผน ( $\bar{X} = 3.97$ , S.D. = 0.76) และ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ( $\bar{X} = 3.90$ , S.D. = 0.91) และสอดคล้องกับฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราภรณ์ และคณะ<sup>(11)</sup> ได้ทำการศึกษา รูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่าสิ่งที่ปัจจัยความสำเร็จมาจาก อสม. คือ มีความตั้งใจ มีจิตอาสา เป็นคนในพื้นที่ มีการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายและความร่วมมือชุมชน สิ่งสนับสนุนค่าตอบแทนและการกำกับติดตาม อุปสรรคการดำเนินงานจากปัจจัยด้าน อสม.

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ดำเนินการสร้างความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. สนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการอบรมพัฒนาศักยภาพคณะทำงานและภาคีเครือข่ายเพื่อการจัดการป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสม ท้นต่อสถานการณ์ของโรค

2. ควรศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการป้องกันควบคุมโรค โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในกรณีโรคหรือภัยสุขภาพอื่น

3. ควรมีการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยหารติดตามในวงรอบที่ 2

## เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และติดตามนโยบายพิเศษ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. มาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: [http://soc.soc.go.th/slkup-load/v63\\_113.pdf?fbclid=IwAR17Y\\_oSta-boO369rHMz3SLJmseVzeNOmsdUqRTozUfs-dVex\\_I9lv6Fxi5Y](http://soc.soc.go.th/slkup-load/v63_113.pdf?fbclid=IwAR17Y_oSta-boO369rHMz3SLJmseVzeNOmsdUqRTozUfs-dVex_I9lv6Fxi5Y)
2. สถานการณ์โควิด-19 ของโลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thebangkokinsight.com/news/world-news/covid-19-world-news/735166/>
3. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.). [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/29299/>
4. สถานการณ์โควิด-19 จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: [web.facebook.com/prubon/?\\_rdc=1&\\_rdr/](http://web.facebook.com/prubon/?_rdc=1&_rdr/)
5. พบพร อัมภรัตน์. รายงานระบดวิทยา อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี.การประชุมศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) COVID-19 อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: ที่ว่าการอำเภอทุ่งศรีอุดม; 2564.
6. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3<sup>rd</sup> ed. Geelong, AUS: Deakin University Press; 1984.
7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2545.
8. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evolution. Ithaca, New York: Cornell University; 1977.
9. สมเด็จพระราชาธิบดี, ราชบัณฑิตยสถาน. การพัฒนารูปแบบการจัดการเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายตามวิถีชุมชน บ้านศรีสง่า ตำบลโนนสะอาด อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
10. William E. Participation Management: Concept Theory and Implementation. Atlanta: Publishing Services Division, School of Business Administration, Georgia State University University; 1976.
11. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วงศ์, เพ็ญภา ศรีหรั่ง, รัตนดาวรรณ คลังกลาง, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ, ดิษฐพล ใจเชื้อ. การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) 2562; 107-09.
12. ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์, ชชาติชาย สุวรรณนิตย์, ฤกษ์ พงศ์วิรุฬห์, เกรียง ตั้งสง่า. ประสบการณ์การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปี 2564. วารสารกรมการแพทย์ 2554; 46: 5-8.
13. จิราพร บาร์ศรี, เจนรบ พลเดช, ผ่องพรรณ มุริกันนท์, รินดา พันธุ์ภาพสินธุ์, สมทรง พลเดช. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด-2019 (COVID -2019) ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการบริการนิติบุคคลและวัฒนธรรมท้องถิ่น 2564; 7: 33-45.

# ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ คลินิกหอบหืดโรงพยาบาลขอนแก่น

The Effectiveness of Perceived Self – Efficacy Promotion Program  
on Behavior Self – Management Among Adult Asthmatic Patient In  
Asthma Clinic, KhonKaen Hospital

ภาษิตา นิลบรรพต ส.ม.(ภาวะผู้นำและนวัตกรรมจัดการสุขภาพ)\*

PasitaNinbanphot M.P.H.(Leadership and Innovative Health Management)\*

นฤมล สีนสุพรรณ ศศ.ม.(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)\*\*

NarumonSinsupan MA.(Medical and Health Social Sciences)\*\*

กุหลาบ ปุริสาร ศษ.ด (บริหารการศึกษา)\*\*

Kularb Purisam Ph.d. (Educational Administration)\*\*

\*นักศึกษาลัทธิสุทธสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

\*Master of Public Health program student, Leadership and Innovative Health

สาขาสภาวะผู้นำและนวัตกรรมจัดการสุขภาพ

Management, College of Asian Scholars.

\*\*วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

\*\*College of Asian Scholars.

Received : November 27, 2021

Revised : June 21, 2022

Accept : June 23, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (1977) และทฤษฎีพฤติกรรมจัดการตนเอง ของโทบิน และคณะ (1986) มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ คลินิกหอบหืด โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยคลินิกหอบหืด ที่มารับการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-60 ปี ในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 32 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาทดลองระหว่าง เดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) โปรแกรมการทดลอง 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง และ 4) แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืด การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบเชิงอนุมาน paired t – test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน เป็นผู้ป่วยเพศหญิง 22 คน (ร้อยละ 68.75) เพศชาย 10 คน (ร้อยละ 31.25) อายุ 20-60 ปี ( $\bar{X}$  = 43.56, SD = 12.56 หลังให้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ คลินิกหอบหืด โรงพยาบาลขอนแก่น มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วย 1. รู้สมรรถนะแห่งตน 2. มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม และ 3. สามารถประเมินระดับควบคุมโรคหืดได้ด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.000)

คำสำคัญ: โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมจัดการตนเอง โรคหืดวัยผู้ใหญ่โรงพยาบาลขอนแก่น

## Abstract

This research was quasi-experimental research according to Albert Bandura's Theory of Self-Perception (1977) and Theory of Self-Management Behavior of Tobin et al. (1986). The objective was to study the effectiveness of a self-efficacy promotion program on self-management behaviors for adult asthmatic patients in Asthma Clinic KhonKaen Hospital. The sample group consisted of 32 asthma clinic patients who came to the emergency room for nebulization. Both males and females, aged 20-60 years in the fiscal year 2020, They were selected by the purposive sampling method. The trial period was from June to October 2021, The study tools were 1) an experimental program, 2) a self-efficacy questionnaire, 3) a self-management behavior questionnaire, and 4) an asthma control assessment form. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistic paired t - test at the 0.05 level of statistical significance.

The results of the research Sample size of the study were 32 person, women 22 person (68.75%), men 10 person (31.25%), age 20 - 60 years ( $\bar{X} = 43.56$ ,  $SD = 12.56$ ) found that after the program was given to promote learning of self-efficacy. on self-management behaviors for adult asthmatic patients in Khon Kaen Hospital Asthma Clinic Effectively help patients 1. Know their competence 2. Have appropriate self-management behaviors and 3. be able to assess the level of asthma control on their own. with statistical significance at the 0.05 level ( $p$ -value <0.000)

**Keywords:** Self-efficacy program, Self-management behavior, Adult asthma Khon Kaen Hospital

## บทนำ

อาการหอบหืด<sup>(1-4)</sup>เป็นอาการที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้เยื่อและผนังหลอดลมตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากภายนอกและจากสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ ส่งผลให้หายใจไม่สะดวกและมีเสียงหวีดเหนื่อยหอบ ไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก โดยเฉพาะตอนกลางคืนและช่วงเช้ามืด โดยหอบหืดสามารถเกิดได้กับทุกเพศทุกวัย และทำให้เสียชีวิตได้หากอาการรุนแรง หอบหืดไม่ใช่โรคติดต่อแต่สามารถถ่ายทอดผ่านทางพันธุกรรมได้จึงเรียกว่าโรคหืดสาเหตุของโรคหืดเกิดจากการอักเสบของหลอดลมเรื้อรัง ร่วมกับการที่หลอดลมมีความไวต่อสิ่งที่มีกระตุ้นมากผิดปกติ ทำให้เกิดอาการของโรคหืดได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ในและนอกครัวเรือน เช่น ฝุ่น และไรฝุ่น รังแคสัตว์ เกสรดอกไม้ รวมทั้งสารก่อมลพิษในอากาศ ควันบุหรี่ ไอระเหยน้ำมัน สารเคมี ก๊าซพิษต่าง ๆ เป็นต้น หรือการติดเชื้อไวรัส แบคทีเรียและเชื้อราในอากาศ นอกจากนี้ยังพบว่าสภาพอากาศที่เย็นและแห้งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดได้ด้วยและในสภาพ

อากาศที่เย็นและแห้ง ปราศจากความชื้น จะกระตุ้นให้เกิดอาการได้เช่นกัน<sup>(5)</sup> จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2017 พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคหืด 6,808 ราย โดยคิดเป็น 7.76 รายต่อประชากร 1 แสนคน หรือร้อยละ 1.3 ของคนที่เสียชีวิตทั้งหมดและจัดเป็นอันดับที่ 76 ของโลก และอันดับที่ 5 ในอาเซียน และพบว่าโรคหืดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในคนไทยเป็นอันดับที่ 19 โดยอันดับที่ 1 คือหลอดเลือดหัวใจ รองลงมาคือไข้หวัดใหญ่/ปอดบวม และโรคหลอดเลือดสมอง<sup>(6)</sup>

สำหรับในประเทศไทยนายภกสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย<sup>(7)</sup> รายงานว่า อัตราการเสียชีวิตในประเทศไทยปีละ 7,000 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงมาก โรคหืดเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ถ้ารักษาเร็วมีโอกาสรักษาได้สูง โดยอัตราการเสียชีวิตในผู้ใหญ่จะมากกว่าเด็กประมาณ 5 เท่า และกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญคือคนไข้ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เพราะการพ่นยาทำได้ยากกว่า อาการรุนแรงกว่า และหลายคนเคยชินกับอาการหอบโดยที่ไม่รู้

ตัวว่าเป็นโรคหืดภาวะอาการหอบ มักจะเข้าใจว่าต้องเริ่มต้นด้วยการหอบ ซึ่งจริงๆ แล้วอาการหอบ มักจะเริ่มต้นด้วย “การไอช่วงเวลากลางคืน” และเลขอัตราการสมมาตรสภาวะโรคหืดแห่งประเทศไทย<sup>(8)</sup> รายงานว่าการที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหืด เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ ไม่ควรเกิดขึ้น ไม่ใช่เพียง Enough Asthma Death แต่ต้องเป็น Zero Asthma Death เพราะโรคหืดสามารถรักษาได้ถึงแม้ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคจะมาจากพันธุกรรมหรือสิ่งแวดล้อม ถ้าผู้ป่วยดูแลตัวเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษามีความรู้และเข้าใจเรื่องการใช้ยา

จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<sup>(9)</sup> ได้กำหนดข้อมูลเพื่อตอบสนอง จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) ปีงบประมาณ 2563 ดังนี้

1. จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการผู้ป่วยนอกทั้งจังหวัด จำนวน 3,827 ราย

2. จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการและรับไว้เป็นผู้ป่วยใน จำนวน 1,995 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.13 ซึ่งมีสัดส่วนที่เกินครึ่งของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งจังหวัด แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหืดมีอาการที่รุนแรง จนต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

จากการดำเนินงานในการรักษาผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาลขอนแก่นที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนผู้มารับบริการในคลินิกหอบหืด ห้องตรวจอายุรกรรม 1 ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 2,926 ราย มีผู้ป่วยโรคหืด 661 ราย ซึ่งมีผู้ป่วยที่มาก่อนนัด และเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.43% (เป้าหมายกำหนดให้น้อยกว่าร้อยละ 10)<sup>(10-11)</sup> ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยโรคหืดจึงมีเป้าหมายในการรักษาที่สำคัญคือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสียชีวิตจากการจับหืดอย่างรุนแรง และผลการรักษาที่ควรเกิดขึ้นคือผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดดีขึ้นสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ หรือเกือบปกติ สามารถไปทำงานได้ และใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข การจะทำให้การรักษาได้ผลดีต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญและร่วมกันในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้ความรู้ การให้ข้อมูลและการให้

คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค มีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วยโรคหืด คลินิกหอบหืด จึงเห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดที่มาก่อนนัดหมาย และต้องเข้ารักษาที่ตึกฉุกเฉินเพื่อพ่นยารักษาโรคหืด เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหืด รับรู้ความรุนแรงของโรคหืด รับรู้โอกาสเสี่ยงที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ รับรู้ถึงอุปสรรคในการมารับบริการที่คลินิกหอบหืด เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ กระตุ้นให้เกิดความกลัว เกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการมาก่อนนัดหมาย และต้องเข้ารักษาที่ตึกฉุกเฉินเพื่อพ่นยารักษาโรคหืด และสามารถจัดการกับอุปสรรคที่จะทำให้ไม่สามารถมาตามนัดได้ รวมทั้งผู้ป่วยสามารถจัดการกับจิตใจ อารมณ์ สังคมได้ เช่น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดความวิตกกังวลมีการเตรียมพร้อมในการดูแลตนเองเมื่ออาการหอบกำเริบ การทำงานในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ การมีความหวังในชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทฤษฎีพฤติกรรมจัดการตนเอง จึงมีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดเข้ารับการตรวจด้วยวิธีเป่าปอด Spirometry, Peak flow meter เพื่อทราบประสิทธิภาพการทำงานของปอดเป็นอย่างดี ตามเวลาที่นัดหมาย ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยความผิดปกติและวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดเหล่านี้ลดอัตราการมาก่อนนัดหมาย และลดอัตราการเข้ารักษาที่ตึกฉุกเฉินเพื่อพ่นยารักษาโรคหืดลดอัตราการนอนรพ.ลง ลดอัตราการตายจากโรคหืดลงได้

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ คลินิกหอบหืด โรงพยาบาลขอนแก่น

## 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2.3 ผู้ป่วยสามารถประเมินระดับการควบคุมโรคหืดได้ด้วยตนเอง

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิผล หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่

2. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมในผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน มีความรู้เรื่องโรคหืด มีความมั่นใจในความสามารถ ของตนเองในการควบคุมโรค ได้ตามความเหมาะสมและการมาตรวจติดตาม ตามนัด

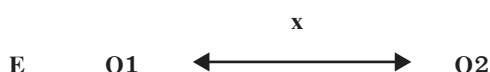
3. พฤติกรรมจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อมีปัจจัยต่าง ๆ มากระทบ สามารถแก้ไขปัญหาคิด

4. ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจสมรรถภาพทางปอดแล้วแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดมีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ onegrouppretest-posttest design จำนวน 32 คน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทำการทดลอง ตามแผนภูมิดังนี้

กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง



## กำหนดให้

E กลุ่มทดลอง

O1 การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

O2 การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

X โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### 1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ คลินิกหอบหืด โรงพยาบาลขอนแก่น ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลโรคหืดที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่นทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มารับบริการในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563

### 2. กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 32 คนโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ที่มาก่อนนัดและเข้ารับการรักษาพยาบาลโรคหืดที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น และต้องเป็นกลุ่มที่มารับบริการในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563

2) มารับบริการคลินิกหอบหืดอย่างน้อย 1 ครั้ง

3) มีอายุระหว่าง 20 –60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

4) เป็นผู้ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

5) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ รู้สึกตัวดีสามารถสื่อสารรู้เรื่อง

6) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมศึกษา

7) ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและเต็มใจให้ข้อมูล

2.2 เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่ตั้งครรภ์
- 2) ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือบกพร่องทางการสื่อสาร
- 3) ผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง วัณโรคปอด

2.3 เกณฑ์ในการยุติการศึกษาวิจัย (Discontinuation criteria) ได้แก่

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโปรแกรม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรม ภายหลังจากเข้าร่วมไปแล้วระยะหนึ่ง
- 2) ขณะเข้าร่วมโปรแกรมมีอาการแทรกซ้อน มีการส่งต่อการรักษา หรือไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลอื่นก่อนที่จะได้รับการตรวจครบตามขั้นตอน หรือขณะเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น การผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด

## เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์ใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)<sup>(12)</sup> และทฤษฎีการจัดการตนเองของโทบินและคณะ (1986)<sup>(13)</sup> สร้างเป็นโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหืด วัณโรคใหญ่ มี 4 ขั้นตอนคือ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือทำ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ 4) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง การแลกเปลี่ยนความรู้ทัศนคติในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยคนอื่น ใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนและแผ่นพับโรคหืดและการเป่าปอด เนื้อหาประกอบด้วย

ความรู้เรื่องโรคหืด สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการของโรค วิธีการป้องกันโรค การเตรียมตัวก่อนวันนัดเป่าปอด การปฏิบัติตัวก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ และการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนและหลังกิจกรรมให้ความรู้ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหืด น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว และยาที่ใช้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ มีจำนวน 7 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิกเกอร์ ซึ่งมี 5 ช่วง แต่ปรับให้เป็น 4 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกได้คำตอบเดียว ดังนี้ มั่นใจมากที่สุด, มั่นใจมาก, มั่นใจน้อย, ไม่มั่นใจจะแนแนเต็ม 114 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด วัณโรคใหญ่ มีจำนวน 6 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิกเกอร์ ซึ่งมี 5 ช่วง แต่ปรับให้เป็น 4 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกได้คำตอบเดียว ดังนี้ ทำทุกครั้งหรือทำทุกวัน, ทำเกือบทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน, ทำบางครั้งหรือบางวัน, ไม่ได้ทำ คะแนนเต็ม 87 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืด Asthma Control Test (ACT) จำนวน 5 ข้อ ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการควบคุมโรค จากการรักษาในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 (ไม่มีอาการ = 5, มีอาการ = 1)<sup>(14)</sup> การศึกษาของ Nathan และคณะ (2004) มีความแม่นยำไวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหืด โดยระดับคะแนนรวมมีดังนี้

คะแนน 25 หมายถึง ควบคุมอาการได้

คะแนน 21 - 24 หมายถึง ควบคุมอาการได้บางส่วน

คะแนน  $\leq 20$  หมายถึง ควบคุมอาการไม่ได้คะแนนเต็ม 25 คะแนน

## วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยโรคหืดคลินิกหอบหืด โรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20-60 ปี ที่มาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินก่อนนัดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 จำนวน 32 คน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการทดสอบหาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมกาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ การประเมินระดับการควบคุมโรคหืดโรงพยาบาลขอนแก่นโดยใช้สถิติทดสอบ Paired T-test

## ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ คลินิกหอบหืด โรงพยาบาลขอนแก่น สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 32 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.75 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 40.63 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.63 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น พนักงานบริษัท, นักการภารโรง, ครู กศน., นักศึกษา, ธุรกิจ, พนักงานประจำวัดเจวัน ร้อยละ 28.13 สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ร้อยละ 50 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 31.25 รายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 34.38 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืด 5-10 ปี ร้อยละ 53.13 โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคหืด ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 50 ยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาควบคุมอาการ ร้อยละ 96.87 ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.75 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ อยู่ในค่าระหว่าง 18.5 - 24.9 จำนวน 17 คน ร้อยละ 53.13 ซึ่งเป็นขนาดรูปร่างปกติ และผู้ที่มีดัชนีมวลกาย ระหว่าง 25.0 - 29.9 จำนวน 8 คน ร้อยละ 25 ที่มีน้ำหนักเกิน

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนค่าคะแนนหลังการทดลองทั้งส่วนรายข้อ, รายด้าน, ภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย มีค่าคะแนนมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$  - value < 0.000) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองแยกรายด้าน

| รายละเอียด                                                                          | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | เปรียบเทียบก่อนและหลัง |           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|--------------|------|------------------------|-----------|-----------|
|                                                                                     | $\bar{X}$    | S.D. | $\bar{X}$    | S.D. | $\bar{X}$ diff         | S.D. diff | p - value |
| ด้านที่ 1. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ                             | 2.13         | 0.15 | 2.46         | 0.16 | 0.33                   | 0.04      | 0.000**   |
| ด้านที่ 2. การประเมินอาการหอบเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น                                 | 2.24         | 0.08 | 2.62         | 0.13 | 0.03                   | 0.03      | 0.000**   |
| ด้านที่ 3. การบรรเทาอาการโดยการใช้นายาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการฝึกการบริหารการหายใจ | 1.83         | 0.44 | 2.42         | 0.26 | 0.59                   | 0.09      | 0.000**   |
| ด้านที่ 4. การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการอาการหอบหืดได้ด้วยตนเอง               | 2.18         | 0.14 | 2.67         | 0.09 | 0.49                   | 0.03      | 0.000**   |
| ด้านที่ 5. การออกกำลังกายที่เหมาะสม                                                 | 1.82         | 0.21 | 2.39         | 0.22 | 0.57                   | 0.05      | 0.000**   |
| ด้านที่ 6. การมารับยาต่อเนื่อง                                                      | 2.39         | 0.13 | 2.66         | 0.12 | 0.27                   | 0.31      | 0.000**   |
| ด้านที่ 7. ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง                          | 2.06         | 0.30 | 2.5          | 0.22 | 0.44                   | 0.66      | 0.000**   |

**ตารางที่ 2** ภาพรวมค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (คะแนนเต็ม 114 คะแนน)

|              | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | $\bar{X}$ diff | S.D. diff | p - value | 95% CI     |
|--------------|----|-----------|-------|----------------|-----------|-----------|------------|
| ก่อนการทดลอง | 32 | 79.94     | 15.04 |                |           |           |            |
|              |    |           |       | 16.37          | 3.84      | 0.0001    | 8.69-24.05 |
| หลังการทดลอง | 32 | 96.31     | 15.70 |                |           |           |            |

**ส่วนที่ 3** การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคหืดด้วยผู้ใหญ่ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า ด้านพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย ค่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรายด้านผ่าน 3 รายด้านคือ ด้านที่ 3. การบรรเทาอาการโดยการใช้นายาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการฝึกการบริหารการหายใจด้านที่ 4. การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการ

หอบหืดได้ด้วยตนเอง ด้านที่ 5. การออกกำลังกายที่เหมาะสม และคะแนนภาพรวมค่าเฉลี่ย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.000, 95 % CI 6.27 - 16.17) ส่วนรายข้อที่ไม่ผ่านในรายด้านที่ 1 ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะรดน้ำต้นไม้ สุนัขหรือแมว และการอยู่ใกล้สัตว์คนที่เปื้อนหัววัด กระตุ้นให้เกิดอาการหอบได้ ส่วนรายด้านที่ 2 ผู้วิจัยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะตนเองมีอาการเหนื่อย

หอบเมื่อเล่นกีฬา หรือมีอาการไอ หายใจลำบากเมื่อสุด  
กลิ่นดอกไม้บางชนิด ส่วนรายด้านที่ 6 ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่  
ไม่ทราบว่า การเพิ่มหรือลดยาเองตามอาการของตนเอง

และการขอยาแก้หอบจากผู้อื่นหรือเพื่อนบ้านมาไว้  
เป็นการไม่เหมาะสม เป็นต้นรายละเอียดดังแสดงใน  
ตารางที่ 3 และ 4

**ตารางที่ 3** ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและ  
หลังการทดลองแยกรายด้าน

| รายละเอียด                                                                                   | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | เปรียบเทียบก่อนและหลัง |           |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|--------------|------|------------------------|-----------|-----------|
|                                                                                              | $\bar{X}$    | S.D. | $\bar{X}$    | S.D. | $\bar{X}$ diff         | S.D. diff | p - value |
| ด้านที่ 1. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิด<br>อาการหอบ                                  | 1.22         | 1.15 | 1.13         | 1.07 | 0.09                   | 0.28      | 0.75      |
| ด้านที่ 2. การประเมินอาการหอบเมื่อได้รับ<br>สิ่งกระตุ้น                                      | 0.94         | 0.46 | 1.29         | 1.27 | 0.35                   | 0.24      | 0.15      |
| ด้านที่ 3. การบรรเทาอาการโดยการใช้น้ำยา<br>ขยายหลอดลมด้วยตนเองและการฝึกการ<br>บริหารการหายใจ | 2.03         | 1.06 | 2.49         | 0.53 | 0.46                   | 0.21      | 0.03**    |
| ด้านที่ 4. การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุม<br>อาการอาการหอบหืดได้ด้วยตนเอง                    | 1.58         | 0.36 | 2.44         | 0.32 | 0.86                   | 0.85      | 0.000**   |
| ด้านที่ 5. การออกกำลังกายที่เหมาะสม                                                          | 1.02         | 0.68 | 1.55         | 0.69 | 0.53                   | 0.17      | 0.003**   |
| ด้านที่ 6. การมารับยาต่อเนื่อง                                                               | 1.04         | 1.24 | 1.15         | 1.38 | 0.11                   | 0.33      | 0.74      |

**ตารางที่ 4** ภาพรวมค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อน  
และหลังการทดลอง (คะแนนเต็ม 87 คะแนน)

|              | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | $\bar{X}$ diff | S.D. diff | p - value | 95% CI     |
|--------------|----|-----------|-------|----------------|-----------|-----------|------------|
| ก่อนการทดลอง | 32 | 36.5      | 9.64  | 11.22          | 2.48      | 0.000     | 6.27-16.17 |
| หลังการทดลอง | 32 | 47.72     | 10.16 |                |           |           |            |

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนระดับการควบคุมโรค  
หืดของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง  
ก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่  
ควบคุมระดับการควบคุมโรคหืดได้ ร้อยละ 50 รองลงมา  
ควบคุมได้บางส่วน ร้อยละ 40.63 น้อยที่สุด ควบคุมไม่  
ได้ ร้อยละ 9.37 คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าการ  
ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value

<0.0002, 95% CI 1.05-3.07) รายละเอียดดังแสดง  
ในตารางที่ 5 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการ  
ทดลองแยกตามรายด้าน พบว่าด้านที่มีนัยสำคัญทางสถิติ  
ที่ระดับ 0.05 มีทั้งหมด 3 ด้าน คือ ด้านที่ 3 การบรรเทา  
อาการโดยการใช้น้ำยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการฝึก  
การบริหารการหายใจมีค่า p-value 0.000 และด้านที่ 5  
การออกกำลังกายที่เหมาะสม มีค่า p-value 0.003

ตารางที่ 5 คะแนนระดับการควบคุมโรคหืด ของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

| ระดับการควบคุมโรคหืด | N  | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{X}$ diff | S.D. diff | p - value | 95% CI    |
|----------------------|----|-----------|------|----------------|-----------|-----------|-----------|
| ก่อนการทดลอง         | 32 | 21.09     | 4.61 |                |           |           |           |
|                      |    |           |      | 2.06           | 2.8       | 0.0002    | 1.05-3.07 |
| หลังการทดลอง         | 32 | 23.16     | 2.5  |                |           |           |           |

## การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ ค่าคะแนนหลังการทดลองทั้งส่วนรายข้อ, รายด้าน, ภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย มีค่าคะแนนมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการวิจัยของ วิยดาสุวรรณชาติ<sup>(14)</sup> ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ รพ.แก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี

2. ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ค่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรายด้าน ผ่าน 3 รายด้านคือ ด้านที่ 3. การบรรเทาอาการโดยการใช้น้ำยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง และการฝึกการบริหารการหายใจด้านที่ 4. การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบหืดได้ด้วยตนเอง ด้านที่ 5. การออกกำลังกายที่เหมาะสม และคะแนนภาพรวมค่าเฉลี่ย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของวิยดา สุวรรณชาติ<sup>(14)</sup> ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ รพ.แก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี ส่วนรายข้อที่ไม่ผ่านในรายด้านที่ 1 ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะสูดดมหรือไม่สูดหรือแอม และการอยู่ใกล้สัตว์คนที่เปื้อนหวัด กระตุ้นให้เกิดอาการ

หอบได้ ส่วนรายด้านที่ 2 ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อเล่นกีฬา หรือมีอาการไอ หายใจลำบากเมื่อสูดกลืนดอกไม้บางชนิด ส่วนรายด้านที่ 6 ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการเพิ่มหรือลดยาเองตามอาการของตนเอง และการขอยาแก้หอบจากผู้อื่นหรือเพื่อนบ้านมาไว้เป็นการไม่เหมาะสม เป็นต้น

3. กลุ่มผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ควบคุมระดับการควบคุมโรคหืดได้ (ร้อยละ 50) รองลงมาควบคุมได้บางส่วน (ร้อยละ 40.63) น้อยที่สุด ควบคุมไม่ได้ (ร้อยละ 9.37) เนื่องจากอาการของโรคมีความรุนแรงขาดเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.0002) สอดคล้องกับการวิจัยของวิยดา สุวรรณชาติ<sup>(14)</sup> ศึกษาเรื่องดังกล่าวข้างต้น

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะทางวิชาการและการนำไปใช้

1. นำเสนอผู้บริหารเพื่อทำวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ในโรงพยาบาลขอนแก่น

2. นำรูปแบบการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการเขียนแผนงานโครงการร่วมกับเขตสุขภาพที่ 7 ในการดำเนินการติดตามผู้ป่วยมารับบริการแบบสหสาขาวิชาชีพ

3. ควรประยุกต์โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยคลินิกโรคอื่น ๆ เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง คลินิกโรคไต คลินิกหัวใจ เป็นต้น

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเนื่องระยะยาว อาจเพิ่มระยะเวลาศึกษาขึ้น เช่น 6 เดือน ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์ กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนเราจะอยู่ในช่วง 6 เดือน การวัดตัวแปรอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น สมรรถภาพการทำงานของปอด ความทนในการออกกำลังกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับการควบคุมโรคหืด เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหืดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยจนบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอขอบคุณผู้ร่วมงานโรงพยาบาลขอนแก่นที่ให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ และคณาจารย์วิทยาลัยบัณฑิตที่ให้การสนับสนุนดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. สถิติโรคหืดในจังหวัดขอนแก่น ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://kkhdc.moph.go.th/intro/>
2. โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวนผู้มาใช้บริการคลินิกหอบหืด. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2564
3. National, Heart, Lung and Blood Institute. Asthma – What Is Asthma? [Internet]. 2020 [cited 2021 June 16]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/asthma>
4. Tobin D, Reynolds R, Holroyd K, Creer T. Self-Management and Social Learning Theory. In: Holroyd K, Creer T, editors. Self-Management of Chronic disease: Handbook of Clinical Interventions & Research. New York: Academic Press; 1986. p. 29-55.
5. Reddel HK, Bacharier LB, Bateman ED, Brightling CE, Brusselle GG, Buhl R, et al. Global Initiative for Asthma Strategy 2021: executive summary and rationale for key changes. Eur Respir J. 2022; 59(1): 2102730.
6. สมาคมองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: [www.tac.or.th](http://www.tac.or.th)
7. Khaosod Online Life style. ค่ายกับหมอ ภาวะฝุ่นละออง กับผู้ป่วยโรคหืด [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 26 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: [www.khaosod.ac.th/lifestyle/news.262058](http://www.khaosod.ac.th/lifestyle/news.262058)
8. Medthai. โรคหอบหืด (Asthma) อาการ, สาเหตุ, การรักษา, วิธีป้องกัน ฯลฯ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://medthai.com/โรคหอบหืด/>
9. Pobpad. โรคหืด [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: [www.pobpad.com/โรคหืด](http://www.pobpad.com/โรคหืด)
10. อีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. โรคหอบหืด โรคทางเดินหายใจร้ายแรงจนอาจทำให้เสียชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bumrungrad.com>
11. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral Change, Psychological Review 84 (March 1997). [Internet]. 1997 [cited 2021 Apr 2]. Available from: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>
12. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ.2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: [www.tac.or.th](http://www.tac.or.th)

13. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, et al. Development of the asthma control test: A survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113(1): 59–65.
14. วิยดา สุวรรณชาติ, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลแก่งกระเจาน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารเกื้อการุณย์ 2559; 23(1): 60–72.

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดขอนแก่น

## Factors Associated with Rapid Decline of Renal Function in Patients with type 2 Diabetes in Khon Kaen Province

ชัยมงคล ศรีล้อม ส.ม. (ชีวสถิติ)\*

จักรสันต์ เลียหยุด สด.\*\*

ภูลกร จำปาพาย ส.ม. (ชีวสถิติ)\*\*\*

Chaimongkol Srilom M.P.H. (Biostatistics)\*

Jugsun Loeiyood Dr.PH.\*\*

Donlagon Jumparway M.P.H. (Biostatistics)\*\*\*

\* นักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สาขาวิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

\*\*\* กลุ่มงานวิจัยวิทยาการระบาดและการป้องกันโรคมะเร็งในภูมิภาคอาเซียน

\*Master of Public Health Student in Biostatistics,

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

\*\* Khon Kaen Provincial Public Health Office.

\*\*\* ASEAN Cancer Epidemiology and Prevention Research Group.

Received : November 18, 2021

Revised : April 9, 2022

Accept : May 5, 2022

### บทคัดย่อ

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งผู้ป่วยเบาหวาน ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Study) นี้ผู้วิจัยกำหนดนิยามการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตคือ มากกว่า 5 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาจากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA เวอร์ชัน 14 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรัง และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง จำนวน 7,655 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้การถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) คัดเลือกตัวแบบการถดถอยโดยวิธีการกำจัดแบบถอยหลัง (Backward elimination) พิจารณาที่ค่าพี (p-value) น้อยกว่า 0.05 ผลการศึกษาพบว่า การลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต ร้อยละ 39.7 ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 อายุเฉลี่ย 59.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.3) ดัชนีมวลกายระดับอ้วน ร้อยละ 32.9 ปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ (1) การสูบบุหรี่ ( $OR_{Adjusted} = 1.25, 95\%CI 1.09 \text{ ถึง } 1.44$ ) (2) การควบคุมระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือดไม่ได้ ( $OR_{Adjusted} = 1.32, 95\%CI 1.20 \text{ ถึง } 1.44$ ) โดยสรุปการศึกษานี้พบปัจจัยเสี่ยง 2 ปัจจัย ดังนั้น เพื่อยืดระยะเวลาการเสื่อมของไตก่อนเข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวควรได้รับการให้คำปรึกษาและแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อลดการสูบบุหรี่ และลดระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือด

คำสำคัญ: การลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง

## Abstract

The situation of diabetes patient in Thailand tend to reach a chronic kidney stage increasingly every year. Diabetes patient is considered as an at risk group of having Chronic Kidney Disease (CKD). Researcher has defined the rapid declining of GFR which is more than 5 milliliter/min/1.73m<sup>2</sup>/year. This study was aimed to identify factor associated with the rapid declining of GFR among Type 2 Diabetes patient in Khon Kaen Province by using Health Data Center (43 Files) of Khon Kaen Province during 1st October 2019 – 30th September 2020. Data analysis was performed by using computer program, STATA version 14 The sample of this study is Type 2 Diabetes patient who has been undergone CKD screening and has not been diagnosed with CKD 7,655 individuals. Descriptive statistic was presented with number, percentage, mean and standard deviation. Multiple logistic regression was performed to identify the direction and magnitude of association which presented with Odds Ratio and their 95% CI as well as a p-value which considering regression model by using Backward elimination method. The study result revealed that factor associated with the rapid declining of GFR among Type 2 Diabetes patient are 1) sample with smoking has higher risk than not ( $OR_{Adjusted} = 1.25$ , 95%CI 1.09 to 1.44), 2) sample with uncontrolled LDL – Cholesterol ( $OR_{Adjusted} = 1.32$ , 95%CI 1.20 to 1.44).

**Keywords:** rapid declining of glomerular filtration rate, diabetes, chronic kidney disease

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกและในประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องใช้งบประมาณในการรักษาเป็นจำนวนเงินที่สูงมาก โดยเฉพาะการที่โรคดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย ต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือด การล้างไต หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยในปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 2 ล้านคนหรือคิดเป็นอัตราป่วยมากกว่า 1 หมื่นคนต่อแสนประชากร<sup>(1)</sup> เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 1.2 ล้านคนต่อปี<sup>(2)</sup> สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 2,580 คนต่อ 1 ล้านประชากร<sup>(3)</sup> เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรัง ประมาณ 21,922 คนต่อปี<sup>(2)</sup> ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โดยพบว่า โรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 44 ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 33.63<sup>(4)</sup> ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่น้ำตาล

ไปสะสมในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบและอุดตัน ทำให้ไตสูญเสียประสิทธิภาพในการกรองของเสียในร่างกาย อีกทั้งทำให้เกิดการรั่วของโปรตีนออกมาทางปัสสาวะ เกิดการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ และเนื้อไตถูกทำลายได้<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ยังมี อายุที่เพิ่มสูงขึ้น<sup>(6)</sup> การสูบบุหรี่<sup>(7)</sup> การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>(8)</sup> ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน<sup>(9)</sup> เป็นต้น ดังนั้น การตรวจรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะสามารถป้องกันความเสี่ยงและชะลอการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังได้ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังที่จะบอกการทำงานของไต คือการประเมินค่าอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ซึ่งองค์การไตโลกได้กำหนดว่าผู้ป่วยที่จะเริ่มเข้าสู่ โรคไตเรื้อรังคือผู้ที่มีค่า GFR น้อยกว่า 60 มิลลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ติดต่อกันเกิน 3 เดือน นอกจากนี้ยังมีการทำนายการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต (eGFR) โดยอาศัยระดับครีเอตินินในเลือด ซึ่งสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการรายงานผลการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต (eGFR)

2 วิธี ได้แก่ การใช้วิธีคำนวณค่า eGFR โดยแทนค่าตัวแปรในสมการ CKD-EPI และการวัดค่าระดับครีเอตินินในเลือดโดยวิธี Enzymatic ในห้องปฏิบัติการ<sup>(10)</sup> ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว คือ การที่ผู้ป่วยมีการลดลงของค่า eGFR มากกว่า 5 มิลลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี ตามแนวทางของ องค์การไตโลก<sup>(11)</sup> จากที่กล่าวมาในข้างต้นจะพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตมีความหลากหลาย เพื่อเป็นการชะลอความเสื่อมของไตและยืดเวลาการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค การป้องกันไม่ให้เกิดโรคในระยะเริ่มต้น จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศ และดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น จึงมีความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดขอนแก่น

## ระเบียบวิธีวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่นที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังทางห้องปฏิบัติการและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 – 30 กันยายน พ.ศ. 2563 จำนวน 7,655 คน

2.1 เกณฑ์คัดตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่นที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน (วินิจฉัยด้วย รหัส ICD-10 คือ E11.9)

2) รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2563 และมีชื่อปรากฏในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของจังหวัดขอนแก่น

2.2 เกณฑ์คัดตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มิลลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร

2) มีค่าข้อมูลสูญหาย เช่น ไม่สามารถติดตามข้อมูลค่าอัตราการกรองของไตได้

3) ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง Stage 3-5 ที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัส ICD-10 จากแฟ้ม Chronic ประกอบด้วยรหัสดังนี้ N183-184 หรือ N189, E102, E112, E122, E132, E142, I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, และ N23

4) ผู้ป่วยโรคไตจากสาเหตุอื่น ๆ (acute kidney disease)

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ใช้ฐานข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ(43แฟ้ม) ของจังหวัดขอนแก่น ดึงข้อมูลผู้ป่วยจากเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ ณ วันที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าล่าสุดในการศึกษา ซึ่งข้อมูลที่คัดลอกถูกจัดเก็บของไฟล์ Excel จำนวน 5 ไฟล์ ประกอบด้วย แฟ้มข้อมูล PERSON, แฟ้มข้อมูล CHRONIC, แฟ้มข้อมูล CHRONICFU, แฟ้มข้อมูล SPEACIAL PP และแฟ้มข้อมูล LABFU ซึ่งผู้จัดทำจะดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลด้วยทะเบียนบุคคล (PID) และหากพบข้อมูลยังมีความซ้ำซ้อน จะยืนยันข้อมูลจาก รหัสสถานบริการ (HOSPCODE)

#### 4. การจัดการข้อมูล

ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในเครือข่ายสถานบริการสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่น และทำการจัดหาผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อค้นหาผู้ป่วยตาม International Classification of Disease and Related Health Problem (ICD-10) จำนวน 1 คน และพยาบาลประจำแผนกคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน และชี้แจงผู้ช่วยผู้วิจัยเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนการรักษาสิทธิของผู้ป่วยเพื่อความเข้าใจและมีแนวทางการปฏิบัติในทางเดียวกัน ผู้ช่วยผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาแฟ้มในระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่ จำนวน 5 แฟ้มมาตรฐานประกอบด้วย แฟ้มข้อมูล PERSON, แฟ้มข้อมูล CHRONIC, แฟ้มข้อมูล CHRONICFU, แฟ้มข้อมูล SPEACIAL PP และ แฟ้มข้อมูล LABFU ประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะความดันโลหิตสูง และข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ตัวแปรระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c), ระดับไขมันในเลือด (HDL และ LDL) ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่รวบรวมมาโดยใช้โปรแกรม STATA version 14 จากนั้นดำเนินการต่อไปนี้

4.1 สร้างแฟ้มข้อมูล โดยรวบรวมข้อมูลรายบุคคลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าด้วยกัน โดยเชื่อมโยงทะเบียนบุคคล (PID) และหากพบข้อมูลรายบุคคลที่มีความซ้ำซ้อน จะยืนยันข้อมูลด้วย รหัสสถานบริการ (HOSPCODE)

4.2 ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนโดยตรวจสอบข้อมูลที่เป็นค่าว่าง (Missing) และค่าที่เป็นไปไม่ได้ในแต่ละตัวแปร รวมทั้งจัดการข้อมูลที่มีค่าผิดปกติ (Outlier) ซึ่งค่าที่ผิดปกติดังกล่าวจะส่งผลทำให้การทดสอบสมมติฐานได้ผลคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

4.3 ทำการคัดทะเบียนบุคคล (PID) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่ม

ตัวอย่างที่ต้องการและคัดทะเบียนบุคคล (PID) ที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ออกจากการศึกษา

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

##### 5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

เพื่ออธิบายลักษณะของประชากรดังนี้

1) ตัวแปรจำแนกประเภท (Categorical variable) ได้แก่ เพศ อายุ ที่ผ่านการจัดกลุ่มแล้ว ดัชนีมวลกาย ที่ผ่านการจัดกลุ่มแล้ว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ที่ผ่านการจัดกลุ่มแล้ว ระดับไขมันในเลือดชนิดดี (HDL) ที่ในเลือดที่ผ่านการจัดกลุ่มแล้ว ระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) ที่ในเลือดที่ผ่านการจัดกลุ่มแล้ว โดยอ้างอิงจากเกณฑ์ตามมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการนำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ

2) ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variable) ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ในกรณีที่มีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ จะนำเสนอด้วย ค่ามัธยฐาน และค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

##### 5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inference statistics)

เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตดังนี้

1) วิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระที่ละตัวแปรซึ่งตัวแปรทั้งหมดได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระดับไขมันในเลือดชนิดดี (HDL) ระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) วิเคราะห์โดยใช้ตัวแบบการถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ นำเสนอด้วยค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio: OR) พร้อม 95% ช่วงความเชื่อมั่น และค่าพี (p-value)

2) หลังจากทีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) แล้วผู้วิจัยจะได้ตัวแปร

จำนวนหนึ่งเพื่อนำไปใส่ในตัวแบบเริ่มต้น (Initial model) จากนั้นทำการ วิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate analysis) เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ โดยคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วยวิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression) ในการหาทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ นำเสนอด้วยค่าอัตราส่วนโอกาส (Adjusted Odds Ratio: AOR) พร้อม 95% ช่วงความเชื่อมั่น (95%CI) และค่าพี (p-value) ซึ่งมีวิธีการคัดเลือกตัวแบบการถดถอยโดยใช้วิธีการกำจัดแบบถอยหลัง (Backward elimination) โดยพิจารณาที่ค่าพี (p-value) น้อยกว่า 0.05 จากสถิติการทดสอบ Likelihood Ratio test และจะทำการกำจัดตัวแปรออกจนกระทั่งไม่สามารถตัดตัวแปรใดออกจากตัวแบบได้อีก เนื่องจาก

ทุกตัวแปรส่งผลต่อตัวแบบที่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3 ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของการเลือกใช้การถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Binary Logistic Regression)

5.4 ทำการวินิจฉัยตัวแบบ หลังจากได้ตัวแบบสุดท้าย (Final model) โดยการทดสอบความกลมกลืนของตัวแบบ เพื่อเปรียบเทียบความถี่จากการสังเกตและความถี่จากการทำนาย ซึ่งทั้งสองค่านี้หากพบว่ามีค่าใกล้เคียงกันแสดงว่า ตัวแบบนั้นมีความกลมกลืนกัน<sup>(18)</sup> ซึ่งงานวิจัยนี้จะทำการทดสอบโดยการพิจารณาจากภาวะสาธูปดี (Goodness-of-fit test) ของ hosmer-Lemeshow และเส้นโค้งอาร์โอซี (Receiver Operator Characteristics Curve (ROC))

## 6. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา



ภาพที่ 1 การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักตามประกาศของเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ISH GCP) เลขที่ HE632275 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 อายุเฉลี่ย 59.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.3)

ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 56 – 65 ปี รองลงมาคือ ช่วงอายุ 46 – 55 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.2 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.5) ส่วนมาก มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> รองลงมาคือ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ร้อยละ 58.1 โดยความถี่ของการสูบบุหรี่ที่ 1 – 10 มวน/วัน ต่ำแอลกอฮอล์ ร้อยละ 69.9 และไม่พบภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.8 นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 64.6 ควบคุมระดับไขมันชนิดดีในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 70.6 และควบคุมระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 52.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะและปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต (n=7,655)

| ตัวแปร                                       | การลดลงของอัตราการกรองของไต                                       |                                                             | รวม (ร้อยละ)<br>(n=7,655) |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|
|                                              | มากกว่าเท่ากับ 5 มิลลิตร/<br>นาที่/1.73 ตารางเมตร/ปี<br>(n=3,041) | น้อยกว่า 5 มิลลิตร/นาที่/<br>1.73 ตารางเมตร/ปี<br>(n=4,614) |                           |
|                                              |                                                                   |                                                             |                           |
|                                              | จำนวน (ร้อยละ)                                                    | จำนวน (ร้อยละ)                                              |                           |
| 1. ปัจจัยส่วนบุคคล                           |                                                                   |                                                             |                           |
| เพศ                                          |                                                                   |                                                             |                           |
| หญิง                                         | 1,957 (39.9)                                                      | 2,942 (60.1)                                                | 4,899 (64.0)              |
| ชาย                                          | 1,084 (39.3)                                                      | 1,672 (60.7)                                                | 2,756 (36.0)              |
| อายุ (ปี)                                    | เฉลี่ย 59.4                                                       | เฉลี่ย 59.8                                                 | เฉลี่ย 59.7               |
|                                              | (SD.=11.2)                                                        | (SD.=11.3)                                                  | (SD.=11.3)                |
| น้อยกว่า 35 ปี                               | 59 (41.5)                                                         | 83 (58.5)                                                   | 142 (1.6)                 |
| 35-45 ปี                                     | 268 (40.7)                                                        | 391 (59.3)                                                  | 659 (8.6)                 |
| 46-55 ปี                                     | 831 (41.1)                                                        | 1,192 (58.9)                                                | 2,023 (26.4)              |
| 56-65 ปี                                     | 1,041 (39.6)                                                      | 1,591 (60.4)                                                | 2,632 (34.4)              |
| 66-75 ปี                                     | 664 (39.1)                                                        | 1,034 (60.9)                                                | 1,698 (22.2)              |
| 75 ปี ขึ้นไป                                 | 178 (35.5)                                                        | 323 (64.5)                                                  | 501 (6.5)                 |
| ดัชนีมวลกาย<br>(กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> ) | เฉลี่ย 25.2                                                       | เฉลี่ย 25.2                                                 | เฉลี่ย 25.2               |
|                                              | (SD.=4.3)                                                         | (SD.= 4.6)                                                  | (SD.=4.5)                 |
| น้อยกว่า 18.5                                | 109 (38.4)                                                        | 175 (61.6)                                                  | 284 (3.7)                 |
| 18.5-22.9                                    | 767 (38.9)                                                        | 1,205 (61.1)                                                | 1,972 (25.8)              |

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะและปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต (n=7,655) (ต่อ)

| ตัวแปร                                                 | การลดลงของอัตราการกรองของไต                                       |                                                             | รวม (ร้อยละ)<br>(n=7,655) |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|
|                                                        | มากกว่าเท่ากับ 5 มิลลิตร/<br>นาที่/1.73 ตารางเมตร/ปี<br>(n=3,041) | น้อยกว่า 5 มิลลิตร/<br>นาที่/1.73 ตารางเมตร/ปี<br>(n=4,614) |                           |
|                                                        | จำนวน (ร้อยละ)                                                    | จำนวน (ร้อยละ)                                              |                           |
| 23.0-24.9                                              | 760 (39.6)                                                        | 1,160 (60.4)                                                | 1,920 (25.1)              |
| 25.0-29.9                                              | 1,017 (40.4)                                                      | 1,503 (59.6)                                                | 2,520 (32.9)              |
| มากกว่า 30                                             | 388 (40.5)                                                        | 571 (59.5)                                                  | 959 (12.5)                |
| <b>การสูบบุหรี่</b>                                    |                                                                   |                                                             |                           |
| สูบ (1-10 มวน/วัน)                                     | 1,855 (41.7)                                                      | 2,594 (58.3)                                                | 4,449 (58.1)              |
| ไม่สูบ                                                 | 1,186 (37.0)                                                      | 2,020 (63.0)                                                | 3,206 (41.9)              |
| <b>การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b>                     |                                                                   |                                                             |                           |
| ดื่ม                                                   | 2,180 (40.8)                                                      | 3,169 (59.2)                                                | 5,349 (69.9)              |
| ไม่ดื่ม                                                | 861 (37.3)                                                        | 1,145 (49.7)                                                | 2,306 (30.1)              |
| <b>ภาวะความดันโลหิตสูง</b>                             |                                                                   |                                                             |                           |
| ไม่มี                                                  | 2,371 (39.3)                                                      | 3,663 (60.7)                                                | 6,034 (78.8)              |
| <b>2. ปัจจัยทางห้องปฏิบัติการ</b>                      |                                                                   |                                                             |                           |
| <b>ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)</b>     |                                                                   |                                                             |                           |
| ควบคุมไม่ได้                                           | 1,956 (39.6)                                                      | 2,989 (60.4)                                                | 4,945 (64.6)              |
| ควบคุมได้                                              | 1,085 (40.0)                                                      | 1,625 (60.0)                                                | 2,710 (35.4)              |
| <b>ระดับไขมันชนิดดีในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)</b>    |                                                                   |                                                             |                           |
| ควบคุมไม่ได้                                           | 2,154 (39.9)                                                      | 3,251 (60.1)                                                | 5,405 (70.6)              |
| ควบคุมได้                                              | 887 (39.4)                                                        | 1,363 (60.6)                                                | 2,250 (29.4)              |
| <b>ระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)</b> |                                                                   |                                                             |                           |
| ควบคุมไม่ได้                                           | 1,732 (42.8)                                                      | 2,312 (57.2)                                                | 4,044 (52.8)              |
| ควบคุมได้                                              | 1,309 (36.3)                                                      | 2,302 (63.7)                                                | 3,611 (47.2)              |

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตหลังจากควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ มีเพียง 2 ปัจจัย ได้แก่ การสูบบุหรี่ โดยพบว่าคนที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต เป็น 1.25 เท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่

(95% CI; 1.09 ถึง 1.44) และอีกหนึ่งปัจจัยคือ ระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือด โดยพบว่าคนที่ควบคุมระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือดไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต เป็น 1.32 เท่าของคนที่ควบคุมระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือดได้ (95% CI; 1.20 ถึง 1.44) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตโดยใช้การถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression) คัดเลือกตัวแบบการถดถอยโดยวิธีการกำจัดแบบถดถอยหลัง (Backward elimination)

| ตัวแปร                                         | จำนวน | การลดลงอย่างรวดเร็วของ<br>อัตราการกรองของไต<br>(%) | OR <sub>Crude</sub> | OR <sub>Adjusted</sub> | 95% CI<br>OR <sub>Adjusted</sub> | P-value |
|------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------|---------------------|------------------------|----------------------------------|---------|
| <b>1. ปัจจัยส่วนบุคคล</b>                      |       |                                                    |                     |                        |                                  |         |
| <b>เพศ</b>                                     |       |                                                    |                     |                        |                                  |         |
| ชาย                                            | 4,899 | 39.3                                               | 1                   | 1                      |                                  |         |
| หญิง                                           | 2,756 | 39.9                                               | 1.03                | 1.02                   | 0.93-1.13                        | 0.65    |
| <b>อายุ (ปี)</b>                               |       |                                                    |                     |                        |                                  |         |
| น้อยกว่า 35 ปี                                 | 142   | 41.5                                               | 1                   | 1                      |                                  |         |
| 35-45 ปี                                       | 659   | 40.7                                               | 0.96                | 0.97                   | 0.67-1.40                        | 0.86    |
| 46-55 ปี                                       | 2,023 | 41.1                                               | 0.98                | 0.98                   | 0.69-1.39                        | 0.91    |
| 56-65 ปี                                       | 2,632 | 39.6                                               | 0.92                | 0.92                   | 0.65-1.30                        | 0.64    |
| 66-75 ปี                                       | 1,698 | 39.1                                               | 0.90                | 0.91                   | 0.64-1.29                        | 0.60    |
| 75 ปี ขึ้นไป                                   | 501   | 35.5                                               | 0.78                | 0.80                   | 0.54-1.17                        | 0.25    |
| <b>ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>)</b> |       |                                                    |                     |                        |                                  |         |
| น้อยกว่า 18.5                                  | 284   | 38.4                                               | 1                   | 1                      |                                  |         |
| 18.5 - 22.9                                    | 1,972 | 38.9                                               | 1.02                | 1.00                   | 0.77-1.30                        | 0.99    |
| 23.0 - 24.9                                    | 1,920 | 39.6                                               | 1.05                | 1.01                   | 0.78-1.31                        | 0.93    |
| 25.0 - 29.9                                    | 2,520 | 40.4                                               | 1.09                | 1.03                   | 0.80-1.33                        | 0.82    |
| มากกว่า 30                                     | 959   | 40.5                                               | 1.09                | 1.00                   | 0.76-1.32                        | 0.99    |
| <b>การสูบบุหรี่</b>                            |       |                                                    |                     |                        |                                  |         |
| ไม่สูบ                                         | 3,20  | 37.0                                               | 1                   | 1                      |                                  |         |
| สูบ                                            | 4,449 | 41.7                                               | 1.22                | 1.25                   | 1.09-1.44                        | 0.001*  |
| <b>การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b>             |       |                                                    |                     |                        |                                  |         |
| ไม่ดื่ม                                        | 2,306 | 37.3                                               | 1                   | 1                      |                                  |         |
| ดื่ม                                           | 5,349 | 40.8                                               | 1.15                | 0.95                   | 0.82-1.10                        | 0.51    |
| <b>ภาวะความดันโลหิตสูง</b>                     |       |                                                    |                     |                        |                                  |         |
| ไม่มี                                          | 6,034 | 39.3                                               | 1                   | 1                      |                                  |         |
| มี                                             | 1,621 | 41.3                                               | 1.09                | 1.07                   | 0.95-1.20                        | 0.25    |

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตโดยใช้การถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression) คัดเลือกตัวแบบการถดถอยโดยวิธีการกำจัดแบบถดถอยหลัง (Backward elimination) (ต่อ)

| ตัวแปร                                          | การลดลงอย่างรวดเร็วของ |                          |      | OR <sub>Crude</sub> | OR <sub>Adjusted</sub> | 95% CI<br>OR <sub>Adjusted</sub> | P-value |
|-------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|------|---------------------|------------------------|----------------------------------|---------|
|                                                 | จำนวน                  | อัตราการกรองของไต<br>(%) |      |                     |                        |                                  |         |
| 2. ปัจจัยทางห้องปฏิบัติการ                      |                        |                          |      |                     |                        |                                  |         |
| ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)     |                        |                          |      |                     |                        |                                  |         |
| ควบคุมได้                                       | 2,710                  | 36.3                     | 1    | 1                   |                        |                                  |         |
| ควบคุมไม่ได้                                    | 4,945                  | 42.8                     | 0.98 | 0.95                | 0.87–1.05              | 0.33                             |         |
| ระดับไขมันชนิดดีในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)    |                        |                          |      |                     |                        |                                  |         |
| ควบคุมได้                                       | 2,250                  | 39.4                     | 1    | 1                   |                        |                                  |         |
| ควบคุมไม่ได้                                    | 5,405                  | 39.9                     | 1.02 | 1.02                | 0.92–1.13              | 0.74                             |         |
| ระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) |                        |                          |      |                     |                        |                                  |         |
| ควบคุมได้                                       | 3,611                  | 36.3                     | 1    | 1                   |                        |                                  |         |
| ควบคุมไม่ได้                                    | 4,044                  | 42.8                     | 1.32 | 1.32                | 1.20–1.44              | <0.0001*                         |         |

\* ปัจจัยที่มีระดับนัยสำคัญ p-value<0.05

หลังจากได้ตัวแบบสุดท้าย (Final model) ผู้วิจัยจะทำการทดสอบความกลมกลืนของตัวแบบ โดยการพิจารณาจากภาวะสารูปดี (Goodness-of-fit test) ของไฮลเมอร์-แลมซอว์ (Hosmer-Lemeshow) และเส้นโค้งอาร์โอซี (Receiver Operator Characteristics Curve (ROC)) ซึ่งจากผลการทดสอบพบว่าค่า P-value > 0.05 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญ สรุปได้ว่าตัวแบบที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูล นอกจากนี้ยังพบภาพรวมตัวแบบให้ค่าที่ถูกต้องร้อยละ 60.2 และจากพื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี พบความกลมกลืนร้อยละ 55.2

## อภิปรายผล

1. การสูบบุหรี่ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต เนื่องจากในบุหรี่มีสารพิษต่าง ๆ ซึ่งสารเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย โดยคนที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตเป็น 1.25 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ (AOR = 1.25; 95% CI : 1.09 – 1.44)

ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการสูบบุหรี่และการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า คนที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตระยะสุดท้าย เป็น 1.34 เท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่ (AOR = 1.34; 95% CI : 1.23 – 1.47) นอกจากนี้ยังพบว่า คนที่มีประวัติเคยสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตระยะสุดท้าย เป็น 1.27 เท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่ (AOR = 1.27; 95% CI : 1.19 – 1.35)<sup>(12)</sup> ขณะที่การศึกษาเรื่องการสูบบุหรี่และการเกิดโรคไตเรื้อรังในชาวแอฟริกัน พบว่า คนที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต เป็น 1.83 เท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่ (AOR = 1.83; 95% CI : 1.31 – 2.56)<sup>(13)</sup> และการศึกษาเรื่องผลของการสูบบุหรี่ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ ชนิดที่ 2 พบว่า คนที่สูบบุหรี่มีค่าอัตราการกรองของไตในอยู่ระหว่าง 69 – 121 มิลลิลิตร/นาที ในขณะที่คนไม่สูบบุหรี่ มีค่าอัตราการกรองของไตในอยู่ระหว่าง 75 – 137 มิลลิลิตร/นาที (p-value<0.05)<sup>(14)</sup>

2. ระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือด (LDL) พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต เนื่องจากทำให้เกิดการสะสมบริเวณผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือถูกปิดกั้น เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังได้โดยคนที่ควบคุมระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือดไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต เป็น 1.32 เท่า ของคนที่ควบคุมระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือดได้ (AOR=1.32; 95%CI : 1.20-1.44)

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้คือ การศึกษาครั้งนี้จะใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ 43 แห่ง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งปัจจัยที่รวบรวมมาใช้ในการศึกษานี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม แต่ด้วยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในระยะเวลา 1 ปี คือ ปี พ.ศ. 2562 – พ.ศ. 2563 ทำให้ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ของบางปัจจัยต่อการเกิดการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตได้ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยเคยดื่มแอลกอฮอล์ เป็นประจำ แต่เลิกดื่มในช่วงปี พ.ศ. 2563 ทำให้ข้อมูลที่ได้จึงปรากฏว่า ผู้ป่วยไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสาเหตุเกิดจากข้อมูลที่ผู้วิจัยศึกษาในช่วงเวลาที่ศึกษาอยู่คนละช่วงเวลากับช่วงที่ผู้ป่วยมีการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ เป็นต้น<sup>(15)</sup> ในขณะที่ประเด็นต่อมาคือขนาดตัวอย่างที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ ถูกเลือกนำมาเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและมีค่าอัตราการกรองของไต มากกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร และไม่พบประวัติการถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตด้วยสาเหตุต่างๆ เมื่อนำมาใช้ในการศึกษา จึงอาจทำให้อำนาจทดสอบทางสถิติไม่เพียงพอในการบ่งชี้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น<sup>(16)</sup> นอกจากนี้ปัจจัยบางตัวที่นำมาศึกษาอาจจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากข้อมูลที่ได้ เช่น การมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน หรือการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เพราะเป็นปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อการเกิดการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตได้<sup>(17)</sup> ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการลดลงอย่าง

รวดเร็วของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การสูบบุหรี่ปัจจัยเสี่ยงและสามารถเชื่อมโยงไปสู่แนวโน้มการเกิดการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตได้ เนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคติน นิโคติน ทาร์ และก๊าซพิษต่างๆ ซึ่งสารเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เลือดมีความเข้มข้นสูง เลือดแข็งตัวเร็ว ไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) เพิ่มขึ้น ไขมันในเลือดชนิดดี (HDL) ลดลง นำไปสู่โรคไตวายในที่สุด ดังนั้นจึงมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมในการป้องกันการเกิดการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต เช่น การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ งดอาหารหวาน มัน เค็ม เน้นการออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใส รวมทั้งตรวจเช็คสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานอันจะนำไปสู่โรคไตเรื้อรังได้

## ข้อเสนอแนะ

1. ด้านวิจัย ควรมีการนำประเด็นปัจจัยโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น และออกแบบการวิจัยเป็นรูปแบบการศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) เพื่อให้ผลการวิจัยมีประสิทธิภาพผลและทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านคลินิก จากผลการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต มีแนวโน้มความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นจากการสูบบุหรี่ และระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือด ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้นจึงมีความสำคัญ เช่น การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ งดอาหารหวาน มัน เค็ม เน้นการออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใส รวมทั้งตรวจเช็คสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ที่สำคัญคือ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเบาหวานนำไปสู่โรคไตเรื้อรัง ซึ่งความรุนแรงล้วนส่งผล

ต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วยเอง โดยเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ การชะลอความเสื่อมของไต และผู้ป่วยก็ต้องรับรู้ ว่า พฤติกรรมใดที่ส่งผลต่อการก้าวหน้าของโรค เพื่อที่จะได้มีวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และชะลอการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

## เอกสารอ้างอิง

1. Xie Y, Bowe B, Mokdad AH, Xian H, Yan Y, Li T, Maddukuri G, et.al. Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. *Kidney International* 2018; 94(3): 567–81.
2. ikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et.al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2020; 395(10225): 709–33.
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย. รายงานงานการข้อมูลการบำบัดทดแทนไตโดยคณะอนุกรรมการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไต (TRT) ประจำปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/>
4. สำนักโรคไตวิทยา. ข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.boe.moph.go.th>
5. Bjornstad P, Nehus E, El Ghormli, L, Bacha F, Libman IM, McKay S, et al. Insulin sensitivity and diabetic kidney disease in children and adolescents with type 2 diabetes: An observational analysis of data from the today clinical trial. *American Journal of Kidney Diseases* 2018; 71(1): 65–74.
6. มณีรัตน์ จิรปภา. การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล* 2557; 20(2): 5–16.
7. โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์. ปัจจัยเสี่ยงของการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.brkidney.org>
8. Menon V, Katz R, Mukamal K, Kestenbaum B, De Boer IH, Siscovick DS, et.al. Alcohol consumption and kidney function decline in the elderly. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2020; 25(10): 3301–07.
9. Liang S, Cai GY, Chen XM. Clinical and pathological factors associated with progression of diabetic nephropathy. *Nephrology* 2017; 22: 14–9.
10. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางการรายงานผลการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nephrothai.org>
11. Evaluation D. Correction: National kidney foundation practice guidelines for chronic kidney disease. *Annals of Internal Medicine* 2003; 139(7): 605.
12. Laecke SV, Biesen WV. Smoking and chronic kidney disease: Seeing the signs through the smoke?. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2017; 32(3): 403–5.
13. Hall ME, Wang W, Okhomina V, Agarwal M, Hall JE, Dreisbach AW, et al. Cigarette smoking and chronic kidney disease in African Americans in the Jackson heart study. *Journal of the American Heart Association* 2016; 5(6): 1–6.

14. Orth SR, Schroeder T, Ritz E, Ferrari P. Effects of smoking on renal function in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2005; 20(11): 2414-9.
15. Willey JZ, Moon YP, Kulick ER, Cheung YK, Wright CB, Sacco RL, et al. Physical inactivity predicts slow gait speed in an elderly multi-ethnic cohort study: The Northern Manhattan study. *Neuroepidemiology* 2017; 49: 24-30.
16. Wang X, Ji X. Sample size estimation in clinical research: From randomized controlled trials to observational studies. *Chest* 2020 158(1): S12-S20.
17. Zoppini G, Targher G, Chonchol M, Ortalda V, Negri C, Stoico V, et al. Predictors of estimated GFR decline in patients with type 2 diabetes and preserved kidney function. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2012; 7(3): 401-8.
18. อภิรดี แซ่ลิ้ม.การจัดการข้อมูล กราฟ และการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมR. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ไอคิว มีเดีย; 2564.

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุ จากรถจักรยานยนต์ ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารักษาที่ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2553-2562

Factors Associated with Death from Motorcycle Accidents in  
Children and young Adults aged less than 20 years in Khon Kaen hospital,  
Khon Kaen Province, 2010-2019

มงคล อัสวภูมิ ส.ม. (วิทยาการระบาด)\*

ธวัชชัย อัมพุล วว. อนุสาขาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ\*\*

เลิศชัย เจริญธัญญ์รัช นว.ด. (วิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม)\*\*\*

\*นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*โรงพยาบาลขอนแก่น

\*\*\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Mongkhon Atsawaphoom M.P.H. (Epidemiology)\*

Tawatthai Impool Diploma. Thai Subspecialty Board of Trauma Surgery\*\*

Lertchai Chareerntanyarak Dr.rer.nat. (Environmental Health Science)\*\*\*

\*Master of Public Health program student,

Department of Epidemiology and Biostatistics,

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

\*\*Khon Kaen Hospital

\*\*\*Faculty of Public Health, Khon Kaen University,

Received : August 30, 2021

Revised : February 14, 2022

Accept : March 10, 2022

## บทคัดย่อ

เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังแบบ Case-control study วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างปี 2553-2562 คำนวณกลุ่มตัวอย่างศึกษาได้ 342 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มเสียชีวิต 171 คนและกลุ่มไม่เสียชีวิต 171 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บในระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลขอนแก่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอผล ค่า Adjusted Odds Ratio ( $OR_{adj}$ ) ช่วงเชื่อมั่น 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านบุคคลคือ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและปานกลาง ( $OR_{adj} = 61.76$ , 95% CI = 26.31 - 144.97) ปัจจัยด้านยานพาหนะ คือ การชนของรถจักรยานยนต์ถูกชนหรือชนกับรถเก๋ง ปิกอัพ หรือสามล้อ ( $OR_{adj} = 3.39$ , 95% CI = 1.46 - 7.85) ส่วนปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น ควรมุ่งเน้นการรณรงค์ป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะ กระตุ้นเด็กและเยาวชนสวมหมวกนิรภัยมาตรฐานรัดสายรัดคาง ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ และวินัยความปลอดภัยเคร่งครัดตามกฎหมายจราจร หรือการดูแลระบบความปลอดภัยของยานพาหนะ ลดโอกาสการถูกชนหรือชนกับยานพาหนะประเภทต่างๆ จะสามารถช่วยลดการบาดเจ็บรุนแรง พิการ หรือเสียชีวิตของอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนได้

คำสำคัญ: เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี อุบัติเหตุ รถจักรยานยนต์

## Abstract

Death from Motorcycle Accidents in Children and young adults aged less than 20 years has become a major problem of Thailand in over the past decade. This case-control study aimed to study factors associated with death from motorcycle accidents in children and young adults aged less than 20 years of age in Khon Kaen hospital, Khon Kaen province, 2010-2019. A total of 342 cases was divided into 171 samples of death and 171 samples of survivors. Data collection was obtained from injury surveillance records in the Khon Kaen hospital database. Data were analyzed using the descriptive and inferential statistics with multiple logistic regression and value presented as an adjusted odds ratio ( $OR_{adj}$ ), 95%CI and the statistical significance level of 0.05.

The results indicated the following listed factors are associated with death from motorcycle accidents in children and young adults aged less than 20 years in Khon Kaen hospital, Khon Kaen province, 2010 - 2019, severity of head injury, as severe and moderate head injury ( $OR_{adj} = 61.76$ , 95% CI = 26.31 - 144.97). The vehicle type factor, that is the collision of motorcycle only, or crashed with sedan car, small pickup trucks or tricycle ( $OR_{adj} = 3.39$ , 95% CI = 1.46 - 7.85). The segment of the road and environment factors were not statistically significance ( $p$ -value >0.05). Therefore, it is important to encourage or motivate children and young adults to wear a standard helmet with fastened chin strap to reduce severity of head injury, in conjunction with strict safety discipline according to traffic rules or careful for vehicle safety for reduce the chance of fatal injury when crashed or crashed with various vehicle types. Enforcement of these simple policies will reduce severity of injury, disability or death from motorcycle accidents in children and young adults.

**Keywords:** Children and Young adults aged less than 20 years, Accidents, Motorcycle

## บทนำ

องค์การอนามัยโลก รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2561 (Global status report on road safety 2018) ล่าสุด ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มสูงขึ้นจากประมาณ 1.25 ล้านคน เป็น 1.35 ล้านคนต่อปี หรือเท่ากับวันละ 3,700 ราย หรือเสียชีวิตอัตรา 18.2 ต่อแสนประชากร บาดเจ็บมากกว่า 20 - 50 ล้านคน พิจารณานานมาก มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ทั้งนี้การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุอันดับ 1 ทำให้กลุ่มเด็กอายุ 5 - 14 ปี และเยาวชนอายุ 15 - 29 ปี ทั่วโลกเสียชีวิต<sup>(1)</sup>

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2561 ติดอันดับ 1 ในจำนวน 10 ประเทศ ที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดในโลก หรือสูงเป็นอันดับที่ 9 ของโลก และยังคงมีอัตราการเสียชีวิต

สูงสุดของเอเชีย กลุ่มประเทศ SEARO และกลุ่มประเทศอาเซียน โดยเฉพาะสัดส่วนการเสียชีวิตจากเหตุที่เกิดกับรถจักรยานยนต์ของประเทศไทยสูงเป็นอันดับที่ 3 ของโลก ประเมินการเสียชีวิตของไทยล่าสุด อัตรา 32.7 ต่อแสนประชากร หรือเสียชีวิตจำนวน 22,491 ราย หรือในแต่ละวันมีผู้เสียชีวิตจำนวน 60 ราย บาดเจ็บรุนแรงจำนวน 500 ราย บาดเจ็บไม่รุนแรงจำนวน 2,500 ราย และกลายเป็นผู้พิการจำนวน 20 ราย ประมาณ 3 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทยอายุ 10 - 29 ปี สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่า 5 แสนล้านบาทต่อปีหรือร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ<sup>(2)</sup>

อุบัติเหตุทางถนน ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย และเป็น 1 ใน 3 อันดับแรกของปัญหา

สาธารณสุขมาโดยตลอด จากการบูรณาการข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน ของศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2562 มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจำนวน 21,996 21,603 21,221 20,790 19,960 21,745 21,607 19,931 และ 19,904 รายต่อปี ตามลำดับ หรือการเสียชีวิตคิดเป็นอัตรา 34.27, 33.61, 32.84, 32.01, 30.69, 33.45, 33.14, 30.47 และ 30.36 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ<sup>(3)</sup> ทั้งนี้พบว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด ในช่วงระหว่างปี 2557 - 2561 มีการเสียชีวิตที่สูงมากจำนวน 3,535 3,205 3,717 3,721 และ 3,297 ราย หรือเฉลี่ยปีละจำนวน 3,495 ราย ในปี 2561 เสียชีวิตจากการใช้รถจักรยานยนต์ 2,295 ราย คิดเป็นร้อยละ 73 และจากข้อมูลของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (43 แห่ง) ปี 2558 - 2562 (9 เดือน) เป็นกลุ่มที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด 1,841,639 ราย เฉลี่ยปีละเกือบ 380,000 ราย จากการใช้รถจักรยานยนต์ 1,433,243 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.82<sup>(4)</sup>

เขตสุขภาพที่ 7 ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่าการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปี พ.ศ. 2554 - 2562 จำนวน 1,453 1,440 1,449 1,422 1,344 1,417 1,464 1,269 และ 1,340 รายต่อปี ตามลำดับ รวม 9 ปี เสียชีวิตจำนวน 12,598 ราย หรือการเสียชีวิตคิดเป็นอัตรา 29.08, 28.78, 28.85, 28.23, 26.63, 28.05, 28.96, 25.10 และ 26.52 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้เสียชีวิตจาก รถจักรยานยนต์จำนวน 354, 340, 413, 316, 326, 310, 720, 710 และ 718 รายต่อปี ตามลำดับ รวม 9 ปี เสียชีวิตจำนวน 4,207 ราย ดังนั้นในระยะเวลา 9 ปี มีผู้เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ร้อยละ 33.39 กลุ่มอายุ 0 - 19 ปี เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์จำนวน 98, 79, 81, 53, 62, 71, 180, 163 และ 159 ราย ตามลำดับ รวม 9 ปี เสียชีวิตจำนวน 946 รายหรือเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 22.49 ซึ่งกลุ่มอายุระหว่าง 15 - 19 ปีเสียชีวิตสูงสุด<sup>(5)</sup>

จังหวัดขอนแก่น มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปี พ.ศ. 2554 - 2562 จำนวน 627, 611, 647, 565, 577, 558, 529, 449 และ 499 รายต่อปี ตามลำดับ รวม 9 ปี เสียชีวิตจำนวน 5,062 ราย หรือมีอัตราการเสียชีวิต 35.49, 34.51, 36.38, 31.64, 32.19, 31.05, 29.37, 24.90 และ 27.70 ต่อแสนประชากร โดยเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์จำนวน 170, 147, 184, 107, 99, 96, 227, 259 และ 247 รายต่อปี ตามลำดับ รวม 9 ปี เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์จำนวน 1,536 ราย ดังนั้นในระยะเวลา 9 ปี มีผู้เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ร้อยละ 30.34 กลุ่มอายุ 0 - 19 ปี เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์จำนวน 47, 41, 36, 15, 21, 29, 61, 59 และ 50 ราย รวม 9 ปี เสียชีวิตจำนวน 359 ราย หรือเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ร้อยละ 23.37 ซึ่งกลุ่มอายุระหว่าง 15 - 19 ปีเสียชีวิตสูงสุด<sup>(6)</sup>

โรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนด้วยรถจักรยานยนต์ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2562 จำนวน 8,603 8,272 8,352 7,648 7,781 7,588 7,719 8,119 7,851 และ 8,075 รายต่อปี ตามลำดับ รวม 10 ปี บาดเจ็บจำนวน 80,008 ราย ในจำนวนผู้บาดเจ็บนี้มีผู้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3,766 3,339 3,265 3,040 3,154 3,290 3,612 3,906 3,985 และ 4,362 รายต่อปี ตามลำดับ รวม 10 ปี มีผู้บาดเจ็บต้องนอนรักษาจำนวน 35,719 ราย และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์จำนวน 241, 216, 202, 218, 178, 110, 165, 145, 152 และ 154 รายต่อปี ตามลำดับ รวม 10 ปี เสียชีวิตจำนวน 1,781 ราย ซึ่งกลุ่มอายุ 0-19 ปี เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์จำนวน 58, 53, 48, 44, 35, 20, 32, 39, 25 และ 24 ราย รวม 10 ปี เสียชีวิตจำนวน 378 ราย หรือเสียชีวิตร้อยละ 21.22<sup>(7)</sup>

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ของอุบัติเหตุทางถนนยังอยู่ในภาวะวิกฤต ทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากเกินกว่าที่จะยอมรับได้ โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด กรมควบคุมโรคจึงยกระดับปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของเด็กและเยาวชนไทย

เป็นวาระเร่งด่วน<sup>(8)</sup> เด็กและเยาวชนไม่ควรเสียชีวิตขณะ ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำเป็นต้องปกป้องสิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยในการเดินทางในชีวิตประจำวัน ซึ่งการ แก้ไขปัญหาอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องค้นหาคำตอบในด้าน วิชาการ และการบริหารจัดการข้อมูล และองค์ความรู้ให้ นำไปสู่การใช้งาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างแท้จริง แต่การรายงานข้อมูลส่วนใหญ่ยังเป็นภาพรวม และ วิเคราะห์ร่วมกับอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด ซึ่งทำให้การ วิเคราะห์ปัญหายังไม่สามารถแจกแจง ค้นหาปัจจัยสาเหตุ ให้เห็นภาพของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์<sup>(9)</sup> ของเด็กและ เยาวชนในระดับพื้นที่ได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบ อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำ กว่า 20 ปี ที่มารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัด ขอนแก่น ปี 2553 - 2562 เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนงาน ป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขี่รถ จักรยานยนต์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต จากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็ก และเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารักษาที่โรงพยาบาล ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2553 - 2562

## สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยด้านบุคคล ยานพาหนะ ถนนและสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุ จักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2553 - 2562

## ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อน หลังแบบ Case-control study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถ

จักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มา รักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ทำการ ศึกษาระหว่าง วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2562

## วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังแบบ Case-control study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารักษาที่ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบคัดลอกข้อมูล จากฐานข้อมูลแบบบันทึก ข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บที่ได้มีการบันทึกไว้และใน ระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

### 1. วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการยื่นโครงร่างวิจัย และเอกสารที่ เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ดำเนินการขอความอนุเคราะห์ออกหนังสือขอใช้ข้อมูลใน การทำวิทยานิพนธ์และขออนุญาตเข้าศึกษาในพื้นที่ จาก คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น และประสานถึง ผู้อำนวยการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด เพื่อขอความ ร่วมมือในการศึกษาวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลจาก หน่วยที่ทำการรักษา โดยนักวิชาการคอมพิวเตอร์ งาน เฝ้าระวังการบาดเจ็บ เป็นผู้ช่วยวิจัยเพื่อถอดรหัสข้อมูลที่ จะเก็บรวบรวมในระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ตาม แบบคัดลอกข้อมูล จนครบตามจำนวนที่กำหนด

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กและ เยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ประสบอุบัติเหตุจากรถ จักรยานยนต์ที่มารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัด ขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึง วันที่

31 ธันวาคม พ.ศ.2562 จำนวน 24,987 คน แบ่งเป็นกลุ่มเสียชีวิตที่สนใจศึกษา (Case) จำนวน 378 คน และกลุ่มไม่เสียชีวิตหรือกลุ่มควบคุม (Control) จำนวน 24,609 คน

การคัดเลือกกลุ่มเสียชีวิตที่สนใจศึกษา เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เด็กและเยาวชนที่ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ที่มารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้เป็นกลุ่มเสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2562

2. อายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3. มีข้อมูลการรักษาอยู่ในแบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เด็กและเยาวชนที่ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์อายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ และไม่ได้นำเสนอชั้นสูตรที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

2. เด็กและเยาวชนที่ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์อายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เสียชีวิตเป็นชาวต่างชาติ หรือผู้ที่ไม่มีภูมิลำเนาและสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

3. ข้อมูลเด็กและเยาวชนที่ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์อายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เสียชีวิต มีการบันทึกไว้ไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การคัดเลือกกลุ่มไม่เสียชีวิตหรือกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เด็กและเยาวชนที่ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ที่มารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้เป็นกลุ่มไม่เสียชีวิต ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562

2. อายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3. มีข้อมูลการรักษาอยู่ในแบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เด็กและเยาวชนที่ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์อายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่เสียชีวิตเป็นชาวต่างชาติ หรือผู้ที่ไม่มีภูมิลำเนาและสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

2. ข้อมูลเด็กและเยาวชนที่ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์อายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่เสียชีวิต มีการบันทึกไว้ไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณขนาดตัวอย่างพิจารณาจากรูปแบบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังแบบ Case-control study และวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ดังนั้นจึงใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของสูตรคำนวณของ Multiple logistic Regression ของ Hsieh, Block and Larsen (1998)<sup>(10)</sup> ดังนี้

$$n_1 = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \left[ \frac{P(1-P)}{B} \right]^{1/2} + Z_{1-\beta} \left[ P_1(1-P_1) + \frac{P_2(1-P_2)(1-B)}{B} \right]^{1/2} \right\}^2}{\{P_1 - P_2\}^2 [1-B]}$$

เมื่อ  $n_1$  คือ จำนวนตัวอย่างทั้งหมดในการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

$Z_{1-\alpha/2}$  คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.05 และเป็นการทดสอบแบบสองทาง มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$  คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ( $\beta=0.20$ ) ซึ่งเท่ากับ 0.84

P คือ ค่าสัดส่วนของตัวแปร คำนวณจาก  $(1-B)P_1 + BP_2$  มีค่าเท่ากับ 0.34

$P_1$  คือ ค่าสัดส่วนของการเสียชีวิตที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์จากอุบัติเหตุจราจรมีค่าเท่ากับ 0.29<sup>(11)</sup>

$P_2$  คือ ค่าสัดส่วนของการเสียชีวิตที่ดื่มแอลกอฮอล์จากอุบัติเหตุจราจร มีค่าเท่ากับ 0.72<sup>(11)</sup>

B คือ ค่าสัดส่วนของการดื่มแอลกอฮอล์จากอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มที่ศึกษา มีค่าเท่ากับ 0.12<sup>(11)</sup>

แทนค่าหาค่า P โดยแทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} P &= (1-B)P_1 + BP_2 \\ &= (1-0.12) 0.29 + 0.12 (0.72) \\ &= 0.34 \end{aligned}$$

จากนั้นแทนค่าในสูตร Multiple logistic Regression เพื่อหาค่า  $n_1$

$$n_1 = \frac{\left\{ 1.96 \left[ \frac{0.34(1-0.34)}{0.12} \right]^{1/2} + 0.84 \left[ 0.29(1-0.29) + \frac{[0.72(1-0.72)(1-0.12)]}{0.12} \right]^{1/2} \right\}^2}{\{[0.29-0.72]^2[1-0.12]\}}$$

$$n_1 = \frac{(2.680+1.090)^2}{0.163}$$

$$n_1 = 87.196$$

จากนั้นปรับค่าขนาดตัวอย่างขั้นสุดท้ายด้วยสูตร

Sample size of multiple logistic regression ของ Hsieh<sup>(10)</sup> ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1-p_{1,2,3,\dots,p}^2}$$

$n_p$  คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ปรับด้วยค่า  $p$

$n_1$  คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต้นที่คำนวณได้จาก

สูตรแรก

$p$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ ด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9

$p_{1,2,3,\dots,p}^2$  คือ ค่ากำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจและตัวแปรอิสระอื่นๆ ในตัวแบบ

เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ดังนี้

$$n_p = \frac{87.196}{1-p_{1,2,3,\dots,p}^2}$$

จากการแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ ด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9 เพื่อปรับขนาดตัวอย่าง ซึ่งคำนึงถึงความเหมาะสมเพียงพอในการใช้หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก ตัวแปรที่นำมาใช้พยากรณ์มีความสัมพันธ์ไม่สูงเกินไป

(Multicollinearity) และมีความเป็นไปได้ในการทำ การวิจัยให้สำเร็จ จึงเลือกใช้ค่า  $p$  ที่ 0.7 ดังนั้นขนาด ตัวอย่างของการศึกษาเท่ากับ 170.97 คน หรือเท่ากับ 171 คน ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรที่ใช้ในการศึกษา โดยกำหนดให้อัตราส่วนกลุ่มเสียชีวิตต่อกลุ่มไม่เสียชีวิต เป็น 1:1 ฉะนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเสียชีวิต จำนวน 171 คนและกลุ่มไม่เสียชีวิตจำนวน 171 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 342 คน โดยการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบ Proportional to size โดยสุ่มจำนวนตัวอย่างมาปีละ ร้อยละ 10 ของจำนวนผู้เสียชีวิตและจำนวนผู้ไม่เสียชีวิต ตั้งแต่ปี 2553-2562

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สร้างแบบคัดลอกข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาและสอดคล้องกับกรอบแนวคิด ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัย ด้านบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะของผู้บาดเจ็บได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และที่อยู่ปัจจุบัน สถานะของผู้บาดเจ็บ พฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ การ ใช้ยาขณะขับขี่ การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ และการ โทรศัพท์ขณะขับขี่ การนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล ช่วงเวลาการนำส่งโรงพยาบาล ลักษณะการบาดเจ็บ และความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้าน ยานพาหนะ ประกอบด้วย ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ และการชนของรถจักรยานยนต์ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านถนนและ สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ถนนที่เกิดเหตุ วันที่เกิดเหตุ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ สภาพแสงสว่าง เดือนที่เกิดเหตุ และ สถานที่เกิดเหตุและส่วนที่ 4 การเสียชีวิตจากการประสบ อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ประกอบด้วย กลุ่มเสียชีวิต และกลุ่มไม่เสียชีวิต ซึ่งมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางด้านวิทยา การระบาด ชีวสถิติ และสาธารณสุขศาสตร์โดยความตรง เชิงเนื้อหาของแบบคัดลอกข้อมูลมีความเหมาะสมก่อน ทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม STATA Version 11.0 ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) และนำเสนอผลค่า Crude Odds Ratio (OR), ค่า Adjusted Odds Ratio ( $OR_{adj}$ ), ค่า 95%CI, ค่า p-value และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่โครงการวิจัย: HE642123 รับรอง ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ.2564 และผ่านการรับรองกระบวนการวิจัยของโรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย: KEMOU64014 รับรอง ณ วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ.2564 เรียบร้อยแล้ว จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ผลการวิจัย

#### 1. ปัจจัยด้านบุคคล

1.1 การประสพอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีที่มารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2553-2562 พบว่า กลุ่มเสียชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80.12 และ ร้อยละ 70.18 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 73.10 และร้อยละ 63.16 ตามลำดับ โดยกลุ่มเสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย 15.51 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.43 ปี) อายุต่ำที่สุด 1 ปี อายุสูงที่สุด 19 ปี ส่วนกลุ่มไม่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย 14.81 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.03 ปี) อายุต่ำที่สุด 1 ปี อายุสูงที่สุด 19 ปี

1.2 กลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 79.22 ส่วนกลุ่มผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 1-14 ปี ร้อยละ 64.37 โดยกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มีอายุเฉลี่ย 16.30 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.18 ปี) อายุต่ำที่สุด 8 ปี อายุสูงที่สุด 19 ปี ส่วนกลุ่มผู้โดยสารรถจักรยานยนต์มีอายุเฉลี่ย 11.84 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.18 ปี) อายุต่ำที่สุด 1 ปี อายุสูงที่สุด 19 ปี ทั้งนี้กลุ่มเสียชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอาชีพนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 79.53 และร้อยละ 78.95 ตามลำดับ และพฤติกรรมเสี่ยงพบว่า กลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ร้อยละ 14.90 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ร้อยละ 85.10 ซึ่งตรงกันข้ามกับกลุ่มผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ ร้อยละ 8.05 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ร้อยละ 91.95 โดยกลุ่มเสียชีวิตดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ร้อยละ 15.20 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ร้อยละ 84.80 ซึ่งตรงกันข้ามกับกลุ่มไม่เสียชีวิตที่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ร้อยละ 11.11 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ร้อยละ 88.89 ส่วนการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่พบว่า กลุ่มเสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ร้อยละ 99.42 ส่วนน้อยสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่เพียงร้อยละ 0.58 ส่วนกลุ่มไม่เสียชีวิตสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ร้อยละ 16.37 และไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ร้อยละ 83.63

1.3 ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่ากลุ่มเสียชีวิตส่วนใหญ่ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร้อยละ 83.04 รองลงมา การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยร้อยละ 14.62 และส่วนน้อยการบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางร้อยละ 2.34 ส่วนกลุ่มไม่เสียชีวิตส่วนใหญ่การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยร้อยละ 90.06 รองลงมาการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร้อยละ 7.60 และส่วนน้อยการบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางร้อยละ 2.34

#### 2. ปัจจัยด้านยานพาหนะ

2.1 การชนของรถจักรยานยนต์ พบว่า กลุ่มเสียชีวิตส่วนใหญ่การชนของรถจักรยานยนต์มักพบถูกชนหรือชนกับรถเก๋ง ปิกอัพหรือสามล้อร้อยละ 40.35

รองลงมา ชนกับคนเดินเท้า เสาไฟฟ้า ต้นไม้ หรือสัตว์เลี้ยงสัตว์ของ สิ่งก่อสร้าง หรือพื้นถนนร้อยละ 34.50 ถูกชนหรือชนกับจักรยานยนต์ร้อยละ 12.87 ถูกชนหรือชนกับรถบรรทุกร้อยละ 11.70 และส่วนน้อยพบถูกชนหรือชนกับจักรยานร้อยละ 0.58 ส่วนกลุ่มไม่เสียชีวิตส่วนใหญ่มักพบชนกับคนเดินเท้า เสาไฟฟ้า ต้นไม้ หรือสัตว์เลี้ยงสัตว์ของ สิ่งก่อสร้าง หรือพื้นถนนร้อยละ 52.05 รองลงมา ถูกชนหรือชนกับรถเก๋ง ปิกอัพหรือสามล้อร้อยละ 25.73 ถูกชนหรือชนกับจักรยานยนต์ร้อยละ 15.79 ถูกชนหรือชนกับรถบรรทุกร้อยละ 5.26 และส่วนน้อยพบถูกชนหรือชนกับจักรยานร้อยละ 1.17

### 3. ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม

3.1 ถนนที่เกิดเหตุ พบว่า กลุ่มเสียชีวิตส่วนใหญ่ถนนที่เกิดเหตุมักพบบนถนนสายรองร้อยละ 51.46 และพบเกิดเหตุบนถนนสายหลักหรือทางหลวงร้อยละ 48.54 ส่วนกลุ่มไม่เสียชีวิตมักพบเกิดเหตุบนถนนสายหลักหรือทางหลวงร้อยละ 66.08 และพบเกิดเหตุบนถนนสายรองร้อยละ 33.92 ส่วนถนนที่เกิดเหตุ ตรอก ซอก ซอยหรือถนนเล็กๆ ไม่พบเกิดเหตุทั้งกลุ่มเสียชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิต

3.2 วันที่เกิดเหตุ พบว่า กลุ่มเสียชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิต ส่วนใหญ่วันที่เกิดเหตุมักพบในวันราชการร้อยละ 54.97 และร้อยละ 64.33 ตามลำดับ และส่วนน้อยพบเกิดเหตุในวันหยุดราชการร้อยละ 45.03 และร้อยละ 35.67 ตามลำดับ

3.3 ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ พบว่า กลุ่มเสียชีวิตส่วนใหญ่ช่วงเวลาที่เกิดเหตุมักพบช่วงเวลา 16.00-19.59 น. ร้อยละ 33.92 รองลงมาช่วงเวลา 20.00-23.59 น. ร้อยละ 23.98 ช่วงเวลา 00.00-03.59 น. ร้อยละ 15.20 ช่วงเวลา 08.00-11.59 น. ถึง 12.00-15.59 น. ร้อยละ 10.53 และส่วนน้อยพบเกิดเหตุช่วงเวลา 04.00-07.59 น. ร้อยละ 5.85 ส่วนกลุ่มไม่เสียชีวิตส่วนใหญ่มักพบช่วงเวลา 16.00-19.59 น. ร้อยละ 29.24 รองลงมาช่วงเวลา 12.00-15.59 น. ร้อยละ 19.88 ช่วงเวลา 20.00-23.59 น. ร้อยละ 19.30 ช่วงเวลา 08.00-11.59 น. ร้อยละ 16.96 ช่วงเวลา 00.00-03.59 น. ร้อยละ 7.60 และส่วนน้อยพบเกิดเหตุ

ช่วงเวลา 04.00-07.59 น. ร้อยละ 7.02

3.4 สภาพแสงสว่าง พบว่า กลุ่มเสียชีวิตส่วนใหญ่สภาพแสงสว่างมักพบเกิดเหตุกลางคืนหรือมืดค่ำร้อยละ 61.40 และพบเกิดเหตุกลางวันร้อยละ 38.60 ส่วนกลุ่มไม่เสียชีวิตส่วนใหญ่มักพบเกิดเหตุกลางวันร้อยละ 56.14 และพบเกิดเหตุกลางคืนหรือมืดค่ำร้อยละ 43.86

### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี

4.1 ปัจจัยด้านบุคคลพบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและปานกลาง มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.001$ ) โดยเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เป็น 61.76 เท่าของการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว ( $OR_{adj}=61.76$ , 95% CI =26.31-144.97) ดังแสดงในตารางที่ 1

4.2 ปัจจัยด้านยานพาหนะ พบว่า การชนของรถจักรยานยนต์ถูกชนหรือชนกับรถเก๋ง ปิกอัพ หรือสามล้อ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.004$ ) โดยเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ถูกชนหรือชนกับรถเก๋ง ปิกอัพ หรือสามล้อ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เป็น 3.39 เท่าของการชนกับคนเดินเท้า เสาไฟฟ้า ต้นไม้ หรือสัตว์เลี้ยง สัตว์เลี้ยงของ สิ่งก่อสร้าง หรือพื้นถนน เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว ( $OR_{adj}=3.39$ , 95% CI =1.46-7.85) ดังแสดงในตารางที่ 1

4.3 ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสูติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2553-2562

| ปัจจัย                                                                                  | กลุ่มเสียชีวิต<br>(Case)<br>n=171 | กลุ่มไม่เสียชีวิต<br>(Control)<br>n=171 | OR <sub>crude</sub> | OR <sub>adj</sub> | 95% CI of OR <sub>adj</sub> | P-value |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------------|---------|
| <b>ลักษณะของผู้บาดเจ็บ</b>                                                              |                                   |                                         |                     |                   |                             |         |
| <b>1. เพศ</b>                                                                           |                                   |                                         |                     |                   |                             |         |
| ชาย                                                                                     | 137(80.12)                        | 120(70.18)                              | 1.71                | 0.95              | 0.38-2.37                   | 0.920   |
| หญิง                                                                                    | 34(19.88)                         | 51(29.82)                               | 1                   |                   |                             |         |
| <b>2. อายุ</b>                                                                          |                                   |                                         |                     |                   |                             |         |
| 15-19 ปี                                                                                | 125(73.10)                        | 108(63.16)                              | 1.59                | 1.07              | 0.96-1.20                   | 0.226   |
| 1-14 ปี                                                                                 | 46(26.90)                         | 63(36.84)                               | 1                   |                   |                             |         |
| <b>พฤติกรรมเสี่ยง</b>                                                                   |                                   |                                         |                     |                   |                             |         |
| <b>3. การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่</b>                                                     |                                   |                                         |                     |                   |                             |         |
| ไม่สวมหมวกนิรภัย                                                                        | 170(99.42)                        | 143(83.63)                              | 33.29               | 8.67              | 0.81-92.73                  | 0.074   |
| สวมหมวกนิรภัย                                                                           | 1(0.58)                           | 28(16.37)                               | 1                   |                   |                             |         |
| <b>4. ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ</b>                                               |                                   |                                         |                     |                   |                             |         |
| การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและปานกลาง                                                      | 146(85.38)                        | 17(9.94)                                | 52.90               | 61.76             | 26.31- 144.97               | 0.001*  |
| การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย                                                              | 25(14.62)                         | 154(90.06)                              | 1                   |                   |                             |         |
| <b>5. การชนของรถจักรยานยนต์</b>                                                         |                                   |                                         |                     |                   |                             |         |
| ถูกชนหรือชนกับรถเก๋ง ปิกอัพ หรือสามล้อ                                                  | 69(40.35)                         | 44(25.73)                               | 2.37                | 3.39              | 1.46-7.85                   | 0.004*  |
| ชนกับคนเดินเท้า เสาไฟฟ้า ต้นไม้ หรือสัตว์ เลี้ยง วัตถุ สิ่งของ สิ่งก่อสร้าง หรือพื้นถนน | 59(34.50)                         | 89(52.05)                               | 1                   |                   |                             |         |

\*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## วิจารณ์

ปัจจัยด้านบุคคล จากผลการวิจัยนี้ เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เป็น 61.76 เท่าของการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย โดยพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิตได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและปานกลางร้อยละ 85.38 และร้อยละ 9.94 ตามลำดับนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ภา เตชะกมลสุข และคณะ<sup>(12)</sup> ที่พบว่า การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในผู้ใช้รถจักรยานยนต์พบผู้บาดเจ็บรุนแรงหรือเสียชีวิตมีการบาดเจ็บทางศีรษะ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริกุล กุลเลียบและคณะ<sup>(13)</sup> ที่พบว่า เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงและการเสียชีวิตเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์พบมีบาดแผลที่บริเวณศีรษะ และการบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสัมพันธ์กับผู้ที่เสียชีวิตที่ไม่สวมหมวกนิรภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Boniface et al.<sup>(14)</sup> ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน คือ บาดเจ็บรุนแรง ( $p < 0.001$ ) และบาดเจ็บหลายระบบ ( $p < 0.001$ ) อันเนื่องมาจากการเกิดอุบัติเหตุจนได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะอันตรายเพราะการกระทบกระเทือนทางสมอง กะโหลกศีรษะและระบบประสาทซึ่งเป็นสาเหตุทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ยังพบว่าเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี เสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่สูงถึงร้อยละ 99.42

ปัจจัยด้านยานพาหนะ จากผลการวิจัยนี้ เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีที่ขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ถูกชนหรือชนกับรถเก๋ง ปิกอัพ หรือสามล้อ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เป็น 3.39 เท่าของการชนกับคนเดินเท้า เสาไฟฟ้า ต้นไม้ หรือสัตว์เลี้ยง วัตถุสิ่งของ สิ่งก่อสร้างหรือพื้นถนน โดยพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิตเกิดการชนของรถจักรยานยนต์ถูกชนหรือชนกับรถเก๋ง ปิกอัพ หรือสามล้อร้อยละ 40.35 และร้อยละ 25.73 ตามลำดับนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติพร วิชัยวงษ์

และรุจิรา ดวงสงค์<sup>(15)</sup> ที่พบว่า การเกิดอุบัติเหตุแบบชนหรือถูกชนมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวิทย์ เศรษฐวิวัฒน์และรุจิรา ดวงสงค์<sup>(16)</sup> ที่พบว่า การขับชนกระบะ รถบรรทุก สามล้อมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บรุนแรงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา ละมัยเกศและคณะ<sup>(17)</sup> ที่พบว่า รถเก๋งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจิรวัฒน์ จิงศิริกุลวิทย์<sup>(18)</sup> กล่าวว่าอันเนื่องมาจากยานพาหนะถูกชนหรือชนกับยานพาหนะที่มีขนาดใหญ่ เคลื่อนที่ด้วยความเร็ว จะมีแรงพลังงานปะทะรุนแรงมากขึ้นที่จะก่อให้เกิดการบาดเจ็บเมื่อเกิดเหตุ แรงปะทะสามารถทำลายอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ของผู้บาดเจ็บได้

ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม จากผลการวิจัยนี้ พบว่าปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อมไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

## สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและปานกลาง ปัจจัยด้านยานพาหนะ ได้แก่ การชนของรถจักรยานยนต์ ถูกชนหรือชนกับรถเก๋ง ปิกอัพ หรือสามล้อ และปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ คือ

1. ควรมุ่งเน้นการรณรงค์ การวางแผนส่งเสริมกระตุ้นเด็กและเยาวชนผู้ใช้รถจักรยานยนต์ให้สวมหมวกนิรภัยรัดสายรัดคางที่ได้มาตรฐานพอที่ศีรษะจะต้านทานแรงกระทบกับยานพาหนะ พื้นถนน หรือวัตถุในบริเวณที่

เกิดเหตุหลังจากการชนหรือถูกชน เพราะหมวกนิรภัยเป็นอุปกรณ์ความปลอดภัยสำคัญในการช่วยลดความรุนแรงที่บริเวณศีรษะซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญหากสมองได้รับการกระทบกระเทือนจะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง พิการ หรือเสียชีวิตได้ ซึ่งเมื่อเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงมักพบว่าไม่สวมหมวกนิรภัย

2. สร้างวินัยการใช้รถที่ปลอดภัยเคร่งครัดตามกฎหมายจราจร ลดโอกาสการถูกชนหรือชนกับยานพาหนะประเภทต่างๆ ที่มีพาหะของพลังงานที่มีอันตรายสูง การดูแลระบบความปลอดภัยของยานพาหนะ และมีอุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บรุนแรงพร้อมใช้งานเสมอ รวมไปถึงการออกแบบถนนตามหลักวิศวกรรมจราจร อาทิ เลนขับขึ้นทางลาดทางข้ามที่พร้อมสำหรับรถจักรยานยนต์จะเอื้อให้ผู้ขับขี่จักรยานยนต์ปลอดภัย ลดโอกาสการถูกชนหรือชนกับยานพาหนะประเภทต่างๆ ทั้งนี้ก็ควรให้ความสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อมซึ่งอาจมีส่วนเอื้อหรือเสริมให้ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป คือ การศึกษาวิจัยนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลหาปัจจัยเสี่ยงย้อนหลังขนาดของความสัมพันธ์ของปัจจัยอาจค่อนข้างสูงเพื่อการประเมินผลความเสี่ยงของปัจจัยที่มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบการศึกษาไปข้างหน้าแบบ Cohort study จักดี และควรศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี จากผลข้อเสนอแนะของงานวิจัย เพื่อประเมินผลลัพธ์การลดการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงป้องกันการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชน

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018 [Internet]. 2018 [Cited 15 December 2020] Available from: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2018/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/)
2. องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย. การเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากการชนบนถนนในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.who.int/docs/default-source/thailand/roadsafety/overview-th-final-25-719.pdf?sfvrsn=c6dc3da5\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/thailand/roadsafety/overview-th-final-25-719.pdf?sfvrsn=c6dc3da5_2)
3. ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://dip.ddc.moph.go.th/new/บริการ/บริการด้านข้อมูล/#3base> กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค
4. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์และมาตรการความปลอดภัยทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13751&gid=1-015-005>
5. ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์เขตสุขภาพที่ 7 [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://dip.ddc.moph.go.th/new/บริการ/3base-status>
6. ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์จังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://dip.ddc.moph.go.th/new/บริการ/3base-status>

7. งานเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น. ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนด้วยรถจักรยานยนต์ ปี 2015-2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.kkh.go.th/trauma/23-years-anniversary-trauma-registry-1997-2019/>
8. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. หยุดเด็กและเยาวชนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนน [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.thaincd.com/document/file/download/leaflet/\(4\)\\_หยุดเด็กและเยาวชนไทยตายจากอุบัติเหตุ.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/download/leaflet/(4)_หยุดเด็กและเยาวชนไทยตายจากอุบัติเหตุ.pdf)
9. วัชรพงษ์ เรือนคำ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในประเทศไทย : มุมมองทางวิทยาการระบาด. วารสาร มฉก.วิชาการ 2562; 23: 146-60.
10. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine* 1998; 17(14): 1623-34.
11. ธิดา ธรรมรักษา, บุปผา ลาภทวี, อมรพล กันเลิศ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2559; 1: 13-25.
12. พิมพ์ภา เตชะกมลสุข, ณัฐปราง นิตยสุทธิ, กาญจณีย์ ด่านาคแก้ว. การศึกษาทางระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในผู้ใช้รถจักรยานยนต์และการทบทวนมาตรการเกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *Weekly Epidemiological Surveillance Report* 2559; 47: 385-93.
13. ศิริกุล กุลเลียบและคณะ. การศึกษาข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.roadsafetythai.org/uploads/userfiles/ACC\\_52016.pdf](http://www.roadsafetythai.org/uploads/userfiles/ACC_52016.pdf)
14. Boniface R, Museru L, Kiloloma O, Munthali V. Factors associated with road traffic injuries in Tanzania. *Pan African Medical Journal* 2016; 23: 46.
15. จูติพร วิชัยวงศ์, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561; 21: 12-21.
16. จิรวิทย์ เศรษฐีวานนท์, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับการรักษา ณ แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2560; 20: 85-97.
17. จริยา ละมัยเกศ, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, วัชรินทร์ โกมลมาลัย. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี 2561; 1: 66-78.
18. จิรวัฒน์ จิงศิริกุลวิทย์. กลไกการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bangkokhealth.com/health/article/กลไกการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร-200>.

# พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

## Health Promotion Behaviors Among Families with Uncontrolled type II Diabetes Patients

ไตรภพ ชัยการณาวี พย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)\* Traipop Khayankarnawee. M.N.S. (Family Nurse Practitioner)\*

พัชราภรณ์ เจนใจวิทย์ ปร.ด. (การพยาบาล)\*\* Patcharaporn Jenjaiwit. Ph.D. (Nursing)\*\*

\*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

\*Master of Nursing Science student Program

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

in Family Nurse Practitioner

\*\*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*Faculty of nursing, Khon Kaen University

Received : March 6, 2022

Revised : June 18, 2022

Accept : June 20, 2022

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้และครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ และเพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างทำสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสูงเหลื่อม อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 52 คนและ 52 ครอบครัว เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและครอบครัว และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เมอร์ด็อก และ พาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.282$  S.D.= 0.358) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ( $\bar{X} = 2.802$  S.D.= 0.334)

ครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระดับดี ( $\bar{X} = 3.153$  S.D = 0.401) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายของครอบครัว ( $\bar{X} = 2.909$  S.D. = 0.716)

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

### Abstract

Descriptive research to study health-promoting behaviors of people with uncontrolled diabetes and their families. This objective was to study the level of health-promoting behaviors of uncontrolled type 2 diabetes patients, and to study the level of health-promoting behaviors in families with uncontrolled type 2 diabetes.

The sample was Purposive Sampling from diabetic patients with uncontrollable sugar levels. 52 people and 52 families came to receive services in the diabetes clinic, Nong Ngu Luam Subdistrict Health Promoting Hospital, aged 35 years and over. Data were collected by using the health promotion behavior questionnaire of individuals and families. and a family health-promoting behaviors interview questionnaire created by the researchers based on the Pender Murdoch and Parsons health promotion concept (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015). Data were analyzed by descriptive statistics. (Mean) and standard deviation (S.D)

The results showed that diabetic patients had overall health promoting behaviors at a very good level ( $\bar{X} = 3.282$  S.D. = 0.358). It was found that the health promoting behaviors at the lowest level were nutrition health promoting behaviors ( $\bar{X} = 2.802$  S.D. = 0.334)

The Families had good overall health-promoting behaviors ( $\bar{X} = 3.153$  S.D. = 0.401). It was found that the lowest health-promoting behaviors were family exercise ( $\bar{X} = 2.909$  S.D. = 0.716).

**Keywords:** Families health promotion behaviors, Uncontrol DM

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federal: IDF) ได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน มีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก 463 ล้านคนใน ค.ศ. 2019 และประมาณการปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มเป็น 578 ล้านคน และ 700 ล้านคน ใน ค.ศ. 2045<sup>(1)</sup> โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย คิดเป็นร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด<sup>(2)</sup> ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากตับอ่อนสร้างอินซูลินไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรือเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน อาจไม่แสดงอาการผิดปกติหรืออาจแสดงอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ดีที่สุดคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุด (HbA1C น้อยกว่า 7) จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดี (HbA1c <7%) มีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ.2558 ถึง พ.ศ. 2560 จากร้อยละ 57.15 เป็นร้อยละ 39.68 โดยหลังจากปี พ.ศ. 2560 มีแนวโน้มเพิ่ม

ขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 42.37 ในปี พ.ศ.2561 จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจสุขภาพ พ.ศ.2557 พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้มีเพียงร้อยละ 23.5<sup>(3)</sup>

การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาในหลายระบบของร่างกาย ทั้งต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก เกิดภาวะตีบแคบหรือแข็งเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้แก่ ภาวะคิโตนคั่งในกระแสเลือด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งมีความรุนแรงสามารถทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ สำหรับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังสามารถพบได้ทุกส่วนของร่างกาย ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะไตเรื้อรัง ภาวะแผลที่เท้าหรือถูกตัดขาดจากแผลเบาหวาน ภาวะจอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น จากการศึกษาการจัดการเบาหวานในประเทศไทย พบภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและค่าใช้จ่ายของภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าภาวะจอประสาทตาเสื่อม อยู่ระหว่างร้อยละ 13.6-31.2 พบความชุกของโรคไตจากเบาหวานอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 24-43.8 ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดที่หลากหลายตั้งแต่ไม่มีชีพจรที่เท้าจนถึงแผลและเนื้อตายเน่าที่นำไปสู่การตัดเท้าและโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีผลกระทบ

อย่างมากต่อต้นทุนของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษาคาดการณ์ค่าใช้จ่ายของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 23.2<sup>(4)</sup> ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ

ในจังหวัดศรีสะเกษผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมโดยใช้เกณฑ์ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือด (HbA1C) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ในระหว่าง พ.ศ.2559-2561 เพียงร้อยละ 14.98, 8.87 และ 5.7 ตามลำดับผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอเบญจลักษ์ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลมีเพียงร้อยละ 38.20 และในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองงูเห่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 23.73 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ได้ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีปัจจัยหลายด้าน และปัจจัยด้านพฤติกรรมมีส่วนสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานเนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปรับปรุง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.5$ )<sup>(5)</sup> ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลางมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.69$ , S.D. = .53) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.11$ , S.D. = 1.44) ด้านการบริโภคอาหาร ( $\bar{X} = 3.54$ , S.D. = 0.54 ปานกลาง)<sup>(6)</sup>

ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมทั้งควบคุมอาการของโรคได้และไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพในเกณฑ์ปานกลางถึงดี ได้แก่ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและด้านจิตวิญญาณ<sup>(5-6)</sup> ในส่วนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับต่ำ

ถึงพอใช้ ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และการออกกำลังกาย<sup>(5)</sup> และในส่วนการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมในระดับดี เช่น ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย<sup>(7)</sup> การศึกษาในส่วนของครอบครัว พบครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่ช่วยให้บุคคลเบาหวานสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ<sup>(7)</sup> การสนับสนุนจากครอบครัวในด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 43.63$ , S.D. = 3.66) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 26.78$ , S.D. = 2.45)

จากการศึกษาที่ผ่านมา การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระดับบุคคล ในส่วนการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว นั้นยังมีจำนวนจำกัดและมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว โดยครอบครัวเป็นเพียงแหล่งสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งบทบาทและหน้าที่ของครอบครัวช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพ ทั้งกิจกรรมป้องกันโรค กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวจึงทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เมอร์ตอกและพาร์สัน (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015)<sup>(9)</sup> เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบและวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือแก่ครอบครัวและบุคคล ที่มีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) ซึ่งมีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือด HbA1C มากกว่า 7 ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป

**ครอบครัว** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของบุคคลเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือทางพฤติกรรม หรือทางกฎหมาย เช่น สามิ ภรรยา บุตร บิดา มารดา หลาน ที่อาศัยอยู่ในบ้าน/ครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยเบาหวาน

**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อบรรลุความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกในครอบครัวครอบครัวได้แก่ ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยประเมินจาก แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีบุคคลเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ และ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้และครอบครัว สุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสูงเหนือ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2564 แบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 52 ตัวอย่าง ครอบครัว 52 ครอบครัว การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคำนวณหาประชากรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร<sup>(10)</sup> ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2}{e^2}$$

Z คือ ค่าคะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนดให้ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.5

$\sigma$  คือ ค่าความแปรปรวนของค่าที่เราต้องการศึกษา

$1-\alpha$  คือ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดให้ 95%

e คือ ความกระชับของการประมาณค่า (Precision of the estimation)

ในการศึกษาครั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ทำการศึกษาที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านหนองนาสร้าง จังหวัดร้อยเอ็ด<sup>(7)</sup> ซึ่งผู้วิจัยใช้ระดับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมศึกษา มาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโครงการโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 2.64$ ,  $SD = 0.76$ )

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.76^2}{[0.21] \times [0.21]} = 51.01 \approx 52 \text{ ตัวอย่าง}$$

ดังนั้น ได้จำนวนตัวอย่าง 52 ตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในระดับบุคคล 52 ตัวอย่างและครอบครัว 52 ครอบครัว

## คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

### ระดับบุคคล

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้โดยประเมินจากระดับ A1C มากกว่า 7 อายุ 35 ปีขึ้นไป

2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่คลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสูงเหนืออย่างต่อเนื่อง มีระยะเวลาให้บริการ 1 ปี ขึ้นไป

3. อาศัยอยู่กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

4. การรับรู้ปกติ สามารถให้ข้อมูลได้ พูดและสื่อสารได้เข้าใจ

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### ระดับครอบครัว

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระบุว่าเป็นตัวแทนครอบครัว สามารถให้ข้อมูลได้

2. ไม่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร

3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยทำการศึกษา 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 31 ข้อ วัดระดับคะแนนพฤติกรรมแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพครอบครัว 5 ข้อ การออกกำลังกายของครอบครัว 4 ข้อ โภชนาการของครอบครัว 7 ข้อ การควบคุมและการจัดการความเครียดของครอบครัว 6 ข้อ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5 ข้อ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อ การแปลผลคะแนน 1-1.75 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับควรปรับปรุง คะแนน 1.76- 2.5 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คะแนน 2.6 - 3.25 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี คะแนน 3.26 - 4.0 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมาก

2. แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยทำการศึกษา 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 23 ข้อ วัดระดับคะแนนพฤติกรรมแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ แบ่งออกได้ดังนี้ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพครอบครัว 5 ข้อ 2) การออกกำลังกายของครอบครัว 4 ข้อ 3) โภชนาการของครอบครัว 8 ข้อ 4) การควบคุมและการจัดการ

ความเครียดของครอบครัว 6 ข้อ 5) การยืดหยุ่นของครอบครัว 5 ข้อ 6) การสนับสนุนของครอบครัว 7 ข้อ การแปลผลคะแนน 1-1.75 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับควรปรับปรุง คะแนน 1.76- 2.5 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คะแนน 2.6 - 3.25 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี คะแนน 3.26-4.0 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมาก

3. แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมและการจัดการความเครียด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

4. แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของครอบครัว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมและการจัดการความเครียดของครอบครัว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยืดหยุ่นในครอบครัว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสนับสนุนครอบครัว

### การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและชำนาญการในสาขาการพยาบาลครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 5 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ทดสอบความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ได้เท่ากับ 0.849

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ผลการทดสอบความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.868

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว/ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละค่าเฉลี่ยเลขทางคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยการบรรยายประกอบตาราง
3. แบบสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดกลุ่มพฤติกรรม

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมอาการไม่ได้

ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 52 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 63.5 อายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 48.07 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ สมรส ร้อยละ 75.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 84.6 ประกอบอาชีพ ทำไร่/ทำนา/ทำสวน ร้อยละ 92.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้

เฉลี่ย 1001 - 5000 บาท ร้อยละ 63.5 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 94.2 บุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่สามี ร้อยละ 63.5

กลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคเบาหวานมีระยะเวลาเป็นเบาหวานในกลุ่มไม่เกิน 10 ปี ร้อยละ 84.6 ระดับน้ำตาลในเม็ดเลือดแดงระหว่าง 7.0 - 7.9 ร้อยละ 40.4

### 2. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

ครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 73.1 ระดับการศึกษาของตัวแทนครอบครัวจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 82.7 ครอบครัวประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 78.8 บทบาทในครอบครัวของผู้ให้ข้อมูล คือหัวหน้าครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 53.8 ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส ร้อยละ 59.6

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.282$ , S.D = 0.358) ดังตารางที่ 1 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้คะแนนค่อนข้างไปในทางปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการ ( $\bar{X} = 2.802$ , S.D = 0.334) ประกอบกับข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ “ต้องกรีดยาง จำเป็นต้องกินกาแฟ” “ได้กินกาแฟ ถึงมีแรงทำงาน” “กินเปียร์บ้างนาน ๆ ครั้ง ถ้ามีบุญมีงาน”

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจำแนกรายด้าน

| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ             | N  | $\bar{X}$ | S.D   | ระดับ |
|------------------------------------|----|-----------|-------|-------|
| 1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ          | 52 | 3.596     | 0.529 | ดีมาก |
| 2. การออกกำลังกาย                  | 52 | 3.274     | 0.686 | ดีมาก |
| 3. โภชนาการ                        | 52 | 2.802     | 0.334 | ดี    |
| 4. การควบคุมและการจัดการความเครียด | 52 | 3.427     | 0.896 | ดีมาก |
| 5. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล    | 52 | 3.192     | 0.533 | ดี    |
| 6. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ           | 52 | 3.399     | 0.563 | ดีมาก |
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวม          | 52 | 3.282     | 0.358 | ดีมาก |

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สามารถนำมาจัดกลุ่มพฤติกรรมที่พบว่าควรปรับเปลี่ยนดังนี้ (F = ความถี่) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ “กินยาเยอะ เต็มแพ็คเกจ เลยไม่กินเป็นบางวัน หรือบางเม็ด” (F = 12) “บางทีก็ลืม” (F = 11) “คิวยาว เลยกลับก่อน ค่อยมาเอายาทีหลัง” (F = 6) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ออกกำลังกายแล้วปวดตามตัว เลยไม่ทำต่อ” (F = 12) “ทำงานตลอด ไม่มีเวลาว่าง” (F = 8) “แก่แล้วไม่รู้จักออกกำลังกายยังงี้” “ไม่เคยเล่นกีฬา จะไปเล่นก็อายุไม่กล้าเล่น” (F = 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ (F = 18) เช่น “กินทั่วไปนี่แหละ ก็ไม่คิดว่าจะหวานจะเค็มนะ” “คุมอาหารไม่ค่อยได้ ต้องทำงานหนัก เต็มเป็นลม” “กินอาหารพวกผัดทอดบ่อย เพราะทำง่าย สะดวก” “กินอะไรไม่ได้ ก็กินข้าวกับมะม่วง” พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมและการจัดการความเครียด แสดงอารมณ์หงุดหงิดเวลาเครียด (F = 14) ตัวอย่างพฤติกรรมได้แก่ “เครียดมากบางทีก็หงุดหงิด เผลอตำลูกหลานไป” “พูดกับคนอื่นก็ไม่รู้เรื่อง จะทะเลาะกันไปเปล่าๆ” พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสารภายในครอบครัวไม่ดี (F = 9) “ลูกหลานชอบประชดใส่ บอกสอนแบบหนึ่ง ก็ทำอีกแบบหนึ่ง” “ต่างคนต่างอยู่ไม่ค่อยมีเรื่องอะไรจะคุยกัน” “บางครั้งก็เงียบไม่พูดกัน 2-3 วัน”

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ การมองสิ่งต่าง ๆ ในเชิงลบ (F = 10) “เบาหวานเป็นแล้วแย่มไม่มีดีเลย” “รักษาเบาหวานไปก็ไม่มีทางดีขึ้น มีแต่จะทรุดลง” พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.153$ , S.D = 0.401) ดังตารางที่ 2 แม้ว่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พบว่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการสนับสนุนครอบครัวมีคะแนนค่อนข้างไปในทางปานกลาง ( $\bar{X} = 2.765$ , S.D = 0.394) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสนับสนุนครอบครัว “ชุมชนประกาศอะไรก็ไม่ค่อยได้ยิน เลยไม่ได้มีส่วนร่วมด้วย” “ไปทำงาน ไม่ค่อยอยู่บ้าน ไม่รู้ว่ามีใครมาเยี่ยมหรือเปล่า”

นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สามารถนำมาจัดกลุ่มพฤติกรรมที่พบว่าควรปรับเปลี่ยน ดังนี้ (F = ความถี่) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพของครอบครัว ไม่ได้ช่วยดูแลการใช้ยา (F = 30) “ผู้ป่วยกินเอง จัดเอง” “เห็นกินเอง จัดยาเองมานานแล้ว ไม่เห็นเป็นอะไร” การแสวงหาการรักษาทางเลือกที่เชื่อว่าช่วยรักษาเบาหวาน (F = 6) “เห็นในคลิปเลยลองซื้อมาใช้ดู อยากให้เบาหวานหาย” “เห็นกินยาเยอะ กลัวเป็นไต เลยซื้อน้ำสมุนไพรมาให้กิน”

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวจำแนกรายด้าน

| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ                       | N  | $\bar{X}$ | S.D   | ระดับคะแนน |
|----------------------------------------------|----|-----------|-------|------------|
| 1.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพครอบครัว             | 52 | 3.496     | 0.554 | ระดับดีมาก |
| 2.การออกกำลังกายของครอบครัว                  | 52 | 2.909     | 0.716 | ระดับดี    |
| 3.โภชนาการของครอบครัว                        | 52 | 3.012     | 0.421 | ระดับดี    |
| 4.การควบคุมและการจัดการความเครียดของครอบครัว | 52 | 3.231     | 0.631 | ระดับดี    |
| 5.การยืดหยุ่นของครอบครัว                     | 52 | 3.504     | 0.538 | ระดับดีมาก |
| 6.การสนับสนุนครอบครัว                        | 52 | 2.765     | 0.394 | ระดับดี    |
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวรวม            | 52 | 3.153     | 0.401 | ระดับดี    |

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของครอบครัว ห้ามไม่ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกลัวอันตรายจากการออกกำลังกาย ( $F = 26$ ) “ออกกำลังกาย เต็มเหย่น้อย เป็นลมจะลำบาก” “แก่แล้ว ปวดหัวเข้าไม่ได้ ออกกำลังกายไม่ได้” พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของครอบครัว ติดรสชาติอาหาร ( $F = 18$ ) “ก็ทำกับข้าวทั่วไป บางทีก็เค็มหน่อย” “อาหารต้องมีรสบ้าง ไม่งั้นกินไม่ได้” “ถ้าทำจืดๆ ก็ไม่กิน ก็บ่นเหย่น้อยอีก” “อาหารไม่อร่อย จะกินได้น้อย เหย่นเบาหวานลดจะแย่” พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมและการจัดการความเครียดของครอบครัว สังเกตเห็นว่าผิดปกติ แต่ก็ไม่ได้ทำอะไร ( $F = 16$ ) “ไม่รู้ว่าทำอะไร ก็ต่างคนต่างเงียบ ไม่คุยกัน” “เห็นนั่งนิ่ง ไม่พูดไม่จา ก็ไม่กล้าถาม” “เหย่นก็หายเอง” พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสนับสนุนครอบครัว การสื่อสารในชุมชนเข้าไม่ถึง ( $F = 6$ ) “ชุมชนประกาศอะไรก็ไม่ค่อยได้ยิน เลยไม่ได้มีส่วนร่วมด้วย” “ไปทำงาน ไม่ค่อยอยู่บ้าน ไม่รู้ว่าใครมาเหย่นหรือเปล่า”

### อภิปรายผลการศึกษา

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.282$ , S.D. = 0.358) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง

มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $\bar{X} = 3.596$ , S.D. = 0.529) ด้านการควบคุมและการจัดการความเครียด ( $\bar{X} = 3.427$ , S.D. = 0.896) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ( $\bar{X} = 3.399$ , S.D. = 0.563) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X} = 3.274$ , S.D. = 0.686) สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลาย ก่อนเข้าวัยผู้สูงอายุ มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง จึงเป็นผลให้มีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี แตกต่างจากการศึกษาของ เกษร มั่นคง, นิภา กิมสูงเนิน, และอำภพร นามวงศ์พรหม<sup>(5)</sup> พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปรับปรุง ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งพบว่าระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.153$ , S.D. = 0.401) จึงมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจะอยู่ในระดับดี แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างเหมาะสม จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ต่อเนื่อง

และเข้มงวดยิ่งขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ( $\bar{X} = 2.802$ , S.D. = 0.334)

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.153$ , S.D. = 0.401) และพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวรายด้านในระดับดีมาก ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพครอบครัว ( $\bar{X} = 3.496$  S.D. = 0.554) ด้านการยืดหยุ่นของครอบครัว ( $\bar{X} = 3.504$  S.D. = 0.538) สามารถอธิบายได้ว่า ครอบครัว สามารถปฏิบัติหน้าที่และสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดการเจ็บป่วยได้ดี เกิดจากเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วย ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีมีความยืดหยุ่นย่อมสามารถปรับตัวและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้สมาชิกหายป่วยหรือคืนความปกติให้ได้มากที่สุด แม้ว่าผู้ป่วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวจะอยู่ในระดับดี แต่พบว่าผู้ป่วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่ควรพัฒนา ได้แก่ การออกกำลังกายของครอบครัว ( $\bar{X} = 2.909$ , S.D. = 0.716) อาจเป็นเพราะครอบครัวเกรงว่าผู้ป่วยอาจได้รับบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย หรือกิจกรรมจากการประกอบอาชีพเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว จึงไม่ได้มีกิจกรรมที่ชักชวนให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ออกกำลังกายอย่างเพียงพอหรือเหมาะสม

## ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้

### 1. การปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น

1.2 พัฒนาศักยภาพครอบครัวให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประเด็นการออกกำลังกายของครอบครัว

1.3 เครื่องมือในการศึกษา สามารถนำไปพัฒนาเพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และครอบครัวเพื่อการวางแผนการดูแล การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพลดปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณะอาจารย์ผู้เป็นที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสูงเหลื่อม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ ผู้ป่วย และผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ที่ช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF DIABETES ATLAS 9<sup>th</sup> edition 2019 [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 15] Available from: [https://diabetes-atlas.org/idfawp/resource-files/2019/07/IDF\\_diabetes\\_atlas\\_ninth\\_edition\\_en.pdf](https://diabetes-atlas.org/idfawp/resource-files/2019/07/IDF_diabetes_atlas_ninth_edition_en.pdf)
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
3. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2557. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2559.
4. Deerochanawong C, Ferrario A. Diabetes management in Thailand: a literature review of the burden, costs, and outcomes. Globalization and health [Internet]. 2013 [cited 2022 Jan 15]; 9:11. Available from: <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-11>.
5. เกษร มั่นคง, นิภา กิมสูงเนิน, อำภาพร นำมวงศ์พรหม. เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก 2559; 17(3): 54-62.
6. ขวัญฤทัย พันธู, จันทร์ฉาย มณีวงศ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลาง.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2559; 22(1): 93-107.

7. ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านหนองนาสร้าง จังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(3): 243-8.
8. สุพาพร เพ็ชรอรุณ, นันทิยา วัฒนา, นันทวัน สุวรรณรูป. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2553; 29(4): 18-26.
9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MN. Health Promotion in nursing practice. 7<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson; 2015.
10. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2552.