

วารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการ
แกลง

วัตถุประสงค์

1.

เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางวิชาการและรายงานผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานและบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

2.

เพื่อรายงานความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.

เพื่อเป็นสื่อกระชับความสัมพันธ์ทางแนวคิดและปฏิบัติงาน ระหว่างสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 สำนักงานสาธารณสุข ศูนย์วิชาการเขต และกรมกองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ทุกท่าน วารสารฉบับนี้เป็นวารสารปีที่ 21 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - มิถุนายน 2566 ในฉบับนี้ มีบทความที่น่าสนใจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหลากหลายด้าน กล่าวคือด้านโรคติดต่อ ได้แก่ ผลการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร, อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมการจัดการตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดเชื้อโควิด-19 อำเภอโนนน้อย จังหวัดน่าน, การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโรคของประชาชนในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี บทความด้านโรคติดต่อนำโดยแมลง ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังกำจัดโรคมะลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง กรณีศึกษา : อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก นอกจากนี้ยังมีบทความทางด้านอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพบบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย โดยหวังว่าท่านผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน และการพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ท้ายนี้กองบรรณาธิการขอเรียนว่า เรายินดีต้อนรับ บทความทางวิชาการและงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากทุกท่าน เพื่อเป็นเวทีสื่อสารและเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ๆ จากนักวิจัยทุกท่านด้วยความยินดียิ่งค่ะ ฉบับหน้าพบกันใหม่

(นางสาวบุศณี มุจรินทร์)
บรรณาธิการ

คณะกรรมการ วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายแพทย์ชเรศ	กรีษนิยรวินค์	อธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์ดิเรก	จำแป้น	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

แพทย์หญิงบุศณี	มุจรินทร์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวศิริวรรณ	ชุนนุมน	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

บรรณาธิการวิชาการ

ดร.อรทัย	ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
----------	------------	--

กองบรรณาธิการวิชาการ

รศ.ดร.ณัฐทิศา	โรจนประศาสน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตตรัง
รศ.ดร.ทวีวรรณ	ศรีสุคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา
รศ.ดร.นพรัตน์	สงเสริม	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
รศ.ดร.ธีระวุธ	ธรรมกุล	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
รศ.ดร.สงครามชัยย์	สีทองดีศกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.อารี	บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ชนิดา	ประดิษฐ์สถาพร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.สุภาภรณ์	สงค์ประชา	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ณรงค์ฤทธิ์	ศรีธนะ	ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
ดร. อารีรัตน์	สง่าแสง	นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการบำนาญกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)
ดร.นพ.จิรวัดน์	มูลศาสตร์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ดร.นุสรา	ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
ดร.พิทยา	ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภาณุวัฒน์	ศรีโยธา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.วรยุทธ	นาคอ้าย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ดร.วรัญญูศิลา	ทรัพย์ประเสริฐ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ดร.เพชรมณี	วิริยะสีบพงศ์	สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ดร.รุ่งรังษี	วิบูลชัย	สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ดร.บัญชา	พร้อมดิษฐ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
ดร.ปราบดา	ประกาศิรี	ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
ดร.อรพันธ์	อันติมานนท์	กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
ดร.เกศรา	แสนศิริทวิสุข	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.เพชรบูรณ์	พูนผล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.จตุพร	ผลเกิด	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.วิภาวี	แสนวงษา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

ฝ่ายจัดการ

นางพรรณธิดา	มูลประดับ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางชลภัสสรณ์	มิตภา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางมุกดา	งามวงศ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางสาวอภิญญา	จำปา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นายทศพงษ์	บุระมาน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางสาวพลอยไพลิน	เทพาทีปกรม์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

จริยธรรมในการตีพิมพ์

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางวิชาการ และรายงานผลการศึกษาที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจ

บทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์

1. ผู้พิมพ์ต้องสงบบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอพิจารณาเผยแพร่ในวารสารฉบับอื่น และต้องไม่นำผลงานไปตีพิมพ์กับวารสารอื่น หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีแล้ว
2. ผู้พิมพ์ต้องไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมาอ้างอิงในเนื้อหาของบทความของตนเอง
3. ข้อมูลที่นำเสนอในบทความต้องเป็นข้อเท็จจริงที่เกิดจากการศึกษาวิจัย ผู้พิมพ์ต้องไม่บิดเบือนปลอมแปลง หรือนำเสนอข้อมูลที่เป็นเท็จ
4. คณะชื่อผู้พิมพ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง
5. หากเป็นบทความที่เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียใดๆ กับผู้พิมพ์หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่าตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการประเมิน และไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาของผลงานวิชาการที่รับประเมินอย่างแท้จริง
4. เมื่อผู้ประเมินบทความ พบว่า บทความที่รับประเมินมีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นๆ ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่กำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความ

บทบาทหน้าที่บรรณาธิการ

1. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความ โดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
2. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้พิมพ์ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้พิมพ์
3. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์หรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
4. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประเมินของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นข้อมูลที่ผู้ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้พิมพ์
5. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้พิมพ์ และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ
6. บรรณาธิการต้องตรวจสอบคุณภาพของบทความก่อนการตีพิมพ์
7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่างๆ ของวารสารอย่างเคร่งครัด
8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสาร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยเรื่องที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีคำแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ความยาวไม่เกิน 12 หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย “บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”
บทความฟื้นฟูวิชาการ	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรค ประกอบด้วย “บทคัดย่อ บทนำ ความรู้/ข้อมูลที่น่าสนใจ วิจารณ์หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย”
ย่อเอกสาร	ย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

- 2.1 ชื่อเรื่อง** ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.2 ชื่อผู้เขียน** เขียนชื่อสกุลผู้นิพนธ์ (ไม่ต้องระบุค่านำหน้านาม) และสถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญของแต่ละคน และใส่หมายเลขตัวยกต่อท้ายชื่อสกุล เชื่อมโยงกับสถานที่ทำงานของแต่ละคน พร้อมทั้งใส่อีเมลสำหรับติดต่อผู้นิพนธ์ (Correspondence)
- 2.3 เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด และชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
- 2.4 บทคัดย่อ** การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 350 คำ และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.5 คำสำคัญ** เป็นคำที่แสดงถึงเนื้อหาของเรื่อง โดยย่อเหลือเพียงคำที่แสดงใจความสำคัญของเนื้อเรื่องที่สั้นกะทัดรัด และมีความชัดเจน เพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงเนื้อหาของเรื่องนั้นๆ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.6 บทนำ** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.7 วิธีการศึกษา** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
- 2.8 ผลการศึกษา** อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ ให้เขียนคำอธิบายไว้บนตารางแสดงผล
- 2.9 วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.10 สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.11 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบ Vancouver การอ้างอิงเอกสารให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถยกเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม สำหรับการระบุรายการอ้างอิงในเนื้อความ ใช้หมายเลขที่ตรงกับรายการอ้างอิงท้ายบทความ โดยใส่ตัวเลขยกในวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือบุคคลที่อ้างถึงโดยไม่ต้องเว้นวรรค เริ่มจาก (1) เป็นอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ

3. รูปแบบการอ้างอิง

กรณีผู้แต่งมีจำนวนไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน หากเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย “และคณะ” หรือ “et al”

3.1 วารสาร

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; เล่มที่ของวารสาร(Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980;79(2):311-4.
2. ณัฐธิดา จินดาพล, พัชราภรณ์ คุณูปถัมภ์, พิษยานี ธีระศิลป์, นันทวรรณ กิติกรรณารณ. วิฤตระบบประกันสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไทย. *ศรินครินทร์เวชสาร* 2557;29(2):199-206.
3. Pratipanawat T, Rawdaree P, Chetthakul T, Bunnag P, Ngarmukos C, Benjasuratwong Y, et al. Thailand diabetic registry cohort: predicting death in Thai diabetic patients and causes of death. *J Med Assoc Thai*. 2010;93(3):12-20.

3.2 หนังสือ

ก. การอ้างอิงส่วนใดส่วนหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนคนหรือกลุ่มเดียว

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง. แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคมะลาเรียสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน หรือ In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor(s). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/P. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชาลิตดำรง, พิภพ จิริภิญโญ, บรรณาธิการ. *กุมารศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 427-78.

3.3 หนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 บทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland, Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

3.5 วิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995. 111 p.
2. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543. 80 หน้า.

3.6 อินเทอร์เน็ต

ก. วารสารจากอินเทอร์เน็ต

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ(สืบค้นเมื่อ)/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (volume):หน้า. เข้าถึงได้จาก(แหล่งข้อมูล)/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. Finall AI, McIntosh SA, Thompson WD. Subcutaneous inflammation mimicking metastatic malignancy induced by injection of mistletoe extract. BMJ [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9];333(7582): 1293-4. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/333/7582/1293>
2. อรรถพล แก้วนวน, บรรพต โลหะพุนตระกูล, กลางเดือน โพนนา. ความชุกของความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในอาชีพต่างๆ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธ.ค. 2564];12(2):53-64. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/71404/84315>

ข. หนังสือจากอินเทอร์เน็ต

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต]. เมืองที่พิมพ์: สถานที่พิมพ์; ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ(สืบค้นเมื่อ)/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. เข้าถึงได้จาก(แหล่งข้อมูล)/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. Thompson RD. Textbook of infectious diseases [Internet]. New York: Lange Publisher; 2011 [cited 2007 Jan 9]. 230 p. Available from: <http://www.lange.com//content/full/333/7582/1293>
2. พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบุลย์. คู่มือการดูแลสุขภาพจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. 2563. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 มิ.ย. 2564]. 49 หน้า. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/files/21aug2563-1.pdf>

3.7 เอกสารที่เป็นกฎหมาย

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อหน่วยงานเจ้าของกฎหมาย. ชื่อกฎหมาย และปี. หนังสือที่เผยแพร่ เล่มที่, ตอนที่ (ลงวันที่).

ตัวอย่าง

1. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 95, ตอนที่ 30 ก ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 16 มีนาคม 2521).
2. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 281) พ.ศ. 2547 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 121, ตอนพิเศษ 97 ง (ลงวันที่ 6 กันยายน 2547).

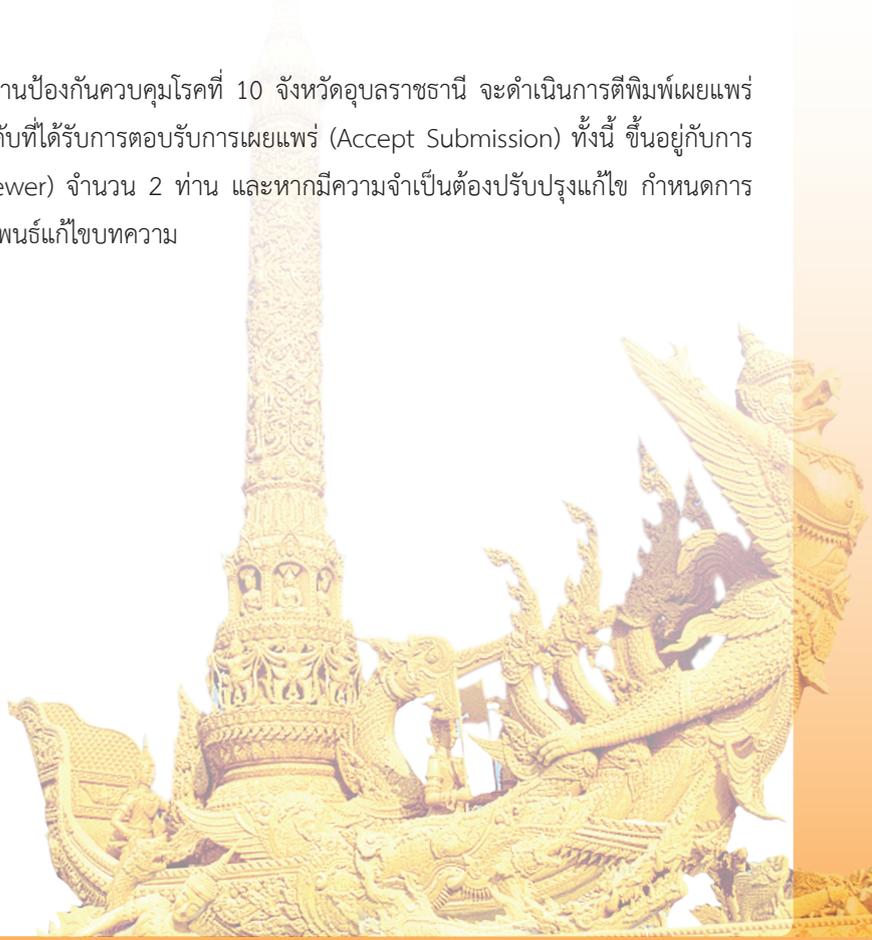
4. การส่งบทความ

4.1 รูปแบบบทความ ต้องมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า ใช้โปรแกรม Microsoft Word ระยะเวลา 2.5 นิ้ว ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point

4.2 การส่งบทความ ให้ผู้พิมพ์ส่งบทความออนไลน์ ผ่านเว็บไซต์ วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon>

5. กำหนดการตีพิมพ์บทความ

กองบรรณาธิการวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จะดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่บทความแบบออนไลน์ โดยเรียงตามลำดับที่ได้รับการตอบรับการเผยแพร่ (Accept Submission) ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาจากผู้ประเมินบทความ (Reviewer) จำนวน 2 ท่าน และหากมีความจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข กำหนดการตีพิมพ์บทความจะขึ้นกับระยะเวลาที่ผู้พิมพ์แก้ไขบทความ





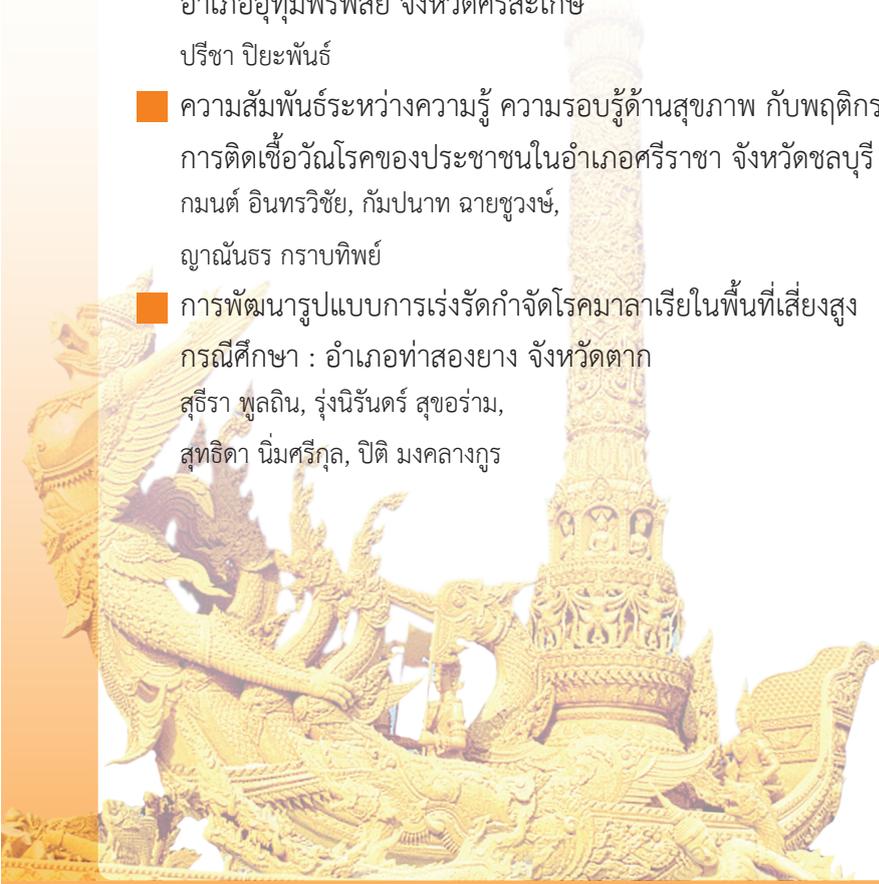
กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal

สารบัญ

- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง 9
ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย
ชนิยา ปาโท, เทียนทอง ต๊ะแก้ว
- ผลการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 23
ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร
รัฐพล อินทวิชัย, บรรจบ แสนสุข, สวิณีย์ ทองแก้ว,
ประเสริฐ ประสมรักษ์, กรกวรรณ ดารุณิกร
- อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมจัดการตนเองของอาสาสมัคร 37
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดเชื้อโควิด-19 อำเภอพาน้อย จังหวัดน่าน
จรรุวรรณ รุ่งเรือง, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ
- การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 52
โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
ปรีชา ปิยะพันธ์
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกัน 69
การติดเชื้อไวรัสโรคของประชาชนในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี
กมนต์ อินทวิชัย, กัมปนาท ฉายชวงษ์,
ญาณันธร กราบทิพย์
- การพัฒนารูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง 81
กรณีศึกษา : อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
สุธีรา พูลถิ่น, รุ่งนรินทร์ สุขอร่าม,
สุทธิดา นิยมศรีกุล, ปิติ มงคลางกูร



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง
ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

Predicting factors of parents on seeking basic immunization program for
their children among Hmong peoples in Por sub-district, Chiangrai province

เชณิยา ปาโท¹, เทียนทอง ต๊ะแก้ว^{2*}
Cheniya Patho¹, Tienthong Takaew^{2*}

¹คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

¹School of Medicine, University of Phayao

²School of Public Health, University of Phayao

*Correspondence to: tienthongta@gmail.com

Received: Sep 7, 2022 | Revised: Jan 10, 2023 | Accepted: Jan 16, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ พฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 292 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1 ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.82 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สิ่งชักนำ และพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.30 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และระดับการศึกษา ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ การพาเด็กไปรับบริการอื่น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ มีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย ได้ร้อยละ 18.10

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, การพาบุตรหลานมารับวัคซีนพื้นฐาน, ชนเผ่าม้ง

Abstract

The objectives of this study were to study the factors of demographic, basic vaccine knowledge, awareness of basic vaccine preventable diseases, cues to action, parents behavior on seeking basic immunization program for their children and predicting factors of parents on seeking basic immunization program for their children among Hmong people in Por sub-district, Chiangrai province. It is a descriptive research. The sample group was 292 parents, selected by multi-stage sampling technique. The data collected by the questionnaires which was developed from the review of documents, concepts, theories and related researches which were applied to create a questionnaire divided into 5 parts. That is demographic factors, basic immunization program knowledge factors, perception of vaccine preventable diseases factors, cues to action factors, and seeking basic immunization program for their children behaviors factors. The content validity of questionnaires was reviewed by 3 experts. The Item Objective Congruence (IOC) index was 0.67-1. The validity of basic vaccine knowledge was tested by Kuder-Richardson 20 at 0.82 and validity of awareness of basic vaccine preventable diseases, cues to action, parents behavior on seeking basic immunization program for their children were tested by Cronbach's Alpha Coefficient at 0.87. The statistical data for analysis included percentage, means, standard deviation, and multiple regression analysis.

It was found that seeking basic immunization program for their children behaviors was at the middle level of 49.30 percent. As for the predicting factors of parents on seeking basic immunization program for their children, it was found that demographic (such as children's informants at the 0.01 level of significance, and education level, distance from their house, seeking another service at the 0.001 level of significance) and cues to action at the 0.05 level of significance. These factors could together predict on seeking basic immunization program for their children of 18.10 percent.

Keywords: predicting factors, seeking basic immunization program, Hmong peoples

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบริการวัคซีนพื้นฐานที่เด็กไทยทุกคนควรได้รับ โดยเน้นวัคซีนป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งในปัจจุบันประกอบด้วยวัคซีน 9 ชนิด⁽¹⁾ และกระทรวงสาธารณสุขได้ติดตามสถานการณ์โรคหัดทั้งในประเทศ และต่างประเทศอย่างใกล้ชิด เผยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงสิงหาคม พบผู้ป่วยโรคหัดทั่วโลกเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปีที่ผ่านมา โดยในปี 2562 พบผู้ป่วยโรคหัด 364,808 ราย ทั่วโลก ส่วนประเทศที่มีผู้ป่วยโรคหัดมากที่สุดในปีนี้ 3 อันดับแรก คือ ประเทศมาดากัสการ์ 127,464 ราย ประเทศยูเครน 54,246 ราย และประเทศฟิลิปปินส์ 36,253 ราย สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 สิงหาคม 2562 พบผู้ป่วยโรคหัด 4,435 ราย เสียชีวิต 14 ราย โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ นครราชสีมา ปัตตานี เพชรบุรี เชียงใหม่ และตาก ตามลำดับ⁽²⁾

จากข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ใน 18 อำเภอในจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2563 เด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ 17 อำเภอ เด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ 15 อำเภอ เด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ 16 อำเภอ เด็กอายุครบ 5 ปีที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ 16 อำเภอ และอำเภอเวียงแก่นเป็นหนึ่งในอำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในทุกช่วงอายุที่กล่าวมา และ

ต่ำลพอ ซึ่งมีประชากรเด็กอายุ 0-5 ปี มากที่สุดในอำเภอเวียงแก่น แต่มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนน้อยที่สุดในอำเภอ โดยในเด็กอายุครบ 1 ปีมีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนร้อยละ 46.98 เด็กอายุครบ 2 ปีมีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนร้อยละ 54.29 เด็กอายุครบ 3 ปีมีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนร้อยละ 51.09 และเด็กอายุครบ 5 ปีมีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนร้อยละ 48.80⁽³⁾ นอกจากนี้ในปี 2561 ยังพบผู้ป่วยโรคไข้มองอักเสบ ซึ่งเป็นเด็กอายุ 9 ปี ไม่มีประวัติการได้รับวัคซีน ในพื้นที่ตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น และปี 2563 ยังพบผู้ป่วยด้วยโรคคอตีบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยพามาจากประเทศลาว⁽⁴⁾

งานวิจัยนี้มีแนวคิดมาจากการศึกษาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker⁽⁵⁾ สรุปได้ว่า สิ่งที่ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมืดนี้ 1) การรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติ เป็นต้น 2) ปัจจัยร่วม ได้แก่ ด้านประชากรจิตวิทยา และความรู้ เป็นต้น 3) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบปัจจัยต่างๆ และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายงานวิจัย ได้แก่ งานวิจัยของ รุสนาดอเม็ง⁽⁶⁾ ฌปลา ประยูรวงษ์⁽⁷⁾ วิจิตรา ระทะจักร⁽⁸⁾ ไวรวิญจน์ เปรมสุข⁽⁹⁾ และปิยะพร แซ่ฮ่วย⁽¹⁰⁾ ได้นำบางปัจจัยมาประยุกต์ใช้ เช่น ปัจจัยการรับรู้ ความรู้ สิ่งชักนำ ปัจจัยร่วมอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งศึกษาในพื้นที่แตกต่างกันไป ได้ผลการวิจัยที่มีทั้งคล้ายกันและแตกต่างกัน สำหรับงานวิจัยนี้มีปัจจัยที่คล้ายกับ

งานวิจัยอื่น แต่แตกต่างกันในเรื่องรายละเอียดย่อยของการรับรู้ ปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำ

การหาสาเหตุของการที่ผู้ปกครองชาวเมืองของตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ไม่พาบุตรหลานมารับวัคซีน จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขเข้าใจในความคิดของผู้ปกครองมากขึ้น และเร่งแก้ไขสาเหตุเหล่านั้น เพื่อให้ผู้ปกครองพาเด็กมารับวัคซีนพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เด็กมีภูมิคุ้มกันต่อโรคมมากขึ้น และชุมชนไม่ต้องกังวลต่อโรคระบาดของเด็กในชุมชน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากร (ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สัญชาติ อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก ลักษณะครอบครัว การรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็ก ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ) ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน

ปัจจัยด้านสิ่งชักนำของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานของชนเผ่าม้ง ตำบลปอ จังหวัดเชียงราย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กชนเผ่าม้ง อายุ 0-5 ปี ใน 10 หมู่บ้านของตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย มีจำนวนทั้งหมด 1,210 คน

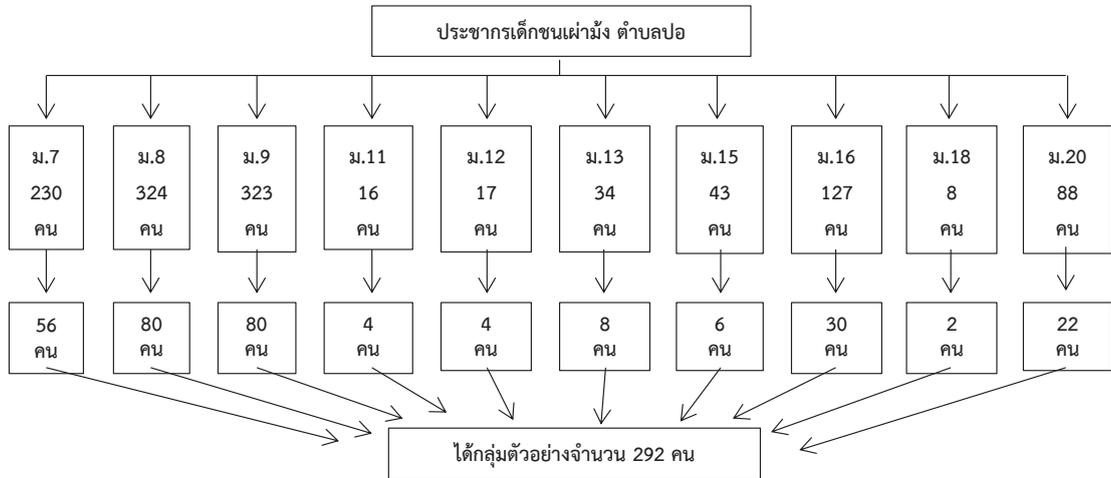
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กชนเผ่าม้งอายุ 0-5 ปี ใน 10 หมู่บ้านของตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 292 คน ใช้วิธีอาศัยความน่าจะเป็น โดยใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ดังนี้

1) คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของเครซีแอนด์มอร์แกน

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$
$$= \frac{3.841 \times 1,210 \times 0.5 \times (1-0.5)}{[0.05^2 \times (1,210-1)] + [3.841 \times 0.5 \times (1-0.5)]}$$
$$= 291.73 \quad \text{ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 292 คน}$$

2) การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ผู้วิจัยแบ่งผู้ปกครองของเด็กชนเผ่าม้งอายุ 0-5 ปี ออกเป็นกลุ่มตามหมู่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลปอ มี 10 หมู่บ้าน จากนั้นเปรียบเทียบ

อัตราส่วนจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 292 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลากรายชื่อผู้ปกครองของชนเผ่าม้งอายุ 0-5 ปี แต่ละหมู่บ้าน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้ประยุกต์ใช้ในการสร้างเป็นแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร (ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สัญชาติ อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับเด็ก ลักษณะครอบครัว การรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็ก ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ) เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือก 2 คำตอบ มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating

Scale) ของลิเคิร์ต 5 ระดับ มีจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ข้อคำถามจะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (ได้แก่ การสนับสนุน ข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ และการให้คำแนะนำ) มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต 5 ระดับ มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต 5 ระดับ มีจำนวน 15 ข้อ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน โดยประยุกต์มาจากเกณฑ์ของ เสรี ลาซโรจน์⁽¹⁾ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

การตรวจสอบเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.80

ทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านไทยสมบูรณ์ ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.82 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สิ่งชักนำให้ และพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างกรณีกลุ่มตัวอย่างอ่านออก เขียนได้ ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง โดยใช้เวลาคนละประมาณ 20 นาที หากกลุ่มตัวอย่างอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยเป็นคนอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบกลุ่มตัวอย่างที่สื่อสารภาษาไทยไม่ได้ จะให้ล่ามแปลให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ เมื่อเก็บกลับคืนแล้วจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำไปวิเคราะห์

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ของปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ใช้ multiple regression analysis โดยวิธี stepwise วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน

ผลการศึกษา

ปัจจัยด้านประชากร พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.1 อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 42.12 ระดับการศึกษามัธยมตอนต้น ร้อยละ 33.90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.72 สัญชาติไทย ร้อยละ 86.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.10 รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,001 บาทต่อเดือน ร้อยละ 83.56 มีจำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีในครอบครัว 0-3 คน ร้อยละ 92.50 ผู้ให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์เป็น บิดา/มารดาของเด็ก ร้อยละ 93.20 อาศัยอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ ร้อยละ 62.33 การพาเด็กไปรับบริการอื่น ร้อยละ 87.00 และระยะทางในการเดินทางไปรับบริการวัคซีน 0-3 กิโลเมตร ร้อยละ 46.60

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐานว่าวัคซีนคือสารชนิดหนึ่งที่ฉีดเข้าร่างกายแล้วสามารถป้องกันโรคได้ มากที่สุด ร้อยละ 97.90 มารับบริการวัคซีนพื้นฐาน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน จำแนกรายข้อ (n=292)

ข้อความ	ตอบถูก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. วัคซีนคือสารชนิดหนึ่งที่ถูกฉีดเข้าร่างกายแล้วสามารถป้องกันโรคได้	286	97.90
2. เด็กแรกเกิดจะต้องได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคทันที	257	88.00
3. วัคซีนบางชนิดหลังจากฉีดแล้ว สามารถทำให้เด็กมีไข้ ตัวร้อนได้	283	96.90
4. เมื่อเด็กมีไข้ ตัวร้อน หลังฉีดวัคซีน ต้องเช็ดตัวลดไข้ และรับประทานยาลดไข้	283	96.90
5. หลังฉีดวัคซีนบางชนิด อาจเกิดอาการปวด บวม แดง บริเวณตำแหน่งที่ฉีดวัคซีน	265	90.80
6. วัคซีนบางชนิด ช่วยป้องกันความพิการได้	196	67.10
7. หากมารดาเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี เด็กต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคนี้เพิ่มอีก1เข็ม	228	78.10
8. ปัจจุบันวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอมีทั้งชนิดกิน และชนิดฉีด	247	84.6
9. เด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	36	12.30
10. เด็กที่มีไข้ในวันที่มาฉีดวัคซีนสามารถฉีดได้ทันที	211	72.30

ตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ให้เด็กฟรีทุกคน มากที่สุด ($\bar{X} = 4.66$) มีการไม่นำมีการรับรู้อุปสรรคต่อการได้รับวัคซีนพื้นฐานว่า เด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่อง การฉีดวัคซีนมิได้เป็นเรื่องผิดผี มากที่สุด($\bar{X}= 4.38$) มากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$) มีสิ่งชักนำเกี่ยวกับสถานพยาบาลของรัฐฉีดวัคซีน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และพฤติกรรมมารดาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน จำแนกรายข้อ (n=292)

คำถาม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน			
1. เด็กที่ฉีดวัคซีน จะไม่เกิดความพิการจากโรคบางชนิด	3.34	1.27	ปานกลาง
2. เด็กที่ไม่ฉีดวัคซีน จะทำให้เด็กเจ็บป่วยได้ง่ายในอนาคต	3.55	1.16	ปานกลาง
3. เด็กที่ฉีดวัคซีน สามารถป้องกันโรคติดต่อบางชนิดได้ดี	3.71	1.07	ปานกลาง
4. หากเด็กป่วยเป็นโรคติดต่อบางชนิด อาจทำให้พิการได้	3.24	1.29	ปานกลาง

คำถาม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
5. เด็กที่ไม่ได้ฉีดวัคซีน แล้วป่วย มีอาการรุนแรงถึงตายได้	3.15	1.28	ปานกลาง
6. ถ้าป่วยเป็นโรคติดต่อบางชนิด อาจเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กสูง	3.66	1.18	ปานกลาง
7. ถ้าเด็กไม่ได้ฉีดวัคซีนแล้วป่วย ผู้ปกครองต้องคอยดูแลเด็ก ส่งผลให้เสียรายได้	3.59	1.21	ปานกลาง
8. การฉีดวัคซีนช่วยลดการเกิดความพิการจากโรคติดต่อบางชนิด	3.40	1.21	ปานกลาง
9. การฉีดวัคซีนทำให้เด็กไม่ป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรง	3.45	1.20	ปานกลาง
10. การฉีดวัคซีนป้องกันโรค ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค	3.61	1.13	ปานกลาง
11. การฉีดวัคซีนช่วยลดโอกาสเสียชีวิตจากโรคติดต่อร้ายแรง	3.41	1.15	ปานกลาง
12. ถ้าผู้ดูแลเด็ก ไม่ใช่บิดาหรือมารดาจะไม่กล้านำเด็กมาฉีดวัคซีน	2.76	1.33	ต่ำ
13. ท่านไม่มีพาหนะจึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน	3.72	1.20	ปานกลาง
14. การฉีดวัคซีนเป็นเรื่องผิดผี	4.38	1.15	สูง
15. การฉีดวัคซีนจะทำให้เด็กพิการได้	3.59	1.23	ปานกลาง
สิ่งชักนำ			
1. สถานพยาบาลของรัฐฉีดวัคซีนให้เด็กฟรีทุกคน	4.66	0.74	สูง
2. หากเพื่อนบ้านป่วย จะรีบพาบุตรหลานของท่านมาฉีดวัคซีน	3.20	1.41	ปานกลาง
3. เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลให้บริการด้วยความสุภาพ	4.20	1.01	สูง
4. เคยได้รับความรู้เรื่องวัคซีนจากแหล่งข่าวสารต่างๆ	3.41	1.05	ปานกลาง
5. ได้รับข่าวสารเรื่องโรคติดต่อ	3.64	0.97	ปานกลาง
6. เจ้าหน้าที่เคยให้คำแนะนำหรือคนในครอบครัวนำเด็กมาฉีดวัคซีนตามนัด	4.43	0.78	สูง
7. ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านให้นำเด็กมารับวัคซีน	3.28	1.18	ปานกลาง
8. สมาชิกในครอบครัวให้ความสนับสนุนเรื่องการป้องกันโรค	3.87	1.08	ปานกลาง
9. การฉีดวัคซีนจะทำให้ผีบรรพบุรุษโกรธ	4.26	1.23	สูง
10. เคยได้ยินการประกาศเสียงตามสาย ให้ไปฉีดวัคซีนจากผู้นำชุมชน	4.00	1.11	สูง
พฤติกรรมกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน			
1. นำเด็กมารับวัคซีนตามนัดทุกครั้ง	3.45	1.22	ปานกลาง
2. หากลืมนำเด็กมารับวัคซีน เมื่อนึกขึ้นได้จะรีบนำไปฉีดวัคซีนทันที	3.72	1.37	ปานกลาง
3. หากต้องย้ายที่อยู่อาศัย จะนำบุตรหลานไปฉีดวัคซีนที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน	3.89	1.25	ปานกลาง

คำถาม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
4. หากไม่ว่างพาเด็กไปฉีดวัคซีน จะฝากผู้อื่นให้นำไปเด็กไปฉีดวัคซีนแทน	2.45	1.50	ต่ำ
5. ไม่สะดวกในการเดินทาง จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน	3.73	1.06	ปานกลาง
6. แม้ครอบครัวจะไม่เห็นด้วย จะยังคงยืนยันที่จะนำเด็กมาฉีดวัคซีนทุกครั้ง	3.83	1.24	ปานกลาง
7. สื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เข้าใจ จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน	4.36	1.05	สูง
8. ทำสมุดสีชมพูหาย จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีนตามนัด	4.25	1.13	สูง
9. ไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากจำวันนัดไม่ได้	3.25	1.24	ปานกลาง
10. ไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่อง	4.52	0.99	สูง
11. ไม่สามารถนำเด็กมาฉีดวัคซีนได้ เนื่องจากต้องไปทำงาน	3.70	1.17	ปานกลาง
12. ฉีดวัคซีนแล้วเด็กมีไข้ จึงไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีนอีกในครั้งต่อไป	3.58	1.35	ปานกลาง
13. เด็กไม่ยอมฉีดวัคซีน จึงไม่นำมาฉีดวัคซีน	4.49	0.98	สูง
14. ไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากฉีดแล้วเด็กปวดขา	3.33	1.31	ปานกลาง
15. ไม่นำเด็กไปฉีดวัคซีน เนื่องจากฉีดแล้วเด็กมักมีอาการผื่นปกติ	4.34	1.04	สูง

ตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐาน อยู่ในระดับมีระดับความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.60 มีระดับสิ่งชักนำอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.70 มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับระดับปานกลาง ร้อยละ 49.30

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองชาวม้ง จำแนกตามระดับปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยด้านสิ่งชักนำ (n=292)

ปัจจัย	ระดับปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปัจจัยด้านความรู้	น้อย (0-5.9 คะแนน)	39	13.40
	ปานกลาง (6-7.9 คะแนน)	189	64.70
	ดี (8-10 คะแนน)	64	21.90
ระดับปัจจัยด้านการรับรู้	ต่ำ (15-44 คะแนน)	50	17.10
	ปานกลาง (45-59 คะแนน)	180	61.60
	สูง (60-75 คะแนน)	62	21.20
ระดับปัจจัยด้านสิ่งชักนำ	ต่ำ (10-29 คะแนน)	8	2.70
	ปานกลาง (30-39 คะแนน)	144	49.30
	สูง (40-50 คะแนน)	140	47.90

ตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรม การพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การพา บุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ (X_1) มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก

(X_2) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระดับ การศึกษา (X_3) ระยะทางในการเดินทางไปรับ บริการ (X_4) การรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็ก (X_5) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ตัวแปรทั้ง 5 ปัจจัย สามารถทำนายพฤติกรรม การพาบุตร หลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานได้ ร้อยละ 18.10

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = 14.22 + 0.202(X_1) + 5.319(X_2) + 0.470(X_3) - 4.701(X_4) + 8.712(X_5)$$

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z = 0.103(X_1) + 0.151(X_2) + 0.423(X_3) - 0.250(X_4) + 0.216(X_5)$$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรม การพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีน พื้นฐาน (n=292)

ปัจจัยพยากรณ์	B	S.E.	β	t	P-value
ค่าคงที่	14.220	4.812		2.955	.003
ปัจจัยด้านประชากร					
-ระดับการศึกษา	.470	.055	.423	8.485	.000*
-ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก	5.319	1.723	.151	3.086	.002*
-ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ	-4.701	.935	-.250	-5.027	.000*
-การพาเด็กไปรับบริการอื่น	8.712	1.963	.216	4.438	.000*
ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ	.202	.099	.103	2.052	.041*
R = .426 R ² = .181 *P < .05					

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เรื่องวัคซีนพื้นฐานอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 64.70 สอดคล้องกับงานวิจัย ของ รุสนา ดอร์แม็ง⁽⁶⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ ผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี รับการสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี พบ ว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ต่อการนำบุตรหลาน

มารับวัคซีน ได้แก่ ศาสนา ระดับการศึกษา ความรู้ เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งวัคซีน พื้นฐานเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งการให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญ ของ การมารับวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ปกครอง พาบุตรหลานมารับวัคซีน ซึ่งปัจจัยด้านความรู้

เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อัตราการรับวัคซีนพื้นฐานไม่ผ่านเกณฑ์เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ แต่ไม่ได้รับบุระดับของความรู้อ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.60 แตกต่างกับงานวิจัยของณภาพ ประยูรวงษ์⁽⁷⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ตำบลกระจัน อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง และคุณลักษณะของผู้ปกครองด้านสถานภาพคู่/สมรส และการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้ง 5 ด้านมีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ความแตกต่างด้านการรับรู้ของงานวิจัยนี้อาจเนื่องมาจากบริบททางสังคม ถิ่นที่อยู่อาศัย และวัฒนธรรมความเชื่อ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับสิ่งชักนำอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.30 สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิจิตรารุ ทระจักร⁽⁸⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 1 ปี ครึ่ง ถึง 3 ปี ของผู้ปกครอง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่าสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.90 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานเกี่ยวกับการไม่นำเด็กมาฉีดวัคซีน เนื่องจากฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่อง มากที่สุด อาจเนื่องมาจากอายุของผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้สูงอายุที่ยัง

คงยึดถือในวัฒนธรรมประเพณีของชนเผ่า และงานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูทอง พรหมวงศา และคณะ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน เมืองบริคัมภ์ แขวงบอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า อัตราการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือนนั้นต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งการให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญของการมารับวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานมารับวัคซีน โดยเฉพาะในกลุ่มชนเผ่าที่มีปัญหาด้านภาษา มีบริบททางสังคม ความเชื่อที่อาจเป็นข้อจำกัดในการเข้ารับบริการ ซึ่งงานวิจัยนี้ด้านการฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่องเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ปกครองชาวม้งไม่พาดังมารับวัคซีนพื้นฐาน

ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐาน พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการพาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนพื้นฐานประกอบด้วย ระดับการศึกษา (X₁) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไวรวิญจน์ เปรรมสุข⁽⁹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าประกอบด้วย 4 ตัวแปร ซึ่งหนึ่งในนั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้คือ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมโครงการ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jin-Won Noh และคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการให้วัคซีนในเด็กอย่างครบถ้วนและทันเวลาในเมือง Sindh ประเทศปากีสถาน พบว่าระดับการศึกษาของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนในเด็ก การศึกษาเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านต่างๆ อาจเนื่องมาจากการศึกษามักมีความเกี่ยวเนื่องกับการประกอบอาชีพ ผู้ที่มี

การศึกษาไม่สูงมากส่วนใหญ่จะทำงานหนักเพื่อหาเงินมาจุนเจือครอบครัว จึงอาจทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวน้อยลง ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก (X_2) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุสนา ดอร์แม็ง⁽⁶⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี รับการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี พบว่าสาเหตุที่รับบริการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบตามเกณฑ์อายุคือ ไม่มีเวลาหรือพ่อแม่ทำงานต่างพื้นที่ วัคซีนไม่หาตลาด และสาเหตุอื่นๆ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรภัทร กระทุ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ปกครองชาวม้งและการมารับบริการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนชั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ปัจจัยอย่างหนึ่งที่สัมพันธ์ต่อการมารับบริการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนชั้นพื้นฐานในเด็ก คือการได้รับความยินยอมในการพาบุตรหลานไปรับวัคซีนจากหัวหน้าครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับการรับบริการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนชั้นพื้นฐานสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาจเนื่องมาจากการที่เด็กไม่อยู่กับพ่อแม่ทำให้การดูแลเด็กไม่เต็มที่เท่าที่ควร จึงทำให้ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองและเด็กส่งผลกระทบต่อการรับวัคซีนของเด็ก ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ (X_3) สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุสนา ดอร์แม็ง⁽⁶⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี รับการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี พบว่าปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความพึงพอใจในการบริการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็ก อาจเนื่องมาจากความสะดวกใน

การเดินทางของแต่ละคนแตกต่างกัน บางคนมีความขาดแคลนในหลายด้านทำให้ยากต่อการเดินทางไปทำกิจกรรมต่างๆ แม้ว่ากิจกรรมนั้นจะเป็นเรื่องจำเป็นก็ตาม การพาเด็กไปรับบริการวัคซีนพื้นฐาน (X_4) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะพร แซ่อยู่⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ในเด็ก 0-2 ปี โรงพยาบาลปัตตานี: การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ของเด็ก 0-2 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า หรือเท่ากับระดับประถมศึกษา ผู้ปกครองของเด็กที่มีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีน ผู้ปกครองของเด็กที่มีความคิดเห็นที่วัคซีนไม่มีประโยชน์ และผู้ปกครองของเด็กที่มีความคิดเห็นที่วัคซีนเป็นข้อจำกัดของศาสนา อุปสรรคการรับบริการวัคซีนในเด็กอาจเนื่องมาจากความพร้อมของผู้ปกครองแต่ละครอบครัว ซึ่งหากสามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาในจุดนี้ก็จะสามารถทำให้ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนเด็กในประเทศของเราดีขึ้น ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ (X_5) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Afiong Oku และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการตามกลยุทธ์การสื่อสารการฉีดวัคซีนในเด็กในไนจีเรีย: การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผลที่ได้คือกิจกรรมการสื่อสารเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมการสร้างภูมิคุ้มกัน ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้จัดการโครงการที่จะต้องเข้าใจอุปสรรคและผู้อำนวยความสะดวกที่ส่งผลกระทบต่อการส่งมอบการสื่อสารการฉีดวัคซีน เพื่อให้สามารถดำเนินการแทรกแซงการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การที่ไม่สามารถชักนำ

หรือถึงความสนใจจากผู้ปกครองทุกคนให้เห็นถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนได้นั้นถือเป็นอุปสรรคต่อความครอบคลุมการรับบริการวัคซีนของเด็ก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการวัคซีนพื้นฐานในเด็กของชนเผ่าม้ง เพื่อส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคต่อไป

2. ควรมีการรณรงค์การฉีดวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุ 0-5 ปี ให้มากขึ้น เพื่อประชาสัมพันธ์ชักจูงให้ประชาชนสนใจในการพาบุตรหลานมารับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายขอบเขตของประชากรในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อศึกษาประชากรในกลุ่มที่กว้างขึ้นและสามารถเปรียบเทียบความสัมพันธ์และความแตกต่างได้

2. ควรเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความชัดเจน และมีความถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. ความรู้เรื่องวัคซีน [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://nvi.go.th/index.php/vaccine-knowledge/epi-program>
2. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคติดตามสถานการณ์โรคหัดหัดทั้งในประเทศและต่างประเทศอย่างใกล้ชิด [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dvb/>

news.php?news=9337&deptcode=dvb

3. กลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. รายงานสถานการณ์การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://61.19.32.29hdc/reports/page.php?\cat_id=4df360514655f79f13901ef1181ca1c7
4. ศูนย์ระบาดวิทยาโรงพยาบาลเวียงแก่น. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา อำเภอเวียงแก่น ประจำเดือนตุลาคม 2561. เชียงราย; 2561.
5. Becker MH. The Health Belief Model and Prediction of dietary Compliance: A field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior* 1977; 18(4):348-66.
6. รุสนา ดอแม็ง. ปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2562; 28(2): 224-35.
7. ณปภา ประยูรวงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ตำบลกระจัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2562; 2(2):43-53.
8. วิจิตรา รทะจักร. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 1 ปีครึ่ง ถึง 3 ปีของผู้ปกครอง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2561; 28(8):1473-89.

9. ไวรียูจน์ เปรมสุข. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารเภ้องการณธ์ 2562; 26(1):24-39.
10. ปิยะพร แซ่อู่ย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ในเด็ก 0-2 ปี โรงพยาบาลปัตตานี: การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561; 41(4):21-32.
11. เสรี ลาขโรจน์. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. ใน: เอกสารการสอน ชุดวิชาการบริหารและการจัดการ การวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2535. หน้า 65-68.
12. ภูทอง พรหมมะวงศา, คงเวียง พันทะวงศา, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, วิทยา อยู่สุข, วันพนอม ศรีเจริญ, สุนีรัตน์ ยั่งยืน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน ในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน เมืองบรีคัณฑ์ แขวงบอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 5(4):589-603.
13. Jin-Won Noh, Young-mi Kim, Nabeel Akram, Ki-Bong Yoo, Jumin Park, Jooyoung Cheon, et al. Factors affecting complete and timely childhood immunization coverage in Sindh, Pakistan; A secondary analysis of crosssectional survey data. PLOS ONE. 2018; 10:1-15.
14. วรภัทร กระทุ้. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ปกครองชาวม้งและการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนชั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561; 26(2): 145-54.
15. Afiong Oku, Angela Oyo-Ita, Claire Glenton, Atle Fretheim, Glory Eteng, Heather Ames, et al. Factors affecting the implementation of childhood vaccination communication strategies in Nigeria: a qualitative study. BMC Public Health. 2017; 17:1-12.

ผลการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร
The Effect of the Potential and Roles Development among Village Health
Volunteers in Prevention and Control of Coronavirus 2019, Yasothon Province

รัฐพล อินทรวิชัย¹, บรรจบ แสนสุข¹, สวิณีย์ ทองแก้ว¹, ประเสริฐ ประสมรักษ์², กรกวรรณ ดารุณิกร^{2*}
Ratthapon Intharawichai¹, Banjob Sansuk¹, Sawinee Thongkaew¹, Prasert Prasomruk²,
Kornkawat Darunikorn^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

²มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

¹Yasothon Provincial Public Health Office

²Mahidol University Amnatcharoen Campus

*Correspondence to: kornkawat.dar@mahidol.edu

Received: Dec 9, 2022 | Revised: Jan 12, 2023 | Accepted: Jan 23, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของ อสม. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 112 คน และประชาชนอายุ 15-59 ปี จำนวน 239 คน ด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของ อสม. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับ อสม. และประชาชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired Sample T-test

ผลการศึกษาพบว่าอสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.1 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 53.6 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 57.6 ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ ทำให้ อสม. มีความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามบทบาท เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ และได้รับมอบหมายให้เสริมสร้างความรอบรู้สู่พฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ประชาชน ภายหลังการทดลอง ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างศักยภาพและบทบาท อสม.อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันตนเอง สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ศักยภาพและบทบาท

Abstract

This quasi-experiment research aimed to study the effect of the potential and roles development of village health volunteers (VHVs) program in prevention and control of coronavirus 2019, Yasothon province. The study was conducted in a group of 112 VHVs and 239 people aged 15-59 years old, who live in Muang district of Yasothon province and calculated by mean sample test. The VHVs has developed their potential and role in prevention and control of coronavirus 2019. The data were collected by health literacy and self-care behavior questionnaires for VHVs and people which created by the researcher and inspected by 3 experts with reliability (KR-20) 0.82 and 0.87, respectively. The data were analyzed by descriptive and inferential statistics with paired sample T-test.

The study showed that, VHVs were mostly female, 87.1%, aged between 40-49 years old, 53.6%, graduated from high school, 57.6%. After the potential development, VHVs get knowledge, health literacy and roles statistic significant with p -value $<.001$. Then, VHVs was assigned to educate about prevention and control of coronavirus 2019 for the people. The results showed health literacy and self-care behavior of people were statistic significantly increased after getting a program (p -value $<.001$). Hence, the potential and roles of VHVs should be continuously strengthened to be an important mechanism for enhancing self-prevention knowledge to change appropriate health behaviors for people in community.

Keywords: Corona Virus Disease 2019, Village Health Volunteers (VHVs), Potential and Roles

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจต่อประชากรโลกอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งองค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็นการระบาดครั้งใหญ่⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558⁽²⁾ เพื่อใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการระบาดของโรคภายในประเทศ ร่วมกับการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุกในชุมชน โดยอาสาสมัครอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรสำคัญใน

การดำเนินงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ อสม. ถือว่าเป็นกำลังสำคัญในการร่วมต่อสู้กับโรคภัยครั้งนี้ และส่งผลให้ประเทศไทยสามารถผ่านวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาได้ตั้งแต่การระบาดในระลอกที่ 1 (มกราคม-พฤศจิกายน 2563) เป็นต้นมา

ปัจจุบัน อสม. มีจำนวนมากกว่า 1,090,000 คนรวมทั่วประเทศ⁽³⁾ ถือเป็นอีกกลุ่มหนึ่งในสังคมไทยที่มีส่วนร่วมกับภาครัฐจนเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้นในงานสาธารณสุข⁽⁴⁾ เนื่องจากได้ร่วมดำเนินการในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ รวมถึงสถานการณ์

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครั้งนี้ แม้ว่าในระลอกที่ 3 จะพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมากขึ้น แต่ทีม อสม. ยังคงปฏิบัติหน้าที่อย่างเข้มแข็ง ทั้งการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการกักตัว เคาะประตูบ้านเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง รวมถึงการรณรงค์ให้ความรู้ และข่าวสารในการป้องกันตนเอง สำหรับประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽⁵⁾ จากการทำงานที่เข้มแข็งของ อสม. จึงเป็นกลไกสำคัญที่นำความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน และผลงานดังกล่าวนี้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปรวมถึงองค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾

อย่างไรก็ตาม ในยุคที่ปัญหาสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว อสม. จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถปฏิบัติงานอาสาในงานสาธารณสุขและเป็นต้นแบบของประชาชนได้ โดยการได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁷⁾ มีการศึกษาหลายฉบับที่ยืนยันว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.^(8,9,10) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีหรือระดับมาก^(10,11) ซึ่งถือว่าเป็นต้นแบบของประชาชน

โดย อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพและบทบาทผ่านโปรแกรมที่หลากหลาย อาทิ การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของ สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์⁽¹²⁾ ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1) การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติโดยการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค 2) การเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติโดยสร้างการรับรู้ประโยชน์ 3) การลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการสร้างการรับรู้อุปสรรคและ 4) การหาสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ระยะเวลา 7 สัปดาห์ของ รจนารถ ชูใจ และคณะ⁽¹¹⁾ ส่งผลให้อสม. มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนำไปสู่การปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยได้ดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการระดมทรัพยากรเพื่อป้องกันควบคุมโรค การตรวจเยี่ยม และการเสริมพลังผู้ติดเชื้อซึ่งแนวปฏิบัติการดำเนินการป้องกันการระบาดของ อสม. ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวัง คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 2) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3) การสนับสนุนการดำเนินงานสอบสวนหรือควบคุมโรค 4) การสร้างการมีส่วนร่วมและสื่อสารประชาสัมพันธ์⁽¹³⁾ และ อสม. ยังเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทั้งการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น การปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้น การให้คำแนะนำการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเอง และการดำเนินงานเรื่องวัคซีนสุขภาพจิต⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตามในบริบทของสังคมเมืองมีความซับซ้อนในการดำเนินงานทั้งการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.ที่จะนำไปสู่การถ่ายทอดต่อสู่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

จากสภาพปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แม้จะมีปัญหาต่อเนื่อง

ยาวนาน และปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง และจะกลายเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งเป็นผลจากการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. แต่เนื่องจากความซับซ้อนในด้านการบริหารงานและการส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนที่ยังมีข้อจำกัด จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพในด้านการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ อสม. ของกรมควบคุมโรค เพื่อให้มีศักยภาพและสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของ อสม. และผลการดำเนินงานของ อสม. ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ประชาชน จังหวัดยโสธร เพื่อเป็นข้อมูลในการขยายผลสู่การดำเนินงานเพื่อป้องกันวิกฤตการณ์ด้านสุขภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผลการดำเนินงานของ อสม. ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ประชาชน จังหวัดยโสธร

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นการศึกษาในประชากรทั้งหมด 2 กลุ่ม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 112 คน และประชาชนอายุ 15-59 ปี จำนวน 239 คน ในหมู่บ้านเขตพื้นที่ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งนางโอก อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จึงใช้การคำนวณความเพียงพอของขนาดตัวอย่างในกลุ่มประชาชนมีจำนวนมากที่สุด โดยการคำนวณ Power of Test ($1-\beta$) ด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แทนค่าความแปรปรวนจากการศึกษาของ รจนารถ ชูใจ และคณะ เท่ากับ 0.35 และผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.25⁽⁹⁾ เมื่อแทนค่าตามสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25.4 คน เมื่อคิดอัตราการสูญเสีย ร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) จึงคูณด้วยค่า Design Effect เท่ากับ 2 ได้กลุ่มตัวอย่าง 64 คน จะมีอำนาจการทดสอบที่ 100 เปอร์เซ็นต์ ดังนั้นขนาดตัวอย่าง อสม. จำนวน 112 คน และประชาชนอายุ 15-59 ปี จำนวน 239 คน จึงเพียงพอต่อการวิเคราะห์สำหรับงานวิจัยครั้งนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย

1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของ อสม. โดยใช้หลักสูตร COVID-19 Literacy 15 ชั่วโมง 6 หน่วยการเรียนรู้ จัดการเรียนรู้แบบ On-site ดังนี้

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยการบรรยาย

“โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” โดยใช้ใบความรู้ที่ 1 “เข้าใจ รู้ได้ ง่ายเพียงปลายนิ้ว” ใบกิจกรรมที่ 1 “สืบค้นเพิ่มความรู้” และใบกิจกรรมที่ 2 “ข้อมูลนี้เชื่อได้จริงหรือ” จำนวน 2 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การสร้างเสริมทักษะความเข้าใจในข้อมูล และบริการสุขภาพ โดยการบรรยาย “ข้อมูลสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” และโดยใช้ใบกิจกรรมที่ 3 “โรคอุบัติใหม่ โควิด-19 กับบทบาท อสม.” ใบกิจกรรมที่ 4 “รู้ได้โดยกราฟ” ใบกิจกรรมที่ 5 “เรื่องเล่าจากเพื่อน อสม.ด้วยกัน” และประเมินด้วยแบบประเมินหลังเรียน “โรคอุบัติใหม่ โควิด-19 กับบทบาท อสม.” จำนวน 2 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การสร้างเสริมทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ โดยการบรรยาย “ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 6 “สื่อสารอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ” จำนวน 2 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง “การตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 7 “เลือกอันไหนดี” จำนวน 3 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 ก้าวสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 8 “จัดบ้านดี Home Free COVID” และใบกิจกรรมที่ 9 “ปลอดภัย ปลอดภัย สบายใจ หายห่วง” จำนวน 3 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 6 การบอกต่อ “การถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” จำนวน 3 ชั่วโมง

2) กระบวนการมอบหมายและกำกับบทบาทหน้าที่ เป็นการประชุมมอบหมายภารกิจ

ร่วมกัน ในการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อโรค การสื่อสารในการป้องกันโรค การป้องกันการเกิดโรค และการป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในคู่มือที่รับผิดชอบ และรายงานใน Line Official ทุกวัน ในเวลา 16.30 น. เพื่อสรุปภาพรวมผลการดำเนินงาน สถานการณ์ของโรค ความเสี่ยงในชุมชน และคืนข้อมูลให้ผู้นำชุมชนเพื่อสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านในการเตรียมและเตือนชุมชนในการเฝ้าระวัง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผลทุก 2 สัปดาห์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนดำเนินการวิจัยได้เสนอขออนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยของสาธารณสุขจังหวัดยโสธร และได้รับอนุมัติ เลขที่ YPHO-REC 2563/027 ลงวันที่ 24/07/2563

1) เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่ม อสม. ด้วยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) คุณลักษณะส่วนบุคคล (2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ ถูก หรือ ผิด จำนวน 15 คะแนน โดยแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ (Bloom et al.)⁽¹⁵⁾ เป็นระดับต่ำ (ต่ำกว่า 9 คะแนน) ปานกลาง (9-12 คะแนน) และสูง (12-15 คะแนน) (3) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับ อสม. ตามแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹⁶⁾ แปลผลเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00-1.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.34-2.66 คะแนน) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.67-4.00 คะแนน) (4) แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาท จำนวน 20 ข้อ แปลผลแบบอิงเกณฑ์ (Bloom et al.)⁽¹⁵⁾ ได้แก่ ระดับน้อย (ต่ำกว่า 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) และระดับมาก (16-20 คะแนน)

2) เก็บรวบรวมในกลุ่มประชาชน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) คุณลักษณะส่วนบุคคล

(2) แบบสอบถามความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แผลผลเช่นเดียวกับแบบสอบถาม อสม. และ (3) แบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันตนเอง เป็นมาตรฐานค่า (Rating Scale) 5 ระดับ การแปลผลตามเกณฑ์ (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด)/อันตรายภาคขึ้น เป็น 3 ระดับ คือ ไม่เหมาะสม (คะแนนต่ำกว่า 47 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 48-73 คะแนน) และระดับเหมาะสม (คะแนนตั้งแต่ 74 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามสำหรับ อสม. และประชาชน เท่ากับ 0.94 และ 0.96 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try-out) กับกลุ่มอาสาสมัครจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูล ศักยภาพและบทบาทของ อสม. ด้านการป้องกันและควบคุมโรค และผลการดำเนินงานของ อสม. ในการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ประชาชน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาสาสมัครตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Paired Sample T-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.1 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 53.6 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 57.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 65.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.8 มีระยะเวลาที่เป็น อสม. ต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 76.5 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 89.7 มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 31.8 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ร้อยละ 85.4 โดยมีศักยภาพและการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

1) ศักยภาพและการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศักยภาพของ อสม. ประกอบด้วยความรู้และความรอบรู้ของ อสม. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยที่ก่อนการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 74.2 แต่ภายหลังการพัฒนา ศักยภาพ อสม. มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.4 และระดับสูง ร้อยละ 14.6

ความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังการทดลอง มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงทุกด้าน ภาพรวมพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรวมเท่ากับ 3.69 (S.D.=0.34) ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรวมเท่ากับ 3.81 (S.D.=0.29)

การปฏิบัติตามบทบาทในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าหลังการทดลองในทุกด้าน ภาพรวมพบว่า ก่อนการทดลอง อสม. มีค่า

เฉลี่ยการปฏิบัติตามบทบาทในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมเท่ากับ 1.39 (S.D.=0.12) ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 1.63 (S.D.=0.38)

2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยศักยภาพและการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ด้านการ

ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ภายหลังการทดลองทั้งความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามบทบาทในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. เพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามบทบาทในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. (n=112)

ตัวแปร	Mean (S.D.)		t	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	8.83 (0.06)	10.47 (0.06)	21.401	<0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับ อสม. ในการป้องกันควบคุมโรค	3.61 (0.08)	3.85 (0.02)	9.141	<0.001
การปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันโรค	1.39 (0.07)	1.63 (0.02)	10.436	<0.001

2. ข้อมูลทั่วไปของประชาชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.7 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 39.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 75.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-9,999 บาท ร้อยละ 39.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 91.9 ส่วนใหญ่เป็นพ่อหรือแม่ ร้อยละ 88.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.9 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารผ่าน อสม. เป็นหลัก ร้อยละ 70.5 โดยประชาชนได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

ประชาชนมีความรู้ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพอยู่ในระดับสูง โดยก่อนการพัฒนาศักยภาพ ประชาชนมีค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ที่ 13.9 คะแนน (S.D.=0.64) แต่ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ มีความรู้เพิ่มขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยความรู้

อยู่ที่ 14.9 คะแนน (S.D.=0.22) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพอยู่ในระดับสูง ภาพรวมพบว่า ก่อนการทดลอง ประชาชนมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 3.76 (S.D.=0.14) ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นอยู่ที่ 3.92 (S.D.=0.21)

ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งก่อนและหลังการทดลองในระดับปานกลางทุกด้าน ภาพรวมพบว่า ก่อนการทดลอง ประชาชนมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเท่ากับ 3.13 (S.D.= 0.12) ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองสูงขึ้นเป็น 3.32 (S.D.=0.97)

2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ

ประชาชน พบว่า ภายหลังจากทดลอง ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ

ประชาชน เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($n=239$)

ตัวแปร	Mean (S.D.)		t	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อฯ	13.9 (0.64)	14.9 (0.22)	24.482	<0.001
ความรอบรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อฯ	3.76 (0.14)	3.92 (0.21)	10.583	<0.001
พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อฯ	3.13 (0.12)	3.32 (0.97)	3.255	<0.001

วิจารณ์

1. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพและบทบาทของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครั้งนี้ประกอบด้วย

- 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2) กระบวนการมอบหมายและกำกับบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อโรค การสื่อสารในการป้องกันโรค การป้องกันการเกิดโรค และการป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในคู่ที่รับผิดชอบ และรายงานใน Line Official ทุกวันในเวลา 16.30 น. เพื่อสรุปภาพรวมผลการดำเนินงาน สถานการณ์ของโรค ความเสี่ยงในชุมชน และคืนข้อมูลให้ผู้นำชุมชนเพื่อสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านในการเตรียมและเตือนชุมชนในการเฝ้าระวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร เนติรัฐกร ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติการดำเนินการป้องกันการระบาดของ อสม. ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวัง คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 2) การส่งเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรค 3) การสนับสนุนการดำเนินงานสอบสวนหรือควบคุมโรค 4) การสร้างการมีส่วนร่วมและสื่อสารประชาสัมพันธ์⁽¹³⁾ และการศึกษาของ รจนารถ ชูใจ และคณะ ที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์⁽⁹⁾ ทั้งนี้สำหรับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพและบทบาทของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในงานวิจัยนี้ ได้มีการพัฒนาและต่อยอดจากรูปแบบการศึกษาอื่นๆ โดยการนำสื่อ Social media ตัวอย่างเช่น Line Official เข้ามาช่วยในการเสริมสร้างความรอบรู้ให้แก่ อสม. ให้เกิดการเรียนรู้อย่างความต่อเนื่อง

2. ศักยภาพและบทบาทของ อสม. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการพัฒนาศักยภาพ กลุ่ม อสม. มี

ความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 74.2 แต่ภายหลังการพัฒนาศัภษาภาพพบว่า กลุ่ม อสม. มีความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.4 และระดับสูง ร้อยละ 14.6 และในภาพรวม ศัภษาภาพของกลุ่ม อสม. มีค่าเพิ่มสูงขึ้นจากระดับต่ำ เป็นระดับปานกลางที่ภายหลังการพัฒนาศัภษาภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวีพัฒนา อ่อนประสงค์ และคณะ โดยทำการศึกษาคำความรู้ ของ อสม. ในการป้องกันโรคโควิด 19 จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า อสม.จำนวน 900 คน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 98.56 ($M=11.20$ $S.D.=0.62$) โดยมาตรการที่คิดว่ามีผลต่อการลดการเกิดโรคมามากที่สุด คือ การอยู่บ้าน ร้อยละ 62.56⁽¹¹⁾ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกระบวนการในการพัฒนาศัภษาภาพด้านความรู้ที่มุ่งเน้นการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมแบบ Active Learning ส่งผลให้ อสม.สามารถเรียนรู้และเข้าใจได้อย่างลึกซึ้ง จดจำ นำไปใช้ได้

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการทดลอง อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเอกราช มีแก้ว และคณะ ที่พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับดีมาก (ร้อยละ 85.12)⁽⁶⁾ การศึกษาของสุวีพัฒนา อ่อนประสงค์ และคณะ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของ อสม. ซึ่งมีความรอบรู้ระดับดี ร้อยละ 100⁽¹¹⁾ และการศึกษาของ ดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 ผลศึกษาพบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี

มาก⁽¹⁰⁾ แต่ภายหลังการทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงทุกด้าน และมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนารถ ชูใจ และคณะ ที่ อสม.ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 มีค่าสูงขึ้นเป็น ($M=104.69$, $SD=5.34$) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M=100.89$, $SD=6.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽⁹⁾ ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลไกในการเสริมสร้างความรอบรู้ของโปรแกรมพัฒนาศัภษาภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีลักษณะกระตุ้นทักษะทางปัญญาและสังคมร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงเปรียบเทียบ มีกิจกรรมที่มุ่งสร้างความเข้าใจในข้อมูล และบริการสุขภาพ เช่น กิจกรรม “โรคอุบัติใหม่ โควิด-19 กับบทบาท อสม.” กิจกรรม “รู้ได้โดยกราฟ” “เรื่องเล่าจากเพื่อน อสม.ด้วยกัน” และมีการประเมินด้วยแบบประเมินหลังเรียน “โรคอุบัติใหม่ โควิด-19 กับบทบาท อสม.” ก่อให้เกิดความรอบรู้ในกลุ่ม อสม. ที่สูงขึ้น

3) การปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. พบว่า ก่อนการทดลอง ทีม อสม. มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.39 ($S.D.= 0.12$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสรวิณี เอี่ยมนัย พบว่า ส่วนใหญ่ อสม. มีการปฏิบัติตามบทบาทอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.7)⁽¹⁷⁾ การศึกษาของ จิรยุทธ์ คงนุ่น ส่วนใหญ่มี

ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 52.4)⁽¹⁸⁾ การศึกษาของวิทยา ชินบุตร และคณะ พบว่า อสม. มีการปฏิบัติตามบทบาท อยู่ในระดับมาก⁽¹⁹⁾ การศึกษาของ เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช และคณะ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในระดับมาก ร้อยละ 72.0⁽²⁰⁾ การศึกษาของ สุวัฒนา อ่อนประสงค์ และคณะ พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ที่ถูกต้องทุกครั้ง ตั้งแต่ร้อยละ 79.90 ขึ้นไป⁽¹¹⁾ เอกราช มีแก้ว และคณะ พบว่า อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ในระดับดีมาก ร้อยละ 80.24⁽⁸⁾ และการศึกษาของ มานิตา ทาแดง และคณะ ศึกษาการปฏิบัติตามควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. พบว่า อยู่ในระดับมาก⁽²¹⁾

แต่ภายหลังการทดลองครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงขึ้นเป็น 1.63 (S.D.=0.38) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร เนติรัฐกร พบว่า อสม. ร้อยละ 52.6 มีการดำเนินการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมาก ส่วนใหญ่ อสม. ร้อยละ 78.9 มีความพึงพอใจต่อการดำเนินการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมาก⁽¹³⁾ การศึกษาของรจนารถ ชูใจ และคณะที่ อสม. ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 ($M=77.11$, $SD=8.21$)

สูงกว่าก่อนได้รับ ($M=76.60$, $SD=7.39$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽⁹⁾ การศึกษาของ สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์ พบว่า ภายหลังการทดลอง อสม. มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁽¹²⁾ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพที่มุ่งให้เกิดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และก้าวสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กิจกรรม “จัดบ้านดี Home Free COVID” และกิจกรรม “ปลอดภัย ปลอดภัย สบายใจ หายห่วง” ทำให้ อสม. มีระดับการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างเห็นได้ชัด

3. ผลการดำเนินงานของ อสม. ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ประชาชน

1) ความรู้ของประชาชน พบว่า ประชาชนมีความรู้ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา ห้าวหาญ, พรรณวดี ขำจริง พบว่า ประชาชนในจังหวัดภูเก็ตมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($M=0.77$) โดยก่อนการพัฒนาศักยภาพ ประชาชนมีค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ที่ 13.9 คะแนน (S.D.=0.64) แต่ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ มีความรู้เพิ่มขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ที่ 14.9 คะแนน (S.D.=0.22) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) เนื่องจากการเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องของ อสม. อย่างต่อเนื่องในคู่ที่รับผิดชอบ ทำให้ลดความสับสนจากการเสพสื่อต่างๆ อีกทั้งทั้งชาวลือและชาวบิเดเบียนได้รับการชี้แจงข้อเท็จ

จริงจาก อสม.ที่ผ่านการพัฒนาความรู้ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถนำความรู้มาถ่ายทอดแก่ประชาชนได้อย่างถูกต้อง⁽²²⁾

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ประชาชนมีความรอบรู้ในระดับสูงทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา อุ่นอ้าย และคณะ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง⁽²³⁾ แต่ภายหลังการทดลองพบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น โดยก่อนการทดลอง ประชาชนมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 3.76 (S.D.= 0.14) ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นอยู่ที่ 3.92 (S.D.=0.21) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ซึ่งเป็นผลจากการเสริมสร้างความรอบรู้โดย อสม.อย่างต่อเนื่อง โดยการเคาะประตูบ้านให้ข้อมูลที่ต้องการ เข้าใจ เข้าถึงทุกครั้งเวียน

3) พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งก่อนและหลังการทดลองในระดับปานกลางทุกด้าน แตกต่างจากการศึกษาของ กรรณิกา อุ่นอ้าย และคณะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($M=66.49$, $SD=44.75$) ในภาพรวมจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ก่อนการทดลอง ประชาชนมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 3.13 (S.D.=0.12) ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงขึ้นเป็น 3.32 (S.D.=0.97) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$)⁽²³⁾

สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.68$, $S.D.=0.34$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง⁽²⁴⁾ ซึ่งเป็นผลจากการเสริมสร้างทักษะและพฤติกรรมที่ถูกต้องโดย อสม.อย่างต่อเนื่อง และการกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตน จึงเข้าใจปัญหาและอุปสรรคที่พบเจอ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอเพื่อนำไปใช้

1) เป็นข้อมูลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ในการนำรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมที่อิงสถานการณ์บริบทในพื้นที่ ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักสูตรที่มุ่งเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องไปใช้ในการพัฒนา อสม. เพื่อให้สามารถนำไปถ่ายทอดต่อแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง

2) ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการมอบหมายบทบาทหน้าที่และกำกับติดตามการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.อย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมพลังและความรอบรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกรณีวิกฤติด้านสุขภาพ

2. ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาพัฒนาหลักสูตรการเสริมสร้างความรอบรู้ระดับวิจักษณ์ญาณสำหรับ อสม. สำหรับการดูแลตนเองและชุมชน ในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 และเฝ้าระวังการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้ออหิวาต์

2) ควรศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างพื้นที่ที่ อสม.ได้รับความรู้ตามหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น และการดำเนินงานปกติของสถานบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020 [internet]. 2020 [cited 2020 June 9]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 48 ง (วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563).
3. ระบบข้อมูลสาธารณสุข กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. รายงาน อสม. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/osm/province.php>
4. เวหา เกษมสุข, รักชนก คชไกร. ความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2558; 16(2):59-68.
5. กระทรวงสาธารณสุข. การรณรงค์ “เคาะประตูบ้านต้านโควิด-19”. หนังสือสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ สธ 0750.03/ว153 ลงวันที่ 3 มี.ค. 2563.
6. WHO (World Health Organization). อสม.ไทยกว่าล้านคน หรือ “ผู้ปิดทองหลังพระ” ช่วยสอดส่องดูแลให้ชุมชนห่างไกลโควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-1-million-village-health-volunteers-unsung-heroes-are-helping-guard-communities-nationwide-from-covid-19-TH>
7. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. BMC Public Health 2013; 13(261):1-8.
8. เอกราช มีแก้ว, วัลลภ ใจดี, สุนิศา แสงจันทร์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2565; 32(1):74-87.
9. รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลอนตะโก อำเภอเมือง

- จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564; 8(1):250-62.
10. ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจารย์ อับดุลลาగాซิม, นิภา มหารัชพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(1):257-72.
 11. สุวัฒนา อ่อนประสงค์, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์, พิทักษ์ กาญจนศร, คณยศ ชัยอาจ. ความรู้และการปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการป้องกันโรคโควิด 19 จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564; 28(3):83-92.
 12. สิริกาญจน์ กระจำงโพธิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(3):478-87.
 13. สมพร เนติรัฐกร. แนวปฏิบัติในการดำเนินการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2564; 4(2):111-20.
 14. เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, สาริณี โต๊ะทอง. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: บทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพจิตชุมชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19. วารสารการแพทย์-โรงพยาบาลอุตรธานี 2564; 29(2):314-23.
 15. Bloom BS, Hastings T, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
 16. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. โปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การป้องกันวัณโรคในชุมชน. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
 17. สรวุฒิ เอี่ยมนัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอองไทรลาค จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุศึกษาศึกษา 2564; 1(2):75-90.
 18. จิรยุทธ์ คงนุ่น. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดพิจิตร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2564; 3(3):40-51.
 19. วิทยา ชินบุตร, นภัทร ภัคดีศรีวิชญ์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564; 6(2):304-18.
 20. เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, รัชยานภิศ รัชตะวรรณ, บุญประจักษ์ จันทร์วิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังตนเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัด นครศรีธรรมราช. วารสารสังคมศาสตร์และ มานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564; 6(12):360-75.

21. มานิตา ทาแดง, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธ์ จุฑะรสก. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัย ทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับ บัณฑิตศึกษา) 2565; 22(2):189-200.
22. จันทิมา หัวหาญ, พรรณวดี ขำจริง. ความ รู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต. ใน : การ ประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 11 ปีการศึกษา 2563; 19 กุมภาพันธ์ 2564; วิทยาลัย เทคโนโลยีภาคใต้, นครศรีธรรมราช: 2564. หน้า 169-178.
23. กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกฎากจร, ดวงใจ ปันเจริญ. ความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ 2565; 49(1):200-12.
24. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวรัตน์ ไชยมภู, กชกร ฉายากุล. ความสำเร็จ ในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โควโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์ 2563; 12(3): 195-212.

อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมการจัดการตนเองของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดเชื้อโควิด-19 อำเภอวานาน้อย จังหวัดน่าน
Long Covid-19 and Self-Management Behavior Among Village Health
Volunteers who infected Covid-19 in Nanoi District, Nan Province.

จารุวรรณ รุ่งเรือง*, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ
Jaruwat Roongrueang*, Taweewun Srisookkum

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
School of Public Health, University of Phayao

*Correspondence to: Lijamyung@gmail.com

Received: Dec 22, 2022 | Revised: Feb 13, 2023 | Accepted: Feb 15, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการจัดการตนเอง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังติดเชื้อโควิด-19 อำเภอวานาน้อย จังหวัดน่าน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน-15 พฤศจิกายน 2565 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.83, 0.77 และ 0.88 ตามลำดับ โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 49.2 ปี จบการศึกษามากกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 59.8 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,313.6 บาท มีระยะเวลาในการเป็น อสม. โดยเฉลี่ย 12.7 ปี และมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 86.4 กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ ปัจจัยด้านเพศ ส่วนปัจจัยด้านความรอบรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และระยะเวลาในการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.444$, $r = 0.381$, $r = 0.299$, $r = 0.270$ และ $r = 0.231$ ตามลำดับ) ด้วยเหตุนี้ พื้นที่ควรมีการจัดกิจกรรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ให้แก่ อสม. เพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถให้ อสม. ต่อไป

คำสำคัญ: โรคโควิด-19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, พฤติกรรมการจัดการตนเอง

Abstract

The cross-sectional survey study also explored long-term COVID-19, self-management behavior among Village Health Volunteers (VHVs) infected with COVID-19, health literacy, perceived COVID-19, self-management behavior, and associated factors to self-management behavior among VHVs infected with COVID-19. The area study is located in Nanoi District, Nan Province. One hundred and thirty two VHVs that infected COVID-19 were chosen by multi-stage cluster sampling between November 1 and November 15, 2022. Three experts validated a questionnaire employed as the instrument; the reliability of health literacy, perceived COVID-19, and self-management behavior were 0.83, 0.77, and 0.88, respectively. Using descriptive analysis, the Chi-square test, and Spearman's rank, the data were evaluated.

The majority of the sample were female, with a mean age of 49.2 years, a secondary school education and above 59.8 years, agriculture 74.2 months, a monthly income of 7,313.6 baths, and a VHV experience of 12.7 years. Long COVID symptoms were present in 86.4 percent of the samples, health literacy and COVID-19 perception were moderate, and self-management behavior COVID-19 was high. The factors that were associated with self management behavior Covid-19 were sex ($p < 0.05$), and of health literacy, perceived Covid-19 were positively significant ($r = 0.444$, $r = 0.381$) and moderate level, whereas perceived benefit, perceived self efficacy, and years experience of VHVs were also positively significant. ($r = 0.299$, $r = 0.270$, $r = 0.231$). As a result, health literacy activities, perceived Covid-19 for VHVs in the area research, and similar activities should be established.

Keywords: Covid-19, Village Health Volunteer, Self-management behavior

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 ที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันทั่วโลกมีรายงานผู้ติดเชื้อสะสม ณ วันที่ 8 สิงหาคม 2565 จำนวน 579,092,623 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 7,267.06 และเสียชีวิตสะสมจำนวน 6,407,556 ราย คิดเป็นอัตรารายต่อแสน

ประชากรเท่ากับ 80.41⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย มีรายงานผู้ติดเชื้อสะสม ณ วันที่ 8 สิงหาคม 2565 จำนวน 4,607,451 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 6,969.56 รายต่อแสนประชากร และเสียชีวิตสะสมจำนวน 31,630 ราย คิดเป็นอัตรารายต่อแสนประชากร⁽²⁾ สำหรับจังหวัดน่าน พบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 102,558 ราย คิดเป็นอัตราป่วย

21,587.66 รายต่อแสนประชากร และเสียชีวิตสะสม จำนวน 107 ราย คิดเป็นอัตราตาย 22.52 รายต่อแสนประชากร⁽³⁾ และอำเภอนาน้อยพบผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 5,160 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 177,808.41 รายต่อแสนประชากร และเสียชีวิตสะสม จำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตราตาย 20.20 รายต่อแสนประชากร⁽⁴⁾ ซึ่งอำเภอนาน้อยได้ใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการระบาดของโรค ร่วมกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเชิงรุกในชุมชน สอดคล้องกับนโยบายและมาตรการของประเทศและจังหวัดน่าน

โดยบุคลากรที่เป็นส่วนสำคัญในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบบเคียงบ่าเคียงไหล่มาตลอดคือกลุ่มประชาชนอาสาสมัครอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือเป็นกำลังหลักด่านหน้าที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อสม. มีบทบาทสำคัญในการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการกักตัว เคาะประตูบ้านเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองของชุมชน รวมถึงการรณรงค์ให้ความรู้ สสำรวจการได้รับวัคซีน ป้องกันโรคโควิด-19 และแพร่กระจายข่าวสารในการป้องกันตนเอง สำหรับประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคโควิด-19 รวมถึงสร้างความตระหนักเกี่ยวกับ Social Distancing และเป็นต้นแบบที่ดีให้แก่ประชาชน⁽⁵⁾ จากข้อมูลสถิติการติดเชื้อของ อสม. จังหวัดน่าน ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2565 พบ อสม. จังหวัดน่าน ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2,106 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.78 จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 จากการทำงานใกล้ชิดกับประชาชนที่เป็นผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก สำหรับ อสม.

อำเภอนาน้อย พบติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 152 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20.20 ซึ่งสูงกว่าระดับจังหวัดและสูงเป็นอันดับ 5 ของ อสม.ในจังหวัดน่าน⁽⁶⁾ ซึ่งการติดเชื้อโควิด-19 ไม่ใช่แค่ติดเชื้อรักษาหายแล้วจบ แต่พบว่ามีโอกาสที่เกิดอาการหลงเหลือหลังจากการติดเชื้อโควิด-19 (Long covid-19) เป็นระยะเวลา นานกว่า 4 สัปดาห์ ในผู้ที่หายจากโรคโควิด-19 โดยกลุ่มอาการแสดงผิดปกติที่เกิดขึ้นมีมากกว่า 200 อาการ สามารถเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในทุกเพศทุกวัย โดยในแต่ละคนจะมีอาการแสดงหรืออาการที่เป็นใหม่ไม่เหมือนกัน⁽⁷⁾

งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่ามีการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน^(8,9,10) กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽¹¹⁾ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง⁽¹²⁾ และพบการดำเนินงานเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ไม่ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองใน อสม. ที่ติดเชื้อโควิด-19 จึงจะใช้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการจัดการตนเอง โดยประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)⁽¹³⁾ ร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) มาประยุกต์ใช้⁽¹⁴⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) ร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการคือ เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ความรอบรู้ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการจัดการตนเอง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการ

ตนเองของ อสม. หลังติดเชื้อโควิด-19 อำเภอ นาน้อย จังหวัดน่าน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง ประชากรเป้าหมาย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดเชื้อโควิด-19 อำเภอ นาน้อย จังหวัดน่าน จำนวนทั้งสิ้น 152 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างประเภทการประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบขนาดประชากร ตามหลักการของ n4 studies⁽¹⁵⁾ เมื่อคำนวณจะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 126 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือความครบถ้วนของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 132 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากครั้งเดียวแบบไม่ใส่คืน ตามสัดส่วนที่คำนวณไว้จนครบ 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ใช้จากงานวิจัยต่างประเทศ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็น อสม. และประวัติอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open ended) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 โดยประยุกต์จากแบบมาตรฐาน⁽¹⁶⁾ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Rating scale

5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด 5 คะแนน, มาก 4 คะแนน, ปานกลาง 3 คะแนน, น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 50 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์⁽¹⁷⁾

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยประยุกต์จากแบบมาตรฐาน⁽¹⁸⁾ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรค จำนวน 8 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค จำนวน 3 ข้อ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการรับมือกับโรคโควิด-19 จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Rating scale 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด 5 คะแนน, มาก 4 คะแนน, ปานกลาง 3 คะแนน, น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 80 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์⁽¹⁷⁾

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยประยุกต์จากแบบมาตรฐาน⁽¹⁸⁾ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 3 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ และด้านการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Rating scale 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน, ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน, ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน รวมทั้งหมด 65 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์⁽¹⁷⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ไขแบบสอบถาม

ตามผู้ทรงคุณวุฒิ 3 โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.96-1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.83 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.77 พฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 0.88

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการรับรองพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ใบรับรองเลขที่ UP-HEC 1.2/081/65

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติไคสแควร์เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การศึกษา อาชีพ และอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 กับระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน⁽¹⁹⁾ ในการหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. ความรอบรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากข้อมูลเป็นโค้งไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 มีอายุ 41-60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 49.2 ปี อายุต่ำสุด 27 ปี และอายุสูงสุด 71 ปี การศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 59.8 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 74.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.9 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,313.6 บาท พบมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 100,000 บาท ระยะเวลาในการเป็น อสม. ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 52.3 โดยระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 12.7 ปี

2. อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ความรอบรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 86.4 และไม่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 13.6 โดยพบอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุด คือ อาการเหนื่อยง่าย ร้อยละ 53.8 รองลงมามีอาการไอ ร้อยละ 26.5 และมีอาการชา/ปวดกล้ามเนื้อ และข้อ ร้อยละ 25.8 ตามลำดับ ซึ่งอาการที่พบน้อยที่สุด คือ มีไข้ต่ำ ร้อยละ 0.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19

อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี อาการ	18	13.6
มีอาการ	114	86.4
อาการที่พบ ได้แก่		
อาการเหนื่อยง่าย	71	53.8

อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
อาการไอ	35	26.5
อาการชา/ปวดกล้ามเนื้อและข้อ	34	25.8
อาการนอนไม่หลับ/อารมณ์แปรปรวน	30	22.7
อาการอ่อนเพลีย	29	22.0
อาการปวดหัว/เวียนศีรษะ	26	19.7
อาการแน่นหน้าอก	15	11.4
อาการขาดสมาธิ/สมองล้า	15	11.4
อาการหายใจหอบ/ใจสั่น	13	9.8
อาการเกิดผื่นตามตัว	6	4.5
อาการเบื่ออาหาร	6	4.5
อาการปวดหู/มีเสียงในหู	5	3.8
อาการปวดท้อง/ท้องเสีย	4	3.0
อาการสูญเสียการได้กลิ่นและรับรส	2	1.5
อาการเจ็บคอ/มีเสมหะ	2	1.5
อาการใช้ต่ำ	1	0.8

อสม. มีพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ระดับสูง (mean=52.2, S.D.=8.8) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อสม. มีพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อโควิด-19 (mean=12.2, 28.9 S.D.=2.8, 5.1 ตามลำดับ) ส่วนอีก 1 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการออกกำลังกาย (mean=11.0, S.D.=2.8) ดังตารางที่ 2 โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน และรายชื่อ ได้ดังนี้

ด้านการบริโภคอาหาร อสม. มีพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ด้านการ

บริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อสม. มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมากทุกข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ใช้ช้อนกลาง และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น 2) การดูแลร่างกายให้แข็งแรง โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ 3) มีการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ (mean=4.2, 4.1, 3.9 S.D.=1.1, 1.0, 1.2 ตามลำดับ)

ด้านการออกกำลังกาย อสม. มีพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ด้านการออกกำลังกายในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อสม. มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก ได้แก่ 1) มีการออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออกเป็นประจำ 2) หลังจากออกกำลังกาย ท่านนอนหลับพักผ่อน ในช่วงกลางคืนได้ยาว วันละ 7-8 ชั่วโมง (mean=3.8, 3.8 S.D.=1.2, 1.2 ตามลำดับ) รองลงมา มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ มีการออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที (mean=3.5 S.D.=1.1) ด้านการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อโควิด-19 อสม. มีพฤติกรรมจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ด้านการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวม

อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อสม. มีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยและสุขภาพ ทุกครั้งเมื่อต้องออกพื้นที่ปฏิบัติงาน (Mean=4.6, S.D.=0.8) รองลงมา มีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ท่านมีการลดความเสี่ยงทางการเงิน โดยการหารายได้ และการลงทุนจากช่องทางใหม่เพิ่มขึ้น เพื่อความยืดหยุ่นในสถานะการเงินของตนเอง (Mean=3.3, S.D.=1.3)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านการบริโภคอาหาร	12.2	2.8	สูง
1. การดูแลร่างกายให้แข็งแรง โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่	4.1	1.0	สูง
2. การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ใช้ช้อนกลาง และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	4.2	1.1	สูง
3. มีการควบคุมปริมาณอาหารและรสอาหาร ไม่ให้ หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ	3.9	1.2	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	11.0	2.8	ปานกลาง
4. มีการออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออกเป็นประจำ	3.8	1.2	สูง
5. มีการออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที	3.5	1.1	ปานกลาง
6. หลังจากออกกำลังกาย ท่านนอนหลับพักผ่อน ในช่วงกลางคืนได้ยาว วันละ 7-8 ชั่วโมง	3.8	1.2	สูง

รายการ	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อโควิด-19	28.9	5.1	สูง
7. ท่านสามารถปฏิบัติงาน แบ่งปันข้อมูลและอุปกรณ์ร่วมกับ อสม. คนอื่นๆ	4.2	1.0	สูง
8. ท่านสามารถใช้โทรศัพท์เป็นการสื่อสารหลักในการปฏิบัติหน้าที่ ดูแลประชาชน และติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ	4.2	1.0	สูง
9. ท่านรักษาความสัมพันธ์อันดีกับหน่วยงานรัฐและให้ความร่วมมือในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	4.3	1.0	สูง
10. ท่านมีการจัดบันทึกการปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. ทุกครั้งที่ออกพื้นที่เพื่อปฏิบัติงาน	4.0	1.0	สูง
11. ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มีการลดความเสี่ยงทางการเงิน โดยการหารายได้ และการลงทุนจากช่องทางใหม่เพิ่มขึ้น เพื่อความยืดหยุ่นในสถานะการเงินของตนเอง	3.3	1.3	ปานกลาง
12. ท่านรวบรวมและติดตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างใกล้ชิด และสม่ำเสมอ	4.1	1.0	สูง
13. ท่านปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยและสุขภาพทุกครั้ง เมื่อต้องออกพื้นที่ปฏิบัติงาน	4.6	0.8	สูง
รวม	52.2	8.8	สูง

อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 (Mean=39.3, S.D.= 4.8) และอสม. ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75 (Mean=61.3, S.D.=6.1) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.3 (Mean=32.7, S.D.=3.9) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.9 (Mean=9.7, S.D.=1.8) และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.0 (Mean=18.8, S.D.=2.9)

อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.1 (Mean=52.2, S.D.=8.8)เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.2 (Mean=12.2, S.D.=2.8) ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.9 (Mean=11.0, S.D.=2.8) และด้านการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.7 (Mean=28.9, S.D.=5.1) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ของความรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ระดับของปัจจัย	Mean \pm S.D.	Min-Max	แปลผล
ความรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19	39.3 \pm 4.8	25 - 50	ปานกลาง
การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	61.3 \pm 6.1	39 - 79	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	32.7 \pm 3.9	21 - 40	ปานกลาง
ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	9.7 \pm 1.8	6 - 14	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	18.8 \pm 2.9	8 - 25	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 จะใช้ 1) การวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ และ 2) การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

1) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ด้วยสถิติไคสแควร์ ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 พบว่า มี 1 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาจัดการตนเองของ อสม. อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน คือ เพศ โดยพบว่ามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาจัดการตนเอง อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.024$)

2) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ทั้งหมด 8 ตัวแปร พบว่า มี 5 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาจัดการตนเองของ อสม. อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน ได้แก่ ความรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และระยะเวลาในการเป็น อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.444$, $r=0.381$, $r=0.299$, $r=0.270$ และ $r=0.231$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ตัวแปร	พฤติกรรมกาจัดการตนเอง		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
ความรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19	0.444**	0.000	ปานกลาง
การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.381**	0.000	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	0.299**	0.000	ต่ำ
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.270**	0.002	ต่ำ

ตัวแปร	พฤติกรรมจัดการตนเอง		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	0.155	0.076	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาในการเป็น อสม.	0.231**	0.008	ต่ำ
อายุ	0.121	0.167	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-0.073	0.405	ไม่มีความสัมพันธ์

หมายเหตุ: * คือ $p < 0.05$, ** คือ $p < 0.01$, *** คือ $p < 0.001$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 86.4 โดยอาการหลงเหลือที่พบมากที่สุด คือ อาการเหนื่อยง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑิราชาญณรงค์ และคณะ ที่ทำการศึกษาระยะยาวที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 เดือน ร้อยละ 45.4 อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 80.9 รองลงมาอาการเหนื่อยง่าย ร้อยละ 56.2^(20,21) อาจเป็นเพราะแม้ไม่มีเชื้อในร่างกายแล้ว แต่อาการยังไม่กลับเป็นปกติ และพบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง แต่ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการรุนแรงหรือไม่มีอาการก็สามารถพบได้ ซึ่งในแต่ละคนจะมีอาการแสดงที่ไม่เหมือนกัน⁽²²⁾

พฤติกรรมจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (Mean=52.2, S.D.=8.8) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิชา อาจคิดการ, ลินจง โปธิบาล และดวงฤดี ลาคุชชะ ที่ทำการศึกษาดูแลและจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทาง

ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean±S.D.=123.20±9.51)⁽¹⁴⁾ กล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลและจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ได้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อความสมบูรณ์แข็งแรง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ ให้คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข⁽¹⁴⁾

และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ของ อสม. อำเภอวานรนิวาส จังหวัดมุกดาหาร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี หงษ์พานิช ที่ทำการศึกษาระยะยาวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน จังหวัดปทุมธานี พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.124$)⁽²³⁾ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง มีอายุระหว่าง 41-60 ปี เป็นกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งสามารถที่จะเรียนรู้ และรับรู้มาตรการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำไปปฏิบัติต่อได้ อันจะ

ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี จากการปฏิบัติจริงในชุมชน

สำหรับความรอบรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19 พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.444$) อธิบายได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19 สูง จะมีพฤติกรรมจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม และนิภา มหารัชพงศ์ ที่ทำการศึกษาค้นคว้าด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมปกป้องโรคร้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)⁽²⁴⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา อุ๋นอ้าย และคณะที่ทำการศึกษาค้นคว้าด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคร้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคร้ายในระดับปานกลาง ($r=.344$, $p<.001$)⁽²⁵⁾ อาจเป็นเพราะอสม. เป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 การมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสามารถให้คำแนะนำและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชน และช่วยส่งเสริมบทบาทของการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽²⁴⁾

การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรม

การจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.381$) อธิบายได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 สูง จะมีพฤติกรรมจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ ทับไทร และคณะ ที่ทำการศึกษาค้นคว้าและพฤติกรรมการป้องกันโรคร้ายในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่าผลโดยรวมการรับรู้โรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r=0.882$) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคร้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽²⁶⁾ อาจเป็นเพราะ อสม. ซึ่งถือเป็นกำลังหลักด้านหน้าที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีบทบาทสำคัญในการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการกักตัว เคาะประตูบ้าน เพื่อค้นหาความเสี่ยง ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองของชุมชน รวมถึงการรณรงค์ให้ความรู้ และแพร่กระจายข่าวสารในการป้องกันตนเอง สำหรับประชาชน ให้ปลอดภัยจากโรคโควิด-19 รวมถึงสร้างความตระหนักเกี่ยวกับ Social Distancing และเป็นต้นแบบที่ดีให้แก่ประชาชน ส่งผลให้ อสม. มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากการปฏิบัติหน้าที่ นำไปสู่การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี⁽²⁷⁾

จำแนกการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 รายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.299$) อธิบายได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติสูง จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโรค

โควิด-19 สูงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ กงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19⁽²⁸⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการระบาดของโรค ร่วมกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเชิงรุกในชุมชน โดยมี อสม. เป็นกำลังสำคัญ ทำให้ช่วยกระตุ้นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 ของ อสม. จนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นได้⁽²⁸⁾

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.270$) อธิบายได้ว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรนุช วิฑูรสกุล, ชญาภา ชัยสุวรรณ และสมสิริ รุ่งอมรรัตน์ ที่ทำการศึกษปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกัน การติดเชื้อโควิด-19 ของครูและผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของครูหรือผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.46$, $P<0.001$)⁽²⁷⁾ อาจเป็นเพราะ อสม. ผู้ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ตามมาตรการกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่แรกเริ่มมีการระบาดของโรค อสม. จึงมี

ประสบการณ์ในการนำมาตรการดังกล่าวไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ อสม. มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และสามารถนำไปปฏิบัติได้^(7,27)

และระยะเวลาในการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.231$) อธิบายได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเป็น อสม. ยิ่งนานก็จะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา มูลทิ ที่ทำการศึกษปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ กงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. 1-10 ปี มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เป็น 2.15 เท่า (95% CI=1.08-4.26) ของระยะเวลาการเป็น อสม. 11 ปีขึ้นไป⁽²⁸⁾ อาจเป็นเพราะ อสม. เป็นบุคลากรที่ดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ รวมถึงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในครั้งนี้ หาก อสม. มีประสบการณ์ยิ่งมาก เป็นไปได้ที่จะส่งผลให้ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองได้ รวมถึงมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ที่ดีได้

สรุปผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 49.2 ปี การศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 59.8 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,313.6 บาท ระยะเวลาในการเป็น อสม. โดยเฉลี่ย 12.7 ปี และมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 86.4 กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 และการรับรู้

เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ เพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความรอบรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และระยะเวลาในการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.444$, $r = 0.381$, $r = 0.299$, $r = 0.270$ และ $r = 0.231$ ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะบุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาศักยภาพให้แก่ อสม. โดยเน้นเรื่องความรู้ในวิกฤตโรคโควิด-19 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในกลุ่มที่มีคะแนนน้อย เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมจัดการตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ที่ดี สามารถให้คำแนะนำและดูแลบุคคลในครอบครัวและชุมชนต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [cited 2022 Aug 8]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard//>
3. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. สถานการณ์โควิด-19 จังหวัด

น่าน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nno.moph.go.th/nanhealth/?fbclid=IwAR28ppvM70Mfht0y7pFw8AqmJUtojHD60zh8JuvPLNzh2X8nV8gagZ2PMA>

4. โรงพยาบาลน่านน้อย. รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด-19 อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน [ข้อมูล ณ วันที่ 8 ส.ค. 2565].
5. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ยี่สิบห้า มีเดีย จำกัด; 2564.
6. สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่าน. รายงานสถิติการติดเชื้อโควิด-19 ของ อสม.จังหวัดน่าน [ข้อมูล ณ วันที่ 31 พ.ค. 2565].
7. สิทธิชัย ตันติภาสวสิน. ลองโควิด Long COVID. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2565; 47(1):1-2.
8. ธมกร โพธิ์รอด, สุมิตรา พรานพาน, กวิสรา สงเคราะห์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดน่าน. วารสารพยาบาล 2563; 69(2): 11-20.
9. ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, กันนิษฐา มาเหิม, ชลทิพย์ สุภาพินิจ, ปานทิพย์ พึ่งไท. การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564; 41(4):100-14.

10. Kurnia AD, Amatayakul A, Karuncharempanit S. Diabetes Self Management among Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Malang, Indonesia. *International Journal of Tropical Medicine* 2012; 12(2):25-8.
11. ศิริรินทร์า ตัวงใส. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
12. สุพิชา อาจคิดการ, ลินจง โปธิบาล, ดวงฤดี ลาคุชะ. พฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *พยาบาลสาร* 2556; 40:22-32.
13. ประกาย จิโรจน์กุล. แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธนาเพรส จำกัด; 2556.
14. ชดช้อย วัฒนนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า* 2558; 26:117-27.
15. เชษฐา งามจรัส, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. n4Studies: Sample Size and Power Calculations for iOS [ปริญญาเอกกาญจนาภิเษก โครงการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย] สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
16. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah N, Pham TV, Pham KM, et al. Development and validation of a new short- form health literacy instrument (HLS-SF12) for the general public in six Asian countries. *Health Lit. Res. Pract.* 2019; 3(2):91-102.
17. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
18. Yazdanpanah M, Zobeidi T, Moghadam MT, Komendantova N, Lohr K, Siebere S. Cognitive theory of stress and farmers' responses to the COVID-19 shock; a model to assess coping behaviors with stress among farmers in southern Iran. *International Journal of Disaster Risk Reduction* 2021; 64:1-8.
19. ผ่องพรรณ ตรีมงคลกุล, สุภาพ ฉัตรภรณ์. การออกแบบการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2536.
20. มณฑิรา ชาญณรงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล* 2565; 28(1):1-16.
21. Yelin D, Margalit I, Yahav D, Runold M, Bruchfeld J. Long COVID-19-it's not over until. *Clinical Microbiology and Infection* 2021; 27:506-8.
22. จักรพันธ์ ศุภเดช, ริชาพรรณ ชูแก้ว, ดวงสมร เกียรติสุดา. จะป้องกันแม่ท้อง แม่ให้นมติดเชื้อโควิดไม่ให้เป็น Long COVID Post

- COVID Syndrome ได้อย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://library.thaibf.com/handle/023548404.11/612>
23. เพ็ญศรี หงษ์พานิช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของประชาชนจังหวัด ปทุมธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2564; 7(3):174-85.
24. ดาวรุ่ง เขาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, นิภามหารัชพงษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(1):257-71.
25. กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดาม ชัยวัง, พรภิมลกรกกฎกำจร, ดวงใจ ปันเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบทจังหวัดเชียงราย. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565; 49(1):200-12.
26. กัญญารัตน์ ทับไทร, จุฑาทิพย์ เปรมเสน่ห์, เบ็ญจวัน ขำเกื้อ, สาวิตรี โสภณ, ธนุศิลป์ สลีอ่อน. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2565; (1):1-9.
27. ภัทรนุช วิฑูรสกุล, ชญาภา ชัยสุวรรณ, สมสิริรุ่งอมรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของครูและผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564; 39(4):41-54.
28. จิตรา มุลทิ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอองไทรลาค จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2564; 27(2):5-14.

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
The Model of Prevention and control of Liver Fluke and Cholangiocarcinoma, by the district quality of life development committee mechanism in Uthumphon Phisai District, Sisaket Province

ปรีชา ปิยะพันธ์
Preecha Piyaphan

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
Sisaket Provincial Public Health Office

Correspondence to: preechapiyapan@gmail.com

Received: Mar 29, 2023 | Revised: Apr 24, 2023 | Accepted: May 3, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภออุทุมพรพิสัย โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอำเภออุทุมพรพิสัย จำนวน 349 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) อำเภออุทุมพรพิสัย ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตอำเภออุทุมพรพิสัย รวมทั้งสิ้น 48 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 50 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent sample t-test ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ มกราคม 2565 ถึง ธันวาคม 2565

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรค บรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้อุปสรรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่า $F=23.405$, $p<0.001$) โดยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้ร้อยละ 20.5 ($R^2=0.214$, $R^2_{adj}=0.205$) รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไก

กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย คือ SCR3SD ดังนี้ 1) Structure & Policy: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เข้มแข็ง ร่วมกำหนดนโยบายและบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน มีระบบการประชุมติดตามสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 2) Coordination and Networking: การประสานงานระหว่างองค์กร บุคลากรเกี่ยวข้องเพื่อสร้างภาคีเครือข่ายในการร่วมกันแก้ปัญหา 3) Resource sharing: การสนับสนุน แบ่งปันทรัพยากรและใช้ประโยชน์ร่วมกัน 4) Social Awareness: สร้างความตระหนักและความรับผิดชอบร่วมผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม การสร้างคุณค่า การระดมทุนของทุกองค์กรในชุมชน 5) Service system: การสร้างระบบคัดกรองที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงหน่วยบริการ การเข้าถึงระบบการรักษาของผู้ป่วย 6) Self-care: การเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 7) Development & Evaluation: การเกาะติดในการติดตามประเมินผลของทีมที่มีความพร้อม และการผลักดันนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่วนการประเมินผลรูปแบบพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ บรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภออุทุมพรพิสัย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค, พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Abstract

This study aims to develop a model for the prevention and control of liver fluke and bile duct cancer. using the mechanism of the district quality of life development committee Uthumphon Phisai District. The study was divided into 3 phases. Phase 1 was a cross-sectional analytical research; the sample consisted of 349 people in Uthumphon Phisai District. The data were collected using a questionnaire created by the researchers, Analyzed for predictive factors using Multiple linear regression statistics. Phase 2 was action research to develop a model for the prevention and control of liver fluke and bile duct cancer. by using the mechanism of the quality of life development committee Uthumphon Phisai District Sisaket Province through 3 cycles of quality management process (PAOR), each cycle consists of 4 steps as follows: planning, action, observation and reflection. The samples were representatives of the district quality of life development committee and stakeholders in the Uthumphon Phisai District Sisaket Province, a total of 48 people. The data was analyzed by collecting, categorizing and content analysis. Phase 3 was a quasi-experimental research to study the effects of the developed model in the

experimental and comparative groups. Including people in Khayung Subdistrict Uthumphon Phisai District, Sisaket Province, 50 people per groups. The data were analyzed to compare the difference of mean scores of variables before and after receiving the program by using Independent sample t-test. Study period from January 2022-December 2022.

The results showed that factors Affecting Prevention and Control Behaviors of Liver Fluke and Cholangiocarcinoma Uthumphon Phisai District, including the factors perception of one's abilities social norm factor the cognitive Benefit factor and the cognitive barrier factor were used together to explain the variation in the factors affecting the prevention and control behavior of liver fluke and cholangiocarcinoma by using the mechanism of the district level quality of life development committee Uthumphon Phisai District get percentage 20.5% ($R^2=0.214$, $R^2_{adj}=0.205$) with statistical significance at the 0.05 level. The model for prevention and control of liver fluke and bile duct cancer using the mechanism of the district quality of life development committee. Uthumphon Phisai District is SCR3SD as follows: 1) Structure & Policy: a strong district-level quality of life development committee Participate in setting policies and clear roles and responsibilities in operations There is a system of regular and continuous follow-up meetings. 2) Coordination and Networking: Coordination between organizations. Personnel involved to create a network to jointly solve problems. 3) Resource sharing: support. Share resources and utilize them together. 4) Social Awareness: Raise awareness and shared responsibility through a participatory process. value creation Fundraising for all organizations in the community. 5) Service system: Creating a comprehensive screening system from the community level to the service unit. 6) Self-care: increasing self-care potential for people to have good health behaviors 7) Development & Evaluation: adherence to the monitoring and evaluation of teams that are ready and continuously pushing for policies that benefit the community. As for the model evaluation, it was found that after the experiment, the experimental group had the mean score difference of the liver fluke prevention behaviors of the people in Uthumphon Phisai District. It was statistically significantly higher than before the experiment at 0.05 (95% CI = 14.16-17.64, $t = 18.10$, $p = 0.001$). and bile duct cancer using the mechanism of the District Quality of Life Development Committee Uthumphon Phisai District achieved the set goals.

Keywords: Model Prevention and control, Liver Fluke and Cholangio carcinoma, development committee mechanism

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้โรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่สำคัญ และโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากรายงานการศึกษาระบาดวิทยาของโรคหนอนพยาธิระดับประเทศในปี พ.ศ. 2557 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของประเทศเฉลี่ย ร้อยละ 5.1 โดยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 9.2 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สูงขึ้นเช่นกัน ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี 2555 พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับสูงถึง 14,000 ราย โดยประมาณ ซึ่งสูงกว่าเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาที่มีผู้เสียชีวิตประมาณ 11,000 ราย โดยพบสัดส่วนในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.5 เท่า⁽¹⁾ ข้อมูลจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2556 รายงานผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า 1,765 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี และป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 63 มะเร็งตับ ร้อยละ 18 ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับกลุ่มวัยทำงาน อายุ 40-60 ปี ร้อยละ 55⁽²⁾ และจากการศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อหาสาเหตุรวมทั้งกลไกการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสาเหตุมาจาก 1) การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2) การได้รับสารก่อมะเร็ง และ 3) ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและที่ยังไม่ทราบ เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ เป็นต้น⁽³⁾

จังหวัดศรีสะเกษ พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัด

จากการสำรวจอัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิในปี พ.ศ. 2558 - พ.ศ. 2562 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 5.93, 11.88, 6.43, 7.15 และ 5.54 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ส่วนสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2562 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 7.27, 4.91 และ 4.22 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2562 ตำบลที่พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด 3 ตำบลแรก ได้แก่ ตำบลทุ่งไชย ตำบลชะยุ้ง และตำบลก้านเหลือง โดยพบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 10.8, 9.14 และ 5.60 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ส่วนสถานการณ์โรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2553-2560 พบว่า ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่า 40 ต่อประชากรแสนคนมาตลอดตั้งแต่ปี 2553-2557 มีเพียงปี 2558-2559 ที่พบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่า 40 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป้าหมายของอัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2578 อัตราตายลดลงน้อยกว่า ร้อยละ 50⁽⁴⁾

จากผลการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลชะยุ้ง อำเภออุทุมพรพิสัย ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.6 ด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านพฤติกรรมพบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่จะรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ อยู่ในระดับปานกลาง โดยอาหารที่ส่วนใหญ่ชอบรับประทานเป็นประจำ คือ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ แจ่วบองปลาร้าดิบ และก้อยปลาดิบ ร้อยละ 39.6, 32.81 และ 26.56 ตามลำดับ⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการ

ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในเขตตำบลหัวช้างและตำบลทุ่งไชย อำเภออุทุมพรพิสัย ที่พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.10 และ 44.10 ตามลำดับ⁽⁷⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประชาชนอำเภออุทุมพรพิสัย ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบสุกๆ ดิบๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของกลุ่มโรคหนองพยาธิสำนักโรคติดต่อทั่วไป⁽⁸⁾ พบว่าการบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวไม่สุกหรือสุกๆ ดิบๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงเป็นแนวทางที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ “ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” ปี 2555 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหนึ่งในเป้าหมายของยุทธศาสตร์นั้นคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและต่อมากกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่นและมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี ได้ร่วมกันดำเนินงานต่อโดยได้จัดทำวาระ “การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” และผลักดันเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ในปี 2557 ทำให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยมีมาตรการที่สำคัญคือการป้องกันโรคโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁹⁾ จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและผลการวิจัยจากผู้ศึกษารูปแบบการดำเนิน

งานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมา พบว่าการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนที่จะมีผลในทางปฏิบัติจริงนั้น หลายภาคส่วนจะต้องเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานตามขั้นตอนต่างๆ ซึ่งจากการดำเนินงานของอำเภออุทุมพรพิสัยที่ผ่านมา ยังขาดความเชื่อมโยงด้านการดำเนินงานจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงต้องอาศัยการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งหนึ่งในวาระที่สำคัญนั้นคือวาระปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี รวมถึงการนำคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมาร่วมกันแก้ไขปัญหานำปัจจัยและผลการดำเนินงานของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ได้มาออกแบบในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านกระบวนการกลุ่ม (Appreciation Influence Control: AIC) และวงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart⁽¹⁰⁾ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อเป็นการส่งเสริมกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของอำเภออุทุมพรพิสัย และสามารถนำรูปแบบการดำเนินงานที่ออกแบบขึ้นไปใช้ในพื้นที่ตำบล อำเภอใกล้เคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของ

คนในชุมชน ในการลดอัตราการป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดีของอำเภออุทุมพรพิสัย และจังหวัดศรีสะเกษอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกาป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในอำเภออุทุมพรพิสัยและเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภออุทุมพรพิสัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนเขตอำเภออุทุมพรพิสัย ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 349 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ของเคลลีและแม็กเวล (Kelly & Maxwell)⁽¹¹⁾ โดยผู้วิจัยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเริ่มจากการสุ่มแบบกลุ่มในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตอำเภออุทุมพรพิสัย จำนวน 21 ตำบล สุ่มเลือกตำบลจำนวน 4 ตำบล สุ่มเลือกหมู่บ้านจาก 4 ตำบลได้จำนวน 7 หมู่บ้านและสุ่มตัวอย่างประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจาก 7 หมู่บ้านแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนที่คำนวณได้และสุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจากหลังคาเรือนใน 7 หมู่บ้านโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อให้ได้ตัวอย่างตามต้องการตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

ตารางที่ 1 ขนาดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตำบล	หมู่ที่	จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
ตำบลชะยุง	หมู่ที่ 5 บ้านกระเบา	191	29
	หมู่ที่ 11 บ้านหนองจิก	207	31
ตำบลโพธิ์ชัย	หมู่ที่ 6 บ้านหนองแดง	621	93
	หมู่ที่ 9 บ้านบ่อหิน	337	50

ตำบล	หมู่ที่	จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
ตำบลหนองห้าง	หมู่ที่ 4 บ้านหนองหญ้าปล้อง	565	84
	หมู่ที่ 7 บ้านหนองบัว	215	32
ตำบลโคกจาน	หมู่ที่ 10 บ้านโคกน้อย	200	30
รวมทั้งหมด (คน)		2,336	349

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ระหว่าง เดือนมกราคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหนองพยาธิ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของตัวแปร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ แกนนำขับเคลื่อน การดำเนินงาน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 48 คน ดังนี้ 1) คณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภออุทุมพรพิสัย จำนวน 22 คน 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลชะอุ่ม อำเภออุทุมพรพิสัย จำนวน 23 คน 3) ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิใน สสอ./รพ./แพทย์ FM จำนวน 3 คน

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ระหว่างเดือน มีนาคม 2565 - เดือนสิงหาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถาม แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โปรแกรมการสร้างการรับรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล จากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาจัดเป็นหมวดหมู่ตามแนวทางของเครื่องมือที่ใช้และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในหมวดหมู่ของคำตอบที่ได้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อพิสูจน์ที่ถูกต้องและอยู่ในบริบทของพื้นที่ในการอธิบายปรากฏการณ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

กลุ่มเป้าหมายในการประเมินผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ตับ ได้สุ่มคัดเลือกหมู่บ้านในพื้นที่ตำบล
ชะยูงเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 1 หมู่บ้านด้วยวิธีการ
จับฉลากรายชื่อหมู่บ้าน ได้บ้านหนองจิก หมู่ที่ 11
และพื้นที่ตำบลหนองห้างเป็นพื้นที่ของกลุ่มเปรียบ
เทียบ โดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random
Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อหมู่บ้าน
ได้หมู่ที่ 4 บ้านหนองหญ้าปล้องเป็นหมู่บ้านของ
กลุ่มทดลอง และใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อจำนวน
2 หมู่บ้านจนครบจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ
กลุ่มละ 50 คน ระยะเวลาที่ทำการศึกษาระหว่าง
เดือนกันยายน 2565 – เดือนธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในป้องกันและควบคุมโรค
พยาธิใบไม้ตับ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบบสอบถามที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบผล
ต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ
และมะเร็งท่อน้ำดี บรรทัดฐานทางสังคม การรับ
รู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความ
สามารถของตน การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการ
ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง
ท่อน้ำดี อัมเนออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษโดย
ใช้สถิติ Independent sample t-test นำเสนอ
ด้วยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่น
95%

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อัมเนออุทุมพรพิสัย

1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น
เพศชายร้อยละ 48.4 เพศหญิงร้อยละ 51.6 มีอายุ
เฉลี่ย 51.51 ปี (S.D. =13.11 ปี) ส่วนใหญ่ประกอบ

อาชีพเกษตรกรร้อยละ 79.9 รองลงมาประกอบ
อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 9.2 การศึกษาส่วนใหญ่
จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 53.3 มี
ค่าเฉลี่ยของรายได้ต่อเดือน 6,652.15 บาท มีโรค
ประจำตัวร้อยละ 47.28 โดยป่วยด้วยโรคเบาหวาน
ร้อยละ 13.2 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 16 และ
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.3
ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 52.8 ภาวะโภชนาการ
รูปร่างสมส่วนร้อยละ 51.6 ภาวะโภชนาการ
อ้วน ผอม ท้วม ร้อยละ 48.42 เคยมีประวัติการ
ตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิร้อยละ 73.6 และ
ประวัติการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระสูง
ที่สุดร้อยละ 31.2 ตามลำดับ

1.2 สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับ
พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้
ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อัมเนออุทุมพรพิสัย พบว่า
ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกัน
และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
อัมเนออุทุมพรพิสัย จำนวน 7 ตัวแปร คือความรู้
เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r=-0.194, p<0.001$)
ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรค ($r=-0.111, p=0.037$)
บรรทัดฐานทางสังคมในการป้องกันและ
ควบคุมโรค ($r=0.247, p<0.001$) แรงสนับสนุน
ทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค ($r=0.228, p<0.001$)
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและ
ควบคุมโรค ($r=0.196, p<0.001$) การรับรู้อุปสรรค
ในการป้องกันและควบคุมโรค ($0.129, p<0.016$)
และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกัน
และควบคุมโรค ($r=-0.157, p<0.003$) ตามลำดับ
ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความ
สัมพันธ์ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความสัมพันธ์(r)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	9.78(9.33)	-0.194	<0.001**
ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรค	27.91(8.05)	-0.111	0.037
บรรทัดฐานทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค	33.01(9.33)	0.247	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค	34.59(12.68)	0.228	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรงของโรคในการป้องกันและควบคุมโรค	29.85(5.52)	-0.007	0.891
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค	31.84(8.54)	0.196	<0.000**
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค	28.54(2.59)	0.129	0.016
การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรค	27.47(7.85)	-0.157	0.003

**Correlation is significant at the 0.001 level (2-tailed)

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย มีจำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันและควบคุม บรรทัดฐานทางสังคม การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ ตามลำดับ โดยทั้ง 4 ปัจจัย

สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้ร้อยละ 20.5 ($R^2=0.214$, $R^2_{adj}=0.205$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ค่าสถิติทดสอบ F และ t

Model	Coefficients			t	Sig.
	Unstandardized		Standardized		
	Coefficients	Coefficients	Coefficients		
B	Std. Error	Beta			
7 (Constant)	33.235	2.568		12.944	.000
บรรทัดฐานทางสังคมในการป้องกันฯ	.293	.071	.343	4.132	.000
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันฯ	-.331	.050	-.416	-6.601	.000
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค	.171	.054	.167	3.145	.002
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค	.202	.084	.215	2.402	.017

F=23.405*, p<0.001, $R^2=0.214$, $R^2_{adj}=0.205$, $SE_{est}=7.146$

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย มีจำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี บรรทัดฐานทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้

อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามลำดับ โดยสมการพยากรณ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$Z \text{ พฤติกรรมการป้องกัน} = -0.331 \text{ การรับรู้ความสามารถแห่งตน} + 0.293 \text{ บรรทัดฐานทางสังคม} + 0.171 \text{ การรับรู้อุปสรรค} + 0.202 \text{ การรับรู้ประโยชน์}$$

2. ผลศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

จากการนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และผลที่ได้จากการประชุม ระดมสมอง สัมภาษณ์เชิงลึก มาออกแบบกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วนรอบ โดยแต่ละวนรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล จนได้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย โดยมีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบดังนี้

2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (1) การสร้างกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่ออำเภออุทุมพรพิสัยและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ได้แก่ การกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายในการ

ป้องกันและควบคุมโรค มีมาตรการในการป้องกัน และควบคุมโรคระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน เป็นต้น (2) พัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงานของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ งานข้อมูลข่าวสาร วัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันโรค พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ พัฒนาศักยภาพ อสม.และเครือข่ายในด้านความรู้ ทักษะ การรับรู้ การความเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคแก่อาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ในด้านระบาดวิทยา แนวทางการป้องกันและควบคุมโรค พัฒนาระบบการประสานงานและส่งต่อระหว่างสาธารณสุขและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรค พัฒนาแนวทางและระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมาตรฐานการตรวจการติดเชื้อซ้ำ (3) การประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ ได้แก่ การประชุมติดตามควบคุมกำกับของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การตรวจร้านค้าในการใช้ปลาร้าสุก อัตรากาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนและการเข้าสู่ระบบการรักษา นโยบายและกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน ได้แก่ จำนวนของ

ร้านอาหารปลาร้าสุก ชุมชนปลอดพยาธิ โรงเรียน
ต้นแบบปลอดพยาธิ บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลในตำบล

2.2 รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค
พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะ
กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ
อุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ คือ SCR3SD
ประกอบด้วย

1) Structure & Policy: มีคณะกรรมการ
ดำเนินงานจากทุกภาคส่วนในบทบาทของคณะ
กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ร่วม
กำหนดนโยบายและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน
ในการปฏิบัติงาน มีระบบการประชุมติดตาม
รวดเร็ว ทันเวลาสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีการ
ประสานงานทั้งแนวตั้งและแนวราบ

2) Coordination and Networking:
การประสานงานในทุกกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้อง
เพื่อสร้างภาคีเครือข่ายในการร่วมกันแก้ปัญหา
คุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภออุทุมพรพิสัย
ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร การสอดส่อง
ดูแลร่วมกันในการจัดการที่ทันที่และ
ครอบคลุมพื้นที่ในการจัดการร่วมกัน

3) Resource sharing: การสนับสนุน
และแบ่งปันทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อมาใช้
ประโยชน์ร่วมกัน

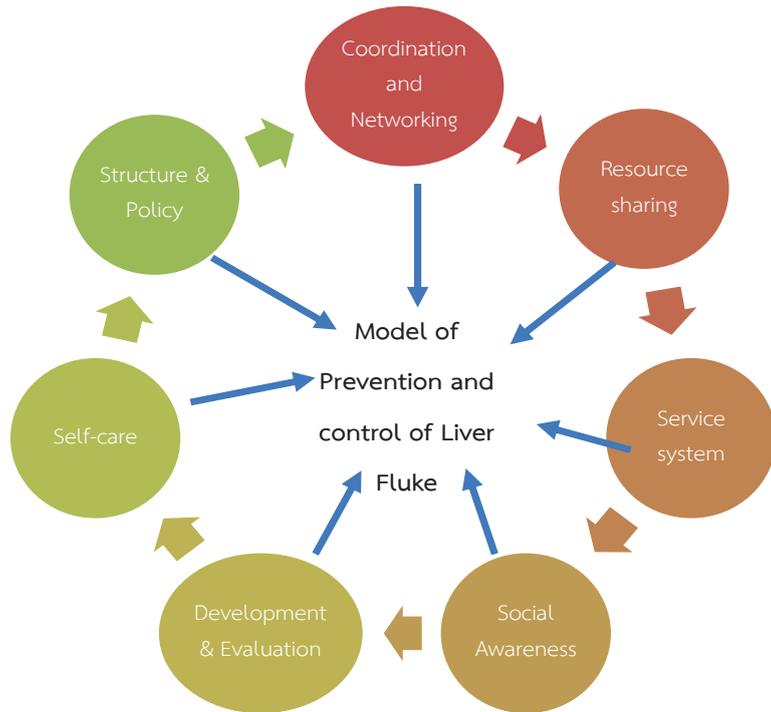
4) Social Awareness: สร้างความตระหนัก
และความรับผิดชอบร่วมผ่านกระบวนการมี

ส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคโดยการสร้าง
คุณค่า การระดมทุน การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วม
ดำเนินการ ร่วมติดตามผลและร่วมรับประโยชน์

5) Service system: การสร้างระบบ
คัดกรองที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงหน่วย
บริการ การเข้าถึง การจัดการกลุ่มเสี่ยง การส่งต่อ
และดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ต้นทางในระดับ
ปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิอย่างทันเวลาความทัน
สมัยของระบบห้องปฏิบัติการสาธารณสุขร่วมกับ
หน่วยงานภายนอกที่เอื้อให้ประชาชนได้รับบริการ
อย่างทั่วถึง

6) Self-care: การเพิ่มศักยภาพในการดูแล
ตนเองให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีทักษะ
ในการป้องกันและควบคุมโรคและสามารถดูแล
ตนเองได้โดยใช้กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้าน
สุขภาพแก่ประชาชน กลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยง
โรคเรื้อรัง และทุกกลุ่มวัยให้มีศักยภาพในการดูแล
ตนเอง

7) Development & Evaluation: การเกาะ
ติดในการติดตามประเมินผลของทีมที่มีความพร้อม
และการผลักดันนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน
อย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะปรับเปลี่ยนผู้นำในองค์กร
รวมถึงการประชุมติดตามแบบเสริมพลังเพื่อให้เกิด
การมองในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานร่วมกัน



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ: SCR3SD

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ บรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ บรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.000$) โดยพบว่า ด้านความรู้มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 2.40 คะแนน (95%

CI=2.16-2.63) ด้านบรรทัดฐานทางสังคมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 12.66 คะแนน (95% CI=11.28-14.03) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 6.9 คะแนน (95% CI=5.91-7.89) ด้านการรับรู้อุปสรรคมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 4.40 คะแนน (95% CI=2.89-5.91) ด้านการมีส่วนร่วมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 19.42 คะแนน (95% CI=18.14-20.69) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 9.02 คะแนน (95% CI=7.28-10.76) และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมียผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 15.90 คะแนน (95% CI=14.16-17.64) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ บรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองและค่าสถิติ t

ประสิทธิผลของโปรแกรม การป้องกันและควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n=50) Mean(S.D.)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50) Mean(S.D.)	\bar{d}	95%CI	t	p-value
ความรู้	9.32 (0.66)	6.92 (0.07)	2.40	2.16-2.63	20.20	<0.001**
บรรทัดฐานทางสังคม	35.56 (3.55)	22.9 (3.38)	12.66	11.28-14.03	18.25	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคม	44.98 (0.14)	33.08 (3.52)	6.9	5.91-7.89	6.90	<0.001**
การรับรู้อุปสรรค	45.70 (3.14)	43.30 (4.37)	4.40	2.89-5.91	5.78	<0.001**
ระดับการมีส่วนร่วม	62.56 (3.21)	43.14 (3.22)	19.42	18.14-20.69	30.18	<0.001**
การรับรู้ความสามารถของตน	47.84 (4.88)	38.82 (3.79)	9.02	7.28-10.76	10.31	<0.001**
พฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคฯ	61.98 (3.22)	46.08 (5.31)	15.90	14.16-17.64	18.10	<0.001**

วิจารณ์

จากการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภออุทุมพรพิสัยทางลบมี 3 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะคิดต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคในการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ระดับความรู้สูง ทักษะคิดที่ดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่สูงและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคที่ดี จะไม่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแตกต่างจากการศึกษาของสุคนธ์ทิพย์ นรสาร⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการติดเชื้อหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค

ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัยมีทั้งหมด 4 ปัจจัย คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตน บรรทัดฐานทางสังคม การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคกรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นตัวบ่งบอกถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในลำดับแรก สอดคล้องกับการศึกษาทิวเลิศ ชายงาม และคณะ⁽¹³⁾ ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่

อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีการรับรู้ความรุนแรง มีการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรค กรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หากคนเรารับรู้ว่าจะสามารถทำอะไรได้ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาตามการรับรู้ความสามารถของตน สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ สอนอาจ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาเรื่องแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจและทักษะการสื่อสารส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

การพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย เนื่องจากจากผู้วิจัยพัฒนาภายใต้บริบทของพื้นที่เขตอำเภออุทุมพรพิสัย วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาเชิงสาเหตุ พัฒนารูปแบบที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน และการจัดกระบวนการที่เปิดโอกาสทุกส่วนได้เสนอแนวทางการพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเขตตำบลชะยูง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ทดลองจนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับประชาชนในเขตอำเภออุทุมพรพิสัยในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยรูปแบบ

การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินงานตามกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้การดำเนินการขับเคลื่อนการสร้างรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนอก⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการบริหารจัดการพร้อมทั้งประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค AIC) มาดำเนินการศึกษา ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนขึ้นมาซึ่งปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง มีคณะกรรมการดำเนินงานที่เข้มแข็ง และการยอมรับ กฎเกณฑ์ข้อบังคับ และสัญญาประชาคมของชุมชน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิศร ผานคำ⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนตำบลคูน้อย อำเภอจตุรพักตรพิมานจังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) มาใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการดำเนินการดังกล่าวทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับ

ชุมชนตำบลคู่น้อย โดยมีปัจจัยที่ทำให้การดำเนินประสบความสำเร็จซึ่งเกิดจากการสร้างความเข้าใจปัญหาและการสร้างเป้าหมายร่วมกัน และการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของชุมชนซึ่งการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการแบ่งปันทรัพยากรของชุมชนรวมถึงการสนับสนุนการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชนและทีมนำในระดับอำเภอโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาขับเคลื่อน มากำหนดนโยบายการปฏิบัติงานจากทุกภาคส่วน รวมถึงการติดตามประเมินผลส่งให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตอำเภออุทุมพรพิสัยมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของศิวกรณ์ เงินราง⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนาศูนย์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและเครือข่าย 3) การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ 4) สรุป ถอดบทเรียน และประชาสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย ซึ่งมีขั้นตอนในการวิจัย ได้แก่ การหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การพัฒนารูปแบบ

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและการประเมินผลรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ตรงประเด็นและมีกระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะการนำงานวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องรับทราบบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคน ซึ่งช่วยให้การติดต่อประสานงาน และการขอรับการสนับสนุนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การส่งเสริมกระบวนการให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การชี้แจงสถานการณ์ และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่แก่กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยให้การดำเนินงานตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เป็นไปได้ง่ายขึ้น

3. การดำเนินงานการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอส่งผลให้เกิดการกำหนดนโยบายในการดำเนินงาน รวมถึงการจัดทำยุทธศาสตร์การดำเนินงานระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกองค์กรอย่างเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่อง ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และลดระยะเวลาในการดำเนินงานให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้เร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นควรมีการนำกระบวนการไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนด้านอื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยจัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: บริษัท นวัตกรรมตาการพิมพ์ (ประเทศไทย); 2559.
2. พรชีรา ชูสอน. มะเร็งท่อน้ำดีโรคร้ายที่คร่าชีวิตคนอีสานอันดับ 1. วารสารโครงการ CASCAP โครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2564]; 1(2):12-6. เข้าถึงได้จาก: <https://cascap.kku.ac.th/wp-content/uploads/2016/11/cascap-issue02.pdf>
3. บรรจบ ศรีภา, พวงรัตน์ ยวงนิชย์, ชวลิต ไพโรจน์กุล. สาเหตุและกลไกการเกิดโรค มะเร็งท่อน้ำดีปฐมบทความสัมพันธ์กับพยาธิใบไม้ตับ. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร 2548; 20(3):123-31.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. แนวทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคหนอนพยาธิ ปี 2563. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2563.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคหนอนพยาธิอำเภออุทุมพรพิสัย ประจำปี 2563. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย; 2563.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะยุ้ง. สรุปรายงานผลการดำเนินงานผลการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะยุ้ง ปี 2563. ศรีสะเกษ; 2563.
7. วรุดดี นามวงศ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2562. 98 หน้า.
8. กลุ่มโรคหนอนพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. รายงานผลการศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย ปี 2552. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
9. กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย. แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
10. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer. 3rded. Victoria: Deakin University; 1988.
11. Ken K, Scott EM. Sample Size for Multiple Regression: Obtaining Regression Coefficients That Are Accurate, Not Simply Significant. Psychological Methods 2003; 8(3): 305-21.
12. สุคนธ์ทิพย์ นรสาร. การบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต].มหาสารคาม:มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564. 271 หน้า.

13. ทวีเลิศ ชายงาม, ลิขิต เรืองจรัส, ศุภาวีน ดิจันทร์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี น้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่ อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู.วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 3(2):1-15.
14. เบญจวรรณ สอนอาจ. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562. 144 หน้า.
15. นันทพร ศรีนอก. รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556. 136 หน้า.
16. นิศร ผานคำ. กระบวนพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลคู่น้อย อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557. 128 หน้า.
17. ศิวภรณ์ เงินราง. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 2:108-16.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อวัณโรคของประชาชนในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

The association between knowledge, health literacy, with tuberculosis infection prevention behavior among people in Si Racha District, Chon Buri Province

กมนต์ อินทวิชัย¹, กัมปนาท ฉายชวงษ์^{2*}, ญาณันธร กราบทิพย์²
Kamon Intaravichai¹, Kampanart Chaychoowong^{2*}, Yananthorn Krabthip²

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Chon Buri Provincial Public Health Office

²Sirindhorn College of Public Health Chon Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajachanok Institute

*Correspondence to: kampanart@scphc.ac.th

Received: Apr 4, 2023 | Revised: May 4, 2023 | Accepted: Jun 7, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 400 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเภทตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การถดถอยพหุโลจิสติก และวิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Odds Ratio และค่าช่วงเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (OR = 5.79, 95% CI = 1.36 - 24.64) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับสูง (OR = 2.18, 95% CI = 1.11 - 4.30) และความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับปานกลาง (OR = 2.09, 95% CI = 1.11 - 3.95)

ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคโดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น จะช่วยให้ประชาชนเกิดความตระหนัก และมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของโรค อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค และการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: ปัจจัย, พฤติกรรมการป้องกัน, การติดเชื้อวัณโรค

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate factors associated with tuberculosis (TB) prevention behavior among 400 participants, aged 18 years old or more, and living in Si Racha district, Chon Buri province between October 2020 to September 2021. Data were collected by using self-administered questionnaire and analyzed by descriptive statistics: frequency, percentage, median, minimum, and maximum; inferential statistics: multiple logistic regression, Odds Ratio (OR), and 95% confidential interval of OR.

The results showed that most participants had TB prevention behavior in high level. Factors associated significantly with TB prevention behavior were health literacy in high level (OR = 5.79, 95% CI = 1.36 - 24.64), TB knowledge in high level (OR = 2.18, 95% CI = 1.11 - 4.30), and TB knowledge in medium level (OR = 2.09, 95% CI = 1.11 - 3.95).

Therefore, improving guideline for TB prevention behavior by supporting and encouraging people to have more adequate TB knowledge and health literacy may encourage people to recognize and have appropriate TB prevention behaviors. This may decrease severity of the disease, mortality rate among TB patients, and transmission rate in communities.

Keywords: Factors, Prevention Behavior, Tuberculosis infection

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกรวมถึงประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในทุกปีประชากรจำนวน 8 ล้านคนต้องป่วยด้วยวัณโรค ซึ่งร้อยละ 95 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากความยากจน ความแออัด และสุขอนามัยที่ไม่ดีเป็นตัวกระตุ้นให้วัณโรคเกิดการแพร่กระจาย ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578 อย่างไรก็ตามสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยยังพบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 108,000 ราย หรือคิดเป็น 156 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายยุติ

วัณโรคนั้น จำเป็นต้องลดอัตราการอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ 12.5 ต่อปี แต่อัตราการอุบัติการณ์ของวัณโรคตลอดระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมาลดลงเพียงร้อยละ 2.7 ต่อปีเท่านั้น นอกจากนี้อัตราการครอบคลุมการรักษาเท่ากับร้อยละ 74 ก็ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้⁽²⁾

ผลการดำเนินงานด้านวัณโรคของจังหวัดชลบุรี ในปี 2561 - 2563 พบว่า มีอัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 88.95, 90.12, และ 89.92 ตามลำดับ และอัตราครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 119.52, 102.17 และ 100.26 ตามลำดับ ซึ่งยังคงเป็นจังหวัดในลำดับต้นๆ ที่มีผู้ป่วย

วัณโรคเป็นจำนวนมากและยังคงพบผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา⁽³⁾ ส่วนผลการดำเนินงานด้านวัณโรคของอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ระหว่างปี พ.ศ.2560 – 2563 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาโรควัณโรค จำนวน 277, 214, 242, และ 223 ราย ตามลำดับ และในปี 2564 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 107 ราย⁽⁴⁾ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ไม่มีแนวโน้มว่าจะลดได้ตามแนวทางของแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ ซึ่งควรมีอัตราการอุบัติการณ์ลดลงเฉลี่ยร้อยละ 12.5 ต่อปี จึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคได้⁽²⁾ สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากการที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เกิดขึ้น และมีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลรอบข้าง ซึ่งการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้นั้น อาจมีความสัมพันธ์กับหลากหลายปัจจัย อาทิ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคที่ไม่ถูกต้องหรือไม่พอเพียง หรือความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับวัณโรคที่ไม่ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบ ทั้งการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่า ยังไม่มีการศึกษาในประเด็นดังกล่าว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของประชาชนในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี เพื่อใช้ปรับปรุงแนวทางในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบ

การควบคุมโรค อันจะนำมาซึ่งการลดลงของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของประชาชนในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของประชาชนในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 323,797 คน⁽⁵⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564 โดยทำการคัดเลือกด้วยเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและพูดคุ้ยรู้เรื่อง อ่านออก เขียนได้ หรือสามารถให้ข้อมูลโดยการตอบคำถามได้ และเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี หรือไม่ให้ความร่วมมือและไม่ยินดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการประมาณค่าสัดส่วนแบบที่ทราบขนาดประชากร⁽⁶⁾ กำหนดค่าสถิติความเชื่อมั่นที่ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96 และสัดส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในระดับดี เท่ากับ 0.393⁽⁷⁾ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นและยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 367 ตัวอย่าง และได้ปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เพื่อรองรับการไม่ตอบสนองที่คาดการณ์

ไว้ โดยใช้อัตราการทำตอบสนองที่ร้อยละ 91⁽⁸⁾ ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 400 ตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น ด้วยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย⁽⁹⁾ โดยทำการสุ่มรายชื่อประชากรตามทะเบียนรายชื่อของแต่ละตำบล จำนวน 8 ตำบล ตำบลละ 50 ตัวอย่าง โดยในแต่ละตำบลจะทำการบันทึกลำดับของประชากรชื่อ และที่อยู่ลงในฉลาก จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากขึ้นมาทีละใบให้ครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรครัสเซลล์ที่สร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง 2) ความรู้เกี่ยวกับไวรัสโรครัสเซลล์⁽¹⁰⁾ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁰⁾ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และ 4) พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรครัสเซลล์ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยนำมาจัดกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ระดับ คือ สูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) และต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 80)⁽¹¹⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการศึกษานำร่องในอำเภอเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 ชุด ซึ่งความรู้เกี่ยวกับไวรัสโรครัสเซลล์

มีค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ 0.78 และความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรครัสเซลล์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เพื่อให้มีระยะเวลาในการตัดสินใจก่อนลงลายมือชื่อเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับแจกแบบสอบถามเพื่อตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนเก็บรวบรวมเพื่อเข้าสู่การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการในพื้นที่ส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับสถิติพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามประกอบด้วย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก และวิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์ด้วย Odds ratio และค่าช่วงเชื่อมั่น 95%

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่โครงการวิจัย CBO REC No 04-2564 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.75 อายุ 31 – 60 ปี ร้อยละ 53.25 สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.00

สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 34.75 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 31.75 และมี รายได้ต่อเดือนประมาณ 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 40.75 (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	81 (20.25)
หญิง	319 (79.75)
อายุ (ปี)	
น้อยกว่า 30 ปี	90 (22.50)
31 – 60 ปี	213 (53.25)
มากกว่า 60 ปี	97 (24.25)
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	52 (18 : 90)
สถานภาพการสมรส	
โสด	123 (30.75)
สมรส	188 (47.00)
หย่า / หม้าย / แยก	89 (22.25)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษา	3 (0.75)
ประถมศึกษา	139 (34.75)
มัธยมศึกษา	107 (26.75)
อนุปริญญา	33 (8.25)
ปริญญาตรีขึ้นไป	118 (29.50)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	58 (14.50)
รับจ้างทั่วไป	127 (31.75)
ค้าขาย	86 (21.50)
ข้าราชการ / พนักงานของรัฐ	69 (17.25)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เกษตรกรรม	60 (15.00)
รายได้ (บาท/เดือน)	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	66 (16.50)
3,001 – 10,000 บาท	141 (35.25)
10,001 – 20,000 บาท	163 (40.75)
มากกว่า 20,000 บาท	30 (7.50)
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	10,000 (0 : 500,000)

2. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในระดับสูง ร้อยละ 73.50 (รายละเอียดดังตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณารายข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสทุกครั้ง โดยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด คือ ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งในที่ชุมชนแออัดหรือสถานที่

ที่มีการถ่ายเทอากาศไม่สะดวก คิดเป็นร้อยละ 94.25 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งน้อยที่สุด คือ ออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน วันละไม่น้อยกว่า 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 45.25 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้ไปรับการตรวจคัดกรองไวรัสโดยการตรวจเสมหะหาเชื้อหรือเอกซเรย์ปอด ร้อยละ 13.75 (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส	
มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 80)	106 (26.50)
มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	294 (73.50)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส	จำนวน (ร้อยละ) ของพฤติกรรม		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ฉ้นจัดหาถังขยะเพื่อรองรับเศษและขยะที่อาจปนเปื้อนเชื้อไวรัส	343 (85.75)	46 (11.50)	11 (2.75)

พฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดเชื้ไวรัส	จำนวน (ร้อยละ) ของพฤติกรรม		
	ทุกครั้	บางครั้	ไม่เคย
2. ฉ้นจัดหำภำษณะที่มีน้ำย่ำเขีและมึฝำปิดมิดชิดเพื่อร้งรับเสมหะ	332 (83.00)	55 (13.75)	13 (3.25)
3. ฉ้นกำจัดเสมหะโดยกำรฝ้ง เฝำ หรือเทลงส้วมแล้วรำน้	307 (76.75)	59 (14.75)	34 (8.50)
4. ฉ้นใส่หมำกอกอนำมัยทุกครั้ในทึ่มุมนแอดหรือสถำนทึ่มึกำรถ่ายเทอภำศไม่สะดวก	377 (94.25)	16 (4.00)	7 (1.75)
5. ฉ้นล้างมืด้ว้สบู่หรือน้ำย่ำเขี ท้งก่อนกินอภำร และหล้งจับของสำธำรณะ เช่น รำวบันได ลูกบิดประตุ ทึ้จับรถเข็น รำวจั้รถโดยสำรสำรณะ เป็นต้น	360 (90.00)	35 (8.75)	5 (1.25)
6. ฉ้นสวมใส่ถุงมื และฝ้กำนเปื้อนทุกครั้ทึ้ทำควำมสะอำด บ้ำน สິงของ หรือภำษณะใส่เสมหะ	301 (75.25)	90 (22.50)	9 (2.25)
7. ฉ้นทำควำมสะอำดเครื่องนอน ฝ้หม้ หมอน มุ้งและนำมำฝ้งแดด เพื่อข่ำเขี้อย่ำงน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้	307 (76.75)	89 (22.25)	4 (1.00)
8. ฉ้นทำควำมสะอำดบ้ำน เป็ดประตุ หน้ำต่งและจัดให้ปลอดโปรง แสงแดดส่องถึง	334 (83.50)	60 (15.00)	6 (1.50)
9. ฉ้นเคยได้ไปรับกำรตรวจคัดกรองไวรัสโดยกำรตรวจเสมหะหำเขีหรือเอกซเรย์ปอด	229 (57.25)	116 (29.00)	55 (13.75)
10. ฉ้นไม่พุดคุยกับผู้ป่ว้ไวรัสแบบเผชิญหน้ำโดยตรง ในระยะท่งกันต่ำกว่ำ 1 เมตร	315 (78.75)	56 (14.00)	29 (7.25)
11. ฉ้นใช้ช้อนกล่งรับประทำนอภำรเวลำรับประทำนอภำรร่ว้กับผู้อื่น	343 (85.75)	47 (11.75)	10 (2.50)
12. ฉ้นไม่สูบบุหรี	343 (85.75)	14 (3.5)	43 (10.75)
13. ฉ้นไม่ตีมเครื่องตีมทึ่มึแอลกอฮอล์	300 (75.00)	63 (15.75)	37 (9.25)
14. ฉ้นไม่เสพสรเสพติดทุกชนิด	355 (88.75)	14 (3.50)	31 (7.75)
15. ฉ้นออกกำล้งเป็นประจำ ไม่น้อยกว่ำสัปดาห์ละ 3 วัน วันละไม่น้อยกว่ำ 30 นาทึ	181 (45.25)	199 (49.75)	20 (5.00)

พฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดเชื้ວັນโรค	จำนวน (ร้อยละ) ของพฤติกรรม		
	ทุคครั้ง	บงครั้ง	ไม่เคย
16. ฉ้นรับประทงนอำรทมีเนื้อสัตว์ ปลา ไข่ หรือถั่วทุควัน	260 (65.00)	135 (33.75)	5 (1.25)
17. ฉ้นรับประทงน ข้าว แป้ง ของหวาน หรือก้วยเตี๋ยวทุควัน	195 (48.75)	193 (48.25)	12 (3.00)
18. ฉ้นรับประทงนผักหรือผลไม้ทุควัน	255 (63.75)	139 (34.75)	6 (1.50)
19. ฉ้นพักผ່อนโดยกำรนอนหลับ อย่งน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง	289 (72.25)	103 (25.75)	8 (2.00)
20. ฉ้นหลีกเลี่ยงควมเครียด ทำจิตใจและอำรมณ์ให้ต้อยู่เสมอ	287 (71.75)	103 (25.75)	10 (2.50)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดเชื้ວັນโรค

ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดเชื้ວັນโรคอย่งมีนัยสำคัญทงสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ควมรอบรู้ด้านสุขภพ และควมรู้เกี่ยวกับวันโรค โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดเชื้ວັນโรคในระดับสูง เป็น 5.79 เท่า (95% CI = 1.36 – 24.64) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภพในระดับปานกลางและต่ำ นอกจากนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับวันโรคในระดับสูงจะมีพฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดเชื้ວັນโรคในระดับสูง เป็น 2.18 เท่า (95% CI = 1.11 – 4.30) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับวันโรคในระดับปานกลางและต่ำ และกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับวันโรคในระดับปานกลางจะมีพฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดเชื้ວັນโรคในระดับสูง เป็น 2.09 เท่า (95% CI = 1.11 – 3.95) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับวันโรคในระดับสูงและต่ำ (รายละเอียดดังตงรทงที่ 4)

ตงรทงที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างควมรู้เกี่ยวกับวันโรค ควมรอบรู้ด้านสุขภพ กับพฤติกรรมกำรป้องกันกำรติดเชื้ວັນโรค โดยกำรวิเคราะห์ควมสัมพันธ์ด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก

Factor	B	S.E.	Wald	Df	P-value	Exp(B)	95% C.I. for Exp(B)	
							Lower	Upper
ควมรู้เกี่ยวกับวันโรค ระดับปานกลาง	.739	.323	5.226	1	.022	2.094	1.111	3.945

Factor	B	S.E.	Wald	Df	P-value	Exp(B)	95% C.I. for Exp(B)	
							Lower	Upper
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ระดับสูง	.780	.346	5.080	1	.024	2.181	1.107	4.298
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับสูง	1.757	.739	5.660	1	.017	5.794	1.363	24.639
ค่าคงตัว	-.654	.764	.734	1	.392	.520		

Chi-square (Omnibus Tests of Model Coefficients) Model = 55.078, df = 4, Sig. = .000

Chi-square (Hosmer and Lemeshow Test) = 4.174, df = 4, Sig. = .383

-2 Log likelihood = 407.500, Cox & Snell R² = .129, Pseudo R² (Nagelkerke R²) = .188

วิจารณ์

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับปานกลางและสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในระดับสูงเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าหากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดในระดับที่สูงขึ้นก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในระดับที่สูงขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรค⁽¹¹⁾ ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคที่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับที่สูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อวัณโรคในระดับที่สูงเช่นกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคที่ดีจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคที่ดีด้วย⁽¹²⁾ นอกจากนี้ งานวิจัยในสาธารณรัฐเกาหลี ก็ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรม กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคจะมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคด้วยตนเองเป็นอย่างดี

ดี⁽¹³⁾ เนื่องจากความรู้จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หากบุคคลมีความรู้ในเรื่องโรคนั้น ๆ อย่างเพียงพอ และถูกต้องแล้ว ก็จะสามารถทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคของตนเองให้มีความเหมาะสมตามมาด้วยเช่นกัน⁽¹⁴⁾

นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในระดับที่สูงด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดในสาธารณรัฐเกาหลีที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวมถึงการป้องกันโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่นอกเหนือจากความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและระดับการศึกษา⁽¹³⁾ หรือการศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในประเทศอินโดนีเซีย ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค คือ

บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี ก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในระดับดีเช่นกัน⁽¹⁵⁾ และการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในสาธารณสุขอิสลามอิหร่านที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในระดับที่สูงเช่นเดียวกัน⁽¹⁶⁾ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญในการที่จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นของตนเองได้ ทั้งในส่วนของการป้องกันโรค การแสวงหาการรักษา หรือการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าปัจจัยทางประชากรศาสตร์อื่นๆ อาทิ เพศ อาชีพ รายได้ เชื้อชาติ หรือแม้กระทั่งระดับการศึกษาอีกด้วย⁽¹⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

การจัดกิจกรรมรณรงค์ เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัณโรคให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจในสาเหตุการติดต่อ อากา การควบคุมป้องกัน รวมถึงการรักษาวัณโรคผ่านสื่อต่างๆ ยังคงมีความสำคัญที่จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และทักษะในการควบคุมและป้องกันวัณโรคที่ถูกต้องและเพียงพอมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยบุคลากรสาธารณสุขควรกำหนดประเด็นสื่อสารหลัก (Key message) เกี่ยวกับวัณโรคที่มีความกระชับ เข้าใจง่าย จดจำง่าย และตรงกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อใช้ใน

การสื่อสารกับประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล มีความเข้าใจในโรค เกิดทักษะการสื่อสาร รวมไปถึงทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่นได้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง สมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน ที่อำนวยความสะดวกพร้อมทั้งประสานกับประชาชนในพื้นที่สำหรับการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณประชาชนทุกคนในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรีที่ได้ให้ความร่วมมือและยินยอมให้ทำการศึกษาและตอบแบบสอบถามในการศึกษาคั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. สำนักวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. สถานการณ์โรควัณโรค จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี; 2564.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีราชา. สถานการณ์โรควัณโรค อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีราชา; 2564.

5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2562.
6. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences, 7th edition. New York: John Wiley and Sons Inc; 1999.
7. ราไฟ รอยเวียงคำ, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นีรัตน์ อิมามี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันวัณโรคของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขศึกษา 2564; 44(2):64-81.
8. World Health Organization. WHO STEPS surveillance manual: the WHO STEP wise approach to chronic disease risk factor surveillance / noncommunicable diseases and mental health. Geneva: World Health Organisation; 2017.
9. Kim YJ, Oh Y, Park S, Cho S, Park H. Stratified sampling design based on data mining. Healthc Inform Res 2013; 19(3):186-95.
10. กองสุขศึกษา. โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การป้องกันวัณโรคในชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
11. ชีระพงษ์ จำพูลี. พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
12. Sokhanya I, Sermsri S, Chompikul J. TB preventive behavior of patients consulting at the general out-patient department at Paholpolpayuhasana hospital, Kanchanaburi province, Thailand. J Public Health Dev 2008; 6(1):59-68.
13. Yang SH, Jung EY, Yoo YS. Health literacy, knowledge, and self-care behaviors in patients with pulmonary tuberculosis living in community. J Korean Acad Fundam Nurs 2020; 27(1):1-11.
14. Finnie RK, Khoza LB, van den Borne B, Mabunda T, Abotchie P, Mullen PD. Factors associated with patient and health care system delay in diagnosis and treatment for TB in sub-Saharan African countries with high burdens of TB and HIV. Trop Med Int Health 2011; 16(4):394-411.
15. Mubarakah K, Rachmani E, Nurjanah N, Handayani S. Tuberculosis literacy supports preventive behaviour among workers in Semarang, Indonesia. Ann Trop Med Public Health 2021; 24(1):1-10.
16. Ramezannia P, Shahroudi MV, Tehrani H, Esmaili H. Relationship between the behaviour of patients with tuberculosis and the health literacy of Mashhad caregivers. J Adv Biomed Sci 2020; 10(4):1-10.
17. Edward J, Carreon LY, Williams MV, Glassman S, Li J. The importance and impact of patients' health literacy on low back pain management: a sys

tematic review of literature. Spine J
2018; 18(2):370-6.

18. American Medical Association. Health literacy: report of the council on scientific affairs, Ad Hoc committee on health literacy for the council on scientific affairs, American Medical Association. Jama 1999; 281(6):552-7.

การพัฒนาารูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่เสี่ยงสูง
กรณีศึกษา : อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

Model Development for Intensive Approach toward Malaria Elimination
in Thasongyang District, Tak Province

สุธีรา พูลธิน*, รุ่งนรินทร์ สุขอร่าม, สุทธิดา นิมศรีกุล, ปิติ มงคลกลางกูร
Suteera Poolthin*, Rungniran Sugaram, Sutthida Nimsrikul, Piti Mongkalagoon

กองโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค
Division of Vector Born Disease, Department of Disease Control.

*Correspondence to: suteerapoolthin@gmail.com

Received: Apr 3, 2023 | Revised: May 16, 2023 | Accepted: Jun 9, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคมalariaเรื้อรัง ในการป้องกันควบคุมโรคอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ในพื้นที่อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำนวน 24 หมู่บ้าน 6 ตำบล ในทุกกลุ่มประชากร เก็บข้อมูลด้วยแบบเก็บข้อมูลและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา กำหนดรูปแบบการศึกษาประกอบด้วย 1) ทีมปฏิบัติการเชิงรุก Multipurpose ค้นหาเชิงรุก วินิจฉัยเร็ว จ่ายยารักษาหายขาด ติดตามผู้ป่วยกินยาให้ครบ ป้องกันและควบคุมยุงพาหะครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร 2) ทีมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยชุมชนมีส่วนร่วม 3) ทีมค้นหาผู้ป่วยเจาะโลหิตและตรวจวินิจฉัยด้วยเทคนิค Pool Real-time PCR และ 4) ทีมประเมินผลทางด้านกีฏวิทยา สสำรวจและประเมินความต้านทานของยุงพาหะนำโรคมalariaเรื้อรัง

ผลการศึกษา 1) ประชากรได้รับการเจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยทางตรง จ่ายยารักษาหายขาด และติดตามผู้ป่วยกินยารักษาครบครอบคลุมสูง 83.89% - 94.52% การพ่นกระพุ่มด้วยสารเคมี แจกมุ้งชุบสารเคมีออกฤทธิ์คงทนยาวนาน (LLIN) และแจกยาทาแก้นยุงครอบคลุมบ้าน 100% ของหลังคาเรือน 2) ประชาชนมีพฤติกรรมนอนในมุ้ง 91.75% โดยใช้มุ้งเป็นประจำ 85.50% 3) การค้นหาผู้ป่วยด้วยวิธี Pool Real-time PCR ครอบคลุมประชากร 78.03% สามารถตรวจพบผู้ป่วยติดเชื้อมalariaเรื้อรังได้มากกว่าตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ 4) การศึกษากีฏวิทยา พบยุงพาหะนำโรคมalariaเรื้อรัง คือ *An. Minimus complex* *An. Maculatus* group และ *An. varuna* ซึ่งยังมีความไวต่อสารเคมีไม่ดื้อต่อสาร deltamethrin และ permethrin พบอัตราการตาย 100% สำหรับผลทดสอบประสิทธิภาพของมุ้งชุบสารเคมีที่มีฤทธิ์คงทนยาวนานอายุ 1 ปี ที่ประชาชนใช้กานอนเป็นประจำ ด้วยวิธี Bio-assay test พบว่ายังมีประสิทธิผลในการป้องกันยุง พบอัตราการตาย 65.91 - 97.96 โดยในปี 2557 - 2559 ผู้ป่วยด้วยโรคมalariaเรื้อรังในอำเภอท่าสองยางลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยมีอัตราป่วยต่อพันประชากร 69.68, 29.02 และ 12.11 ตามลำดับ คิดเป็น 1.65, 2.4 และ 2.39 เท่า ตามลำดับ

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ, กำจัดโรคมalariaเรื้อรัง

Abstract

The objectives of research were to develop the model for intensive prevention and vector control approach toward malaria elimination in the area of Thasongyang District, 24 villages, 6 sub-districts in all population groups. Data were collected by data collection and questionnaires that were analyzed by descriptive statistics. The study model consisted of 1) Multipurpose Proactive Operations Team, to active case detection, quickly diagnosis, prompt treatment, completely follow up, prevention and vector control covering in all population groups. 2) Behavior modification supported team. 3) Case detection team, to blood collection and diagnosis by Pool Real-time PCR technique. 4) Entomological evaluation team, to survey and evaluate the resistance of vector mosquitoes.

Research results were: 1) The population was blood collected to find out malaria parasite. The malaria patients were completely taking medicine and following up at high covering 83.89% - 94.52%. The hut indoor residual spraying, distributing long lasting impregnated nets (LLIN) and distributing mosquito repellents were done covering 100% of the households. 2) 91.75% of the people have a habit of sleeping in mosquito nets, which were used regularly at 85.50%. 3) Pool Real-time PCR method were applied to detect malaria cases coverage 78.03% of the population. This method can detect more malaria cases than microscopic examination. 4) Detecting malaria vectors, *An. Minimus* complex, *An. Maculatus* group and *An. varuna*, were also chemically susceptible and were not resistant to deltamethrin and permethrin. The mortality rate was 100% for the performance test of 1-year-old long lasting impregnated nets that people use to sleep regularly. The Bio-assay test method found that it is still effective in preventing mosquitoes. The mortality rate was 65.91% - 97.96%. In 2014 - 2016, the number of malaria patients in Thasongyang District decreased and continued to decrease with the disease rate per thousand population of 69.68%, 29.02% and 12.11% respectively, 1.65, 2.4 and 2.39 times, respectively.

Keywords: Model development, Malaria elimination

บทนำ

ประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรียที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยง หากเมื่อประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรียแล้ว ได้รับการรักษาไม่ทันเวลาจะส่งผลกระทบต่อ

อยู่ในภาวะอันตรายอาจถึงตายได้ โดยการเกิดโรคมาลาเรียนั้นจะมียุงก้นปล่องเป็นพาหะนำโรค⁽¹⁾ ที่ผ่านมาตรการควบคุมโรคได้ตระหนักถึงปัญหาและดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 เป็นต้นมา โดยจัดแบ่งภารกิจ

ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียภายใต้โครงการชำนาญพิเศษ (Vertical program) เป็นการบริหารราชการแบบรวมศูนย์ บริหารจัดการและส่งการจากส่วนกลาง คือ กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งเป็นกองวิชาการ และหน่วยงานส่วนภูมิภาคในสังกัดขึ้นกับส่วนกลาง คือ สำนักควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 1-5 ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง และหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง กระจายอยู่ตามภาค จังหวัดและอำเภอทั่วประเทศเป็นหน่วยปฏิบัติการ ทำหน้าที่ในการควบคุมโรคมาลาเรียโดยตรง ทั้งนี้กรมควบคุมโรคมีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนมาตรการต่อเชื้อ มาตรการต่อยุงพาหะ และมาตรการต่อคน ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยรักษา การค้นหาเชิงรุกและเชิงรับ การป้องกันโรคล่วงหน้าด้วยการพ่นบ้านด้วยสารเคมีแบบมีฤทธิ์ตกค้างบนฝาผนังบ้าน และการใช้มุ้งชุบสารเคมี เป็นต้น สามารถลดปัญหาการเกิดโรคมาลาเรียลงได้ในปัจจุบัน และสามารถทำให้บางพื้นที่สามารถขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคแบบผสมผสานหรือบูรณาการ จนมีแนวโน้มว่าบางพื้นที่สามารถจะเข้าสู่โปรแกรมการกำจัดโรคมาลาเรียได้ (Malaria elimination) ซึ่ง “โรคมาลาเรีย” หมายถึงโรคติดต่อที่มียุงก้นปล่องเป็นพาหะนำโรค “ผู้ป่วยมาลาเรีย” หมายถึง ผู้มีอาการหรือไม่แสดงอาการ เป็นไข้แต่พบเชื้อมาลาเรียในกระแสเลือดจากผลตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ⁽²⁾ และ “การพัฒนาารูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคมาลาเรีย” หมายถึง การพัฒนากลไกและวิธีการจัดการเพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อมาลาเรียป้องกันควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดด้วยมาตรการที่เข้มข้น⁽³⁾ จนไม่พบผู้มีเชื้อมาลาเรียในกระแสเลือดที่ได้รับเชื้อมาลาเรียจากในพื้นที่นั้นๆ (Indigenous case)

สถานการณ์โรคมาลาเรียในประเทศไทยปี พ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยโรคมาลาเรียมากกว่า 140,000 ราย และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบมีผู้ป่วยมาลาเรียจำนวน 24,847, 15,396, 12,225 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยต่อพันประชากร 0.39, 0.24 และ 0.19 ตามลำดับ และอัตราตายต่อแสนประชากร 0.14, 0.13, 0.06 ตามลำดับ^(4,5,6) ในภาพรวมผู้ป่วยต่างชาติในประเทศไทยเป็นผู้ป่วยต่างชาติที่มีที่พักในประเทศไทยเป็นหลักแหล่ง ประกอบด้วยกลุ่มแรงงานที่ขึ้นทะเบียนและกลุ่มลักลอบเข้ามาขายแรงงาน และผู้ป่วยต่างชาติที่ข้ามชายแดนมาเพื่อตรวจรักษาแล้วเดินทางกลับไม่พำนักค้างมีแนวโน้มลดลง ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2549 จำนวน 66,651 ราย และ 12,121 ราย ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังมีบางพื้นที่ที่ยังไม่สามารถลดอัตราป่วยของโรคมาลาเรียลงได้โดยเฉพาะการแพร่ระบาดบริเวณแนวชายแดนประเทศไทย-เมียนมาร์ ไทย-กัมพูชา และ ไทย-มาเลเซีย โดยเฉพาะบริเวณชายแดนไทย-เมียนมาร์ พบผู้ป่วยมาลาเรียมากกว่า 70% เป็นการติดเชื้อภายในพื้นที่⁽⁷⁾

จังหวัดตากมีพื้นที่ชายแดนติดกับประเทศเมียนมาร์ และมีช่องทางเข้าออกจำนวนมาก โดยอำเภอท่าสองยาง แม่ระมาด แม่สอด พบพระ และ อุ่มผาง มี 30 ช่องทางข้าม ไม่รวมช่องทางธรรมชาติ และประชากรตามแนวชายแดนมีการเคลื่อนย้ายสูงทำให้มีการแพร่กระจายโรคตามแนวชายแดน ซึ่งในปี พ.ศ. 2556 จังหวัดตากมีผู้ป่วยสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ 11,406 ราย ประชาชนใช้มุ้งชุบสารเคมีออกฤทธิ์คงทนยาวนาน (Long Lasting Impregnated Net: LLIN) ครอบคลุมต่ำที่ 36% การติดตามการรักษาครบในผู้ป่วยพบเชื้อ *Plasmodium falciparum* (Pf.) และ *Plasmodium vivax* (Pv.) ต่ำ คิดเป็น 0.44%

และ 0.97% ตามลำดับ⁽⁸⁾ แต่ลักษณะการแพร่โรคสูงไม่ได้เกิดขึ้นทุกอำเภอ มีบางอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงทั้งในกลุ่มคนไทยและชาวต่างชาติ พบว่าอำเภอท่าสองยาง เป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยไข้มาลาเรียสูงสุดของประเทศไทย 7,092 ราย⁽⁷⁾ การป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียของจังหวัดดำเนินงานโดยหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป ซึ่งกรมควบคุมโรคมีบทบาทหลักด้านนโยบายระดับชาติและสนับสนุนความช่วยเหลือด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรค ดังนั้นการศึกษาวิจัยจึงมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบที่เป็นการค้นหารักษาผู้ป่วยเชิงรุกโดยบูรณาการทรัพยากรจากหลายภาคส่วน หากมีการเร่งรัดกำจัดไข้มาลาเรียในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดสูงโดยการตรวจราชการแพร่ไข้มาลาเรียในอำเภอพื้นที่เสี่ยงสูงทุกกลุ่มประชากรด้วยมาตรการที่เข้มข้นและครอบคลุมต่อการเฝ้าระวังในคน เชื้อ ยุง อย่างต่อเนื่อง คาดว่าจะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่เป้าหมายลงได้ และส่งผลกระทบต่ออัตราการลดลงของโรคมาลาเรียในภาพรวมของประเทศได้ไม่เกินเป้าหมายในปี 2557 อัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรียต่อพันประชากร (Annual Parasite Index: API) 0.4 และอัตราตายด้วยโรคมาลาเรียต่อแสนประชากร 0.2⁽⁹⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูงในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูงในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational research) ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 - กันยายน 2557 ในพื้นที่อำเภอท่าสองยาง เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลตามลักษณะกิจกรรมและแบบสอบถาม โดยมีขอบเขตการศึกษาและขั้นตอนดังนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาการบริหารจัดการโรคมาลาเรีย และคณะทำงานด้านโรคมาลาเรียที่มีหน้าที่ในการพัฒนานโยบาย มาตรการ นวัตกรรม ข้อมูลอ้างอิง และมาตรฐานวิชาการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ระดับกรมควบคุมโรคโดยมีคณะกรรมการที่เป็นบุคลากรระดับเขตร่วมดำเนินการ
2. ประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการและเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญทางด้านมาลาเรียจาก สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง สำนักป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (ศตม.) หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (นคม.) และหน่วยงานเครือข่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และหน่วยงานเอกชน (NGOs) รวมทั้งสิ้น 30 ราย เพื่อรวบรวม ทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การระบาดวิทยาโรคมาลาเรีย และปัจจัยที่มีผลกระทบ เช่น อัตรากำลัง วัสดุอุปกรณ์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แหล่งทุน ฯลฯ
3. ประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค นักวิชาการและเจ้าหน้าที่ที่มีชำนาญทางด้านมาลาเรียจาก สำนักฯ สคร. และ ศตม. จำนวน 20 ราย ร่วมกันยกยกร่างรูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยง

สูงในอำเภอท่าสองยาง และกำหนดกรอบการดำเนินงาน ประกอบด้วย แนวทาง และแผนการดำเนินงาน แผนการเก็บข้อมูล แผนการบริหารจัดการ แผนงบประมาณ และแผนการควบคุม กำกับติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation : M&E) โดยใช้แนวทางการปฏิบัติงาน กำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับบุคลากรทางแพทย์ และสาธารณสุขประเทศไทย⁽²⁾ เป็นกรอบความคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

4. กำหนดพื้นที่เป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน และจากการวิเคราะห์ ข้อมูลสถานการณ์การระบาดหรือการเกิด อุบัติการณ์ของโรคมาลาเรียสูงย้อนหลัง 3 ปี เป็นพื้นที่ศึกษา 24 หมู่บ้าน 6 ตำบล คือ แม่หละ แม่ต๋าน แม่อุสุ ท่าสองยาง แม่สอง และแม่ ะหลวง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
5. ประชากรศึกษา เป็นประชากรทุกกลุ่มวัยที่อาศัย อยู่ในพื้นที่เป้าหมาย ทั้งคนไทยและต่างชาติ
6. จัดทำเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่ง เป็น 2 ชนิด ได้แก่

6.1 แบบบันทึกข้อมูล แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

6.1.1 แบบเก็บข้อมูลที่จัดทำขึ้นสำหรับการวิจัยนี้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการตรวจโลหิต หารสารพันธุกรรม แบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจ โลหิตหาเชื้อมาลาเรียด้วยเทคนิค Pool Real-time PCR แบบบันทึกข้อมูลการสำรวจยุงก้นปล่อง แบบ บันทึกข้อมูลการสำรวจลูกน้ำยุงก้นปล่อง แบบ บันทึกข้อมูลความต้านทานของยุงพาหะต่อสาร เคมี และแบบบันทึกข้อมูลการทดสอบฤทธิ์คงทน ของสารเคมีต่อมุ้ง

6.1.2 แบบเก็บข้อมูลจากการปฏิบัติงาน ประจำ ได้แก่ ระเบียบผู้ป่วยได้รับการตรวจ

โลหิตหาเชื้อมาลาเรีย (รว.1) รายงานการสอบสวน และรักษาหายขาดผู้ป่วย (รว.3) แบบติดตามผล การรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย แบบบันทึกผลการ ปฏิบัติงานควบคุมโรค (คม.4)

6.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ มุ้งชุบสารเคมี โดยยกร่างและเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยง ตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

7. จัดประชุมชี้แจงรูปแบบและกรอบแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงาน องค์การอิสระที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าสองยาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แม่หละ แม่ต๋าน แม่อุสุ ท่าสองยาง แม่สอง และ แม่ะหลวง โรงพยาบาลโรงพยาบาลท่าสองยาง และ องค์การอินเตอร์เนชั่นแนล เรสคิว คอมมิตีตี
8. ดำเนินการภาคสนามตามรูปแบบและแนวทาง ที่กำหนด (ภาพที่ 1) มีองค์ประกอบ 4 ทีม ดังนี้

8.1 ทีมปฏิบัติการเชิงรุก (Multipurpose team) ปฏิบัติการค้นหาเชิงรุก Active Case Detection (ACD) โดยทำ Special Case Detection (SCD) และเจาะเลือดหมู่ (Mass Blood Survey: MBS) เจาะโลหิตประชาชนทุกคนในหมู่บ้านพื้นที่เป้าหมาย และตรวจวินิจฉัยเร็วหาเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ ขณะเดียวกันแบ่งโลหิตเก็บใส่กระดาศกรองเพื่อนำตรวจหาเชื้อด้วยเทคนิค Pool Real-time PCR ตามข้อ 8.3 จ่ายยารักษาหายขาด (Direct Observe Treatment: DOT) ป้องกันและควบคุม ยุงพาหะครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร โดยพ่น กระทบหรือที่พ่นด้วยสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (Indoor Residual Spray: IRS) แจกมุ้งชุบสารเคมี ชนิดมีฤทธิ์คงทนยาวนาน (LLIN) แจกยาทาแกันยุง ให้ครอบคลุม 100% และทุกกลุ่มประชากร โดย

การดำเนินงาน 2 รอบ รอบที่ 1 ระหว่างเดือน ม.ค. - ก.พ. 2557 และรอบที่ 2 ระหว่างเดือน พ.ค. - มิ.ย. 2557

พื้นที่ดำเนินการ ต.แม่หละ แม่ต๋าน แม่อุสุ ทำสองยาง แม่สอง และแม่ะหลวง จำนวน 24 หมู่บ้าน 40 กลุ่มบ้าน

8.2 ทีมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Change Communication: BCC) โดยชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินการร่วมมือกับเครือข่ายที่เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรเอกชน (NGOs) ให้สุขศึกษาให้ความรู้แก่ประชาชน และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง โดยจัดเวทีการมีส่วนร่วมของประชาชน และติดตามพฤติกรรมการใช้มุ้งและความพึงพอใจของประชาชนด้วยแบบสอบถาม โดยสุ่มสำรวจความพึงพอใจในการใช้มุ้งซุบสารเคมีโดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane)⁽¹⁰⁾ จำนวน 400 ฉบับ

พื้นที่ดำเนินการ ต.แม่ต๋าน หมู่ที่ 6,9 ต.แม่อุสุ หมู่ที่ 6 และ ต.ทำสองยาง หมู่ที่ 1,2 พิจารณาพื้นที่เสี่ยงที่ประชาชนมีการติดเชื้อซ้ำๆ เป็นประจำ

8.3 ทีมค้นหาผู้ป่วยเจาะโลหิตและตรวจวินิจฉัยด้วยเทคนิค Pool Real-time PCR โลหิตที่ได้จากการค้นหาผู้ป่วยในทีมปฏิบัติการที่ 1 ตรวจด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนไม่น้อยกว่า 80% ของประชากรในพื้นที่เป้าหมาย เก็บรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกกิจกรรมในแบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจโลหิตหาเชื้อมาลาเรียด้วยเทคนิค Pool Real-time PCR

พื้นที่ดำเนินการ ต.แม่ต๋าน หมู่ที่ 6,9 และ ต.ทำสองยาง หมู่ที่ 1,2 พิจารณาพื้นที่ตามข้อจำกัดของสถานที่ติดตั้งเครื่องมือตรวจให้อยู่ในจุดที่สามารถรับส่งตัวอย่างโลหิตเพื่อตรวจวินิจฉัย

ได้ภายใน 1 วัน รายงานผลการตรวจเบื้องต้นได้ภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ภาคสนามให้ติดตามค้นหาผู้ป่วยได้รับการรักษาหายขาดได้อย่างรวดเร็ว

8.4 ทีมประเมินผลทางด้านกัญญาวิทยา โดยจับยุงก้นปล่องที่กัดคนในบ้านและกัดคนนอกบ้าน ในเวลากลางคืน สุ่มจุกน้ำยุงก้นปล่อง ศึกษาความชุกและความต้านทานของยุงพาหะต่อสารเคมี ติดตามฤทธิ์คงทนของสารเคมีของมุ้งซุบสารเคมีออกฤทธิ์คงทนยาวนาน (LLIN) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกในแบบเก็บข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลการสำรวจยุงก้นปล่อง แบบบันทึกข้อมูลการสำรวจจุกน้ำยุงก้นปล่อง แบบบันทึกข้อมูลความต้านทานของยุงพาหะต่อสารเคมี และแบบบันทึกข้อมูลการทดสอบฤทธิ์คงทนของสารเคมีต่อมุ้งฯ

พื้นที่ดำเนินการ ต.แม่หละ หมู่ที่ 2 คัดเลือกพื้นที่เพื่อเป็นตัวแทน พิจารณาสภาพพื้นที่มีลำธารแหล่งน้ำไหลรินเหมาะแก่การวางไข่และเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงก้นปล่อง และอยู่ในบริเวณใกล้กับบ้านเรือนประชาชน

9. รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

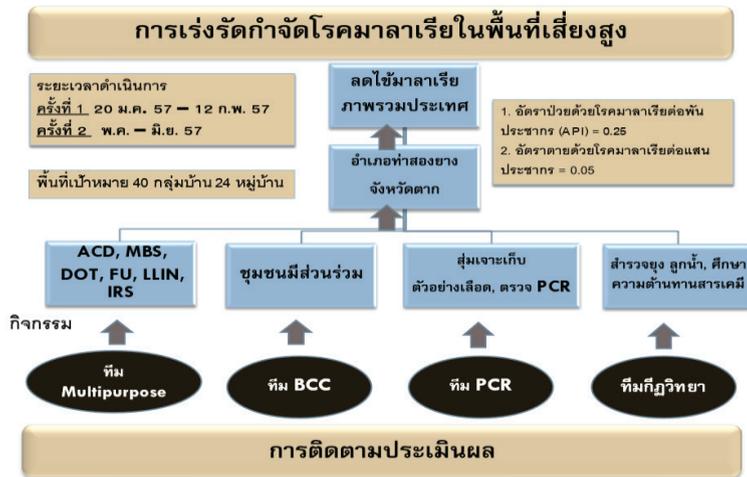
ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคมมาลาเรียในการป้องกันควบคุมโรคอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องในพื้นที่อำเภอทำสองยาง จังหวัดตาก

1. การพัฒนารูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคมมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูงในอำเภอทำสองยาง จังหวัดตาก ประกอบด้วย 4 ทีม คือ 1) ทีมปฏิบัติการเชิงรุก Multipurpose เน้นการค้นหาเชิงรุกวินิจฉัยเร็ว จ่ายยารักษาหายขาด ติดตามผู้ป่วย

กินยาให้ครบ ซึ่งเดิมเป็นการค้นหาผู้ป่วยแบบเชิงรับที่หน่วยบริการเป็นหลัก รวมทั้งพ่นกระพอมหรือที่พ่นด้วยสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (Indoor Residual Spray: IRS) แจกมุ้งชุบสารเคมีชนิดมีฤทธิ์คงทนยาวนาน (LLIN) แจกยาทากันยุงให้ครอบคลุม 100% และทุกกลุ่มประชากร ซึ่งเดิมที่ทำได้ดีกว่า 80% 2) ทีมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นชุมชนมีส่วนร่วมและความร่วมมือ ดำเนินการเพื่อสื่อสารให้สุศึกษาแก่ประชาชน ระหว่าง สคร. ศตม. และ นคม. กับเครือข่าย สสจ. สสอ. รพท. รพสต. และองค์การอินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล เรสคิว คอมมิตี ซึ่งเดิมดำเนินงานโดย สคร. ศตม.

และ นคม. เป็นส่วนใหญ่ 3) ทีมค้นหาผู้ป่วยด้วยการตรวจโลหิตผู้ป่วยด้วยเทคนิค Pool Real-time PCR เป็นการตรวจโลหิตซ้ำเพื่อเปรียบเทียบความสามารถกับวิธีการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ที่เป็นวิธีการดั้งเดิม และเป็นการขยายขอบเขตความสามารถค้นหาเชิงรุกที่กล้องจุลทรรศน์ไม่สามารถตรวจพบเชื้อมาลาเรียได้กรณีเชื่อมีความเข้มข้นต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และ 4) ทีมประเมินผลทางด้านกัญญา สำรวจลูกน้ำ ศึกษาความชุกและความต้านทานของยุงพาหะนำโรคมาลาเรีย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบและกรอบแนวทางการดำเนินงาน

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคมาลาเรียในการป้องกันควบคุมโรคอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องในพื้นที่อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ประกอบด้วย

2.1. การปฏิบัติการเชิงรุกโดยทีม Multipurpose ผลการค้นหาเชิงรุก (ACD) วินิจฉัยเร็ว จ่ายยารักษาหายขาด (DOT) ติดตามผู้ป่วยกินยาให้ครบ (FU) ป้องกันและควบคุมยุงพาหะโดยพ่นกระพอมด้วยสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (IRS) แจกมุ้งชุบสารเคมีออกฤทธิ์คงทนยาวนาน (LLIN)

ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร และแจกยาทากันยุงซึ่งดำเนินงาน 2 รอบ คือ รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 20 ม.ค. - 10 ก.พ. 2557 และรอบที่ 2 ระหว่าง 20 พ.ค. - 7 มิ.ย. 2557 ปฏิบัติการทั้งกลางวันและกลางคืน ดังนี้

2.1.1 การเจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยทางตรง ด้วยการตรวจวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์พร้อมจ่ายยารักษาหายขาด และติดตามผู้ป่วยกินยารักษาครบ เจาะโลหิตรอบที่ 1 จำนวน 13,014 ราย พบจำนวนผู้ติดเชื้อมาลาเรีย 29 ราย รอบที่ 2

จำนวน 11,312 ราย พบจำนวนผู้ติดเชื้อมาลาเรีย 24 ราย ครอบคลุมประชากร รอบที่ 1 และ 2 เท่ากับ 83.89% - 94.52% ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

2.1.2 การพ่นกระท่อม/ที่พักด้วยสารเคมี (IRS) แจกมุ้งชุบสารเคมีชนิดมีฤทธิ์คงทน

ยาวนาน (LLIN) และแจกยาทากันยุง รอบที่ 1 แจกมุ้งชุบสารเคมีฯ จำนวน 5,720 หลัง และรอบที่ 2 จำนวน 600 หลัง ดำเนินการได้ครอบคลุมบ้าน 100% ของหลังคาเรือน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยทางตรง (ACD) และการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย

ผลการดำเนินงาน	หน่วยนับ	รอบที่ 1	รอบที่ 2
		(20 ม.ค.-10 ก.พ.57)	(20 พ.ค.-7 มิ.ย.57)
กลุ่มบ้านเป้าหมาย	กลุ่ม	40	36
หมู่บ้าน	หมู่	24	24
ประชากร	ราย	15,513	11,968
จำนวนตรวจโลหิตด้วยกล้องจุลทรรศน์	ราย	13,014	11,312
อัตราการตรวจโลหิตครอบคลุมประชากร	%	83.89	94.52
จำนวนพบเชื้อ	ราย	29	24
- ชนิด <i>P. falciparum</i>	ราย	10	5
- ชนิด <i>P. vivax</i>	ราย	19	19
จำนวนพ่นกระท่อม/ที่พักด้วยสารเคมี (IRS)	หลัง	191	111
จำนวนแจกมุ้งชุบสารเคมีออกฤทธิ์คงทนยาวนาน (LLIN)	หลัง	5,720	600
อัตราการพ่นกระท่อม/ที่พักด้วยสารเคมี (IRS) และแจกมุ้งชุบสารเคมีออกฤทธิ์คงทนยาวนาน (LLIN) ครอบคลุมบ้านและกระท่อม	%	100	100
จำนวนแจกยาทากันยุง	ซอง	14,626	13,665

2. การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Change Communication; BCC)

จัดประชาคมหมู่บ้าน BCC มีการให้สุขศึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่ และหน่วยงานองค์กรเอกชน (NGOs) รอบที่ 1 จำนวน 5 กลุ่มบ้าน รอบที่ 2 จำนวน 7 กลุ่มบ้าน และผลสอบถามความพึงพอใจในการใช้มุ้งชุบสารเคมีของประชาชน พบว่า

ประชาชนมีพฤติกรรมการนอนในมุ้ง 91.75% มีการนอนในมุ้งเป็นประจำ 85.50% ระบุว่านอนในมุ้งดีกว่านอนนอกมุ้ง 96.50% และรับรู้ประโยชน์ของการใช้มุ้งชุบสารเคมีในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียสูงถึง 96.75% แต่พบว่าความตระหนักในการนำมุ้งไปใช้กางนอนเมื่อไปประกอบอาชีพนอกบ้านต่ำกว่า 50% และมีความเชื่อว่ามุ้งชุบสารเคมี

ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใช้มากกว่า 50%

3. การค้นหาผู้ป่วยเจาะโลหิตและตรวจวินิจฉัยด้วยเทคนิค Pool Real-time PCR

ผลการเจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียทั้งวิธีตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ และตรวจสารพันธุกรรมด้วยเทคนิค Pool real time PCR จำนวนทั้งสิ้น 1,808 คน คิดเป็น 78.03% ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง 2,317 คน เฉพาะในตำบล

แม่ต๋าน กลุ่มบ้านขุนห้วยแม่ต๋าน และกลุ่มบ้านทุ่งถ้ำ สามารถดำเนินการตรวจได้มากกว่า 80% ของประชากรในกลุ่มบ้านคือ 82.86% และ 80.57% ตามลำดับ ประชากรที่เข้ารับการตรวจเป็นหญิง 966 คน และเป็นชาย 814 คน และมีบางส่วนไม่ได้บันทึกรายละเอียดของเพศลงในใบรายงาน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การตรวจตัวอย่างโลหิตในประชากรในกลุ่มบ้านเป้าหมาย

ตำบล	กลุ่มบ้าน	หมู่ที่	จำนวนประชากร	จำนวนตรวจ	เปอร์เซ็นต์ครอบคลุม	ชาย	หญิง	ไม่ระบุเพศ
ท่าสองยาง	เบอญจโค๊ะ	1	427	305	70.42	132	173	0
	แม่ต๋าน	2	422	309	73.22	146	159	4
แม่ต๋าน	ขุนห้วยแม่ต๋าน	6	490	406	82.86	174	219	13
	ทุ่งถ้ำ	9	978	788	80.57	362	415	11
รวม			2,317	1,808	78.03	814	966	28

ผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบผู้ป่วยมาลาเรีย 5 ราย คิดเป็น 0.28% ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้ติดเชื้อ *P. vivax* จำนวน 4 ราย และเชื้อ *P. falciparum* 1 ราย โดยผู้ติดเชื้อ *P. Falciparum* อยู่ในระยะ Gametocyte เป็นระยะที่สามารถแพร่เชื้อได้ กลุ่มบ้านที่พบผู้ติดเชื้อสูงสุดสำหรับการตรวจด้วยวิธีใช้กล้องจุลทรรศน์คือกลุ่มบ้านแม่ต๋าน พบผู้ติดเชื้อมาลาเรียจำนวน 3 ราย คิดเป็น 0.97% จากจำนวนประชากรที่ได้

รับการตรวจทั้งสิ้น 309 ราย (ตารางที่ 3)

ผลการตรวจสารพันธุกรรมด้วยเทคนิค Pool real time PCR พบผู้ติดเชื้อ 21 ราย เป็นชนิดเชื้อ *P. vivax* จำนวนทั้งสิ้น 17 ราย และ *P. falciparum* 3 ราย คิดเป็นการค้นพบผู้ติดเชื้อร้อยละ 1.16 จากจำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจทั้งหมดจาก 4 กลุ่มบ้าน และกลุ่มบ้านที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อมากที่สุดคือ กลุ่มบ้านแม่ต๋าน พบผู้ติดเชื้อคิดเป็น 2.59%

ตารางที่ 3 การตรวจตัวอย่างโลหิตด้วยกล้องจุลทรรศน์ และ Pool real time PCR

ตำบล	กลุ่มบ้าน	หมู่ที่	ตรวจ	พบเชื้อโดยกล้องจุลทรรศน์					พบเชื้อโดยการตรวจ PCR				
				PF	PV	อื่นๆ	รวม	%	PF	PV	อื่นๆ	รวม	%
ท่าสองยาง	เบอญจโค๊ะ	1	305	0	0	0	0	0	0	6	0	6	1.97
	แม่ต๋าน	2	309	1	2	0	3	0.97	3	4	1 (F+V)	8	2.59

ตำบล	กลุ่มบ้าน	หมู่ที่	ตรวจ	พบเชื้อโดยกล้องจุลทรรศน์					พบเชื้อโดยการตรวจ PCR				
				PF	PV	อื่นๆ	รวม	%	PF	PV	อื่นๆ	รวม	%
แม่ต๋าน	ขุนห้วยแม่ต๋าน	6	406	0	2	0	2	0.49	0	5	0	5	1.23
	ทุ่งถ้ำ	9	788	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.25
รวมสรุป			1,808	1	4	0	5	0.28	3	17	1	21	1.16

4. การประเมินผลทางด้านกีฏวิทยา

4.1 การสำรวจลูกน้ำยุง พบลูกน้ำยุงพาหะเป็นชนิด *Anopheles minimus complex*

4.2 การจับยุงกลางคืน พบยุงพาหะนำโรคมาลาเรียที่กัดคนในบ้านมีเพียงชนิดเดียว คือ *Anopheles minimus complex* ยุงพาหะนำโรคมาลาเรียที่กัดคนนอกบ้าน พบยุง 3 ชนิด คือ *Anopheles minimus complex* *Anopheles maculatus group* และ *Anopheles varuna*

4.3 การทดสอบความไวต่อสารเคมีและทดสอบฤทธิ์ตกค้างของสารเคมีที่มุ้ง พบว่า ยุงพาหะยังมีความไวต่อสารเคมี deltamethrin และ permethrin โดยมีอัตราการตาย 100 และผลการทดสอบฤทธิ์ตกค้างของสารเคมีด้วยยุง *Anopheles minimus* อายุ 3-5 วัน ด้วยวิธีการ WHO Contact

Bio-assay test⁽¹¹⁾ กับมุ้งชุบสารเคมีที่มีฤทธิ์คงทนยาวนานอายุ 1 ปีซึ่งใช้กางนอนประจำ พบว่ายังมีอัตราการตาย 65.91 - 97.96

5. ผลกระทบต่อการลดโรค พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 - 2559 ผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียในอำเภอท่าสองยางลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราป่วยต่อพันประชากร 69.68, 29.02 และ 12.11 ตามลำดับ ลดลงจากปีก่อนหน้า 1.65, 2.4 และ 2.39 เท่า ตามลำดับ มีอัตราตายต่อประชากรแสนคน 0.46, 3.40 และ 6.77 ตามลำดับ ส่งผลกระทบต่อทำให้ภาพรวมของจังหวัดตาก โรคไข้มาลาเรียลดลงเช่นเดียวกัน โดยมีอัตราป่วยต่อพันประชากร 18.98, 16.53 และ 9.61 ตามลำดับ และมีอัตราตายต่อประชากรแสนคน 0.38, 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)^(6,8,9,12,13)

ตารางที่ 4 อัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรียต่อพันประชากร (API) และอัตราตายด้วยโรคมาลาเรียต่อแสนประชากร

ระดับ	รายการ	พ.ศ.2555	พ.ศ.2556	พ.ศ.2557	พ.ศ.2558	พ.ศ.2559
ประเทศ	อัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรียต่อพันประชากร (API)	0.19	0.32	0.35	0.37	0.27
	อัตราตายด้วยโรคมาลาเรียต่อแสนประชากร	0.07	0.07	0.07	0.06	0.04
จังหวัดตาก	อัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรียต่อพันประชากร (API)	24.49	26.68	18.98	16.53	9.61
	อัตราตายด้วยโรคมาลาเรียต่อแสนประชากร	0.00	0.53	0.38	0.84	0.88

ระดับ	รายการ	พ.ศ.2555	พ.ศ.2556	พ.ศ.2557	พ.ศ.2558	พ.ศ.2559
อำเภอท่าสองยาง	อัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ต่อพันประชากร (API)	125.37	115.27	69.68	29.02	12.11
	อัตราตายด้วยโรคมาลาเรีย ต่อแสนประชากร	0.00	0.41	0.46	3.40	6.77

สรุปและวิจารณ์ผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก วินิจฉัยเร็ว จ่ายยารักษาหายขาด ติดตามผู้ป่วยกินยาให้ครบ ป้องกันและควบคุมยุงพาหะโดยพ่นกระท่อม/ที่พัดด้วยสารเคมี ชุบมุ้งและแจกกุ้ง LLIN ร่วมกับการใช้ยาทากันยุง สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตรวจสอบเชื้อด้วยเทคนิค Pool Real-time PCR และสำรวจและประเมินความต้านทานของยุงพาหะ เป็นการดำเนินการที่เข้มข้นและแตกต่างจากเดิม ส่งผลให้สถานการณ์โรคมาลาเรียในอำเภอท่าสองยางลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พบว่ารูปแบบนี้ยังมีข้อจำกัดต่อการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกที่ต้องใช้เจ้าหน้าที่ภาคสนามจำนวนมาก และต้องดำเนินการให้เสร็จในระยะเวลาอันสั้น รวมถึงเจ้าหน้าที่ตรวจหาเชื้อด้วยเทคนิค Pool Real-time PCR มีไม่เพียงพอต่อการตรวจวินิจฉัยตัวอย่างเชื้อจำนวนมากๆ ในเวลาที่จำกัดต้องทราบผลภายใน 1 วันและรายงานผลใน 48 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่แสดงอาการได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการบริหารจัดการภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัดและเป็นระบบมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินการรูปแบบนี้

ผลศึกษาวิจัย พบว่าการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกสามารถดำเนินการได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย 83.89% - 94.52% มีบางส่วนไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากประชาชนบาง

กลุ่มต้องไปทำกิจกรรมนอกบ้านในเวลากลางวัน และบางครั้งต้องค้างคืนที่อื่นเป็นเวลานานๆ ทำให้ไม่สามารถติดตามเจาะโลหิตจ่ายยารักษาหายขาดในประชากรกลุ่มนี้ได้ เพื่อให้การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกมีประสิทธิภาพควรดำเนินการให้สอดคล้องกับช่วงเวลาการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ นอกจากการตรวจวินิจฉัยหาเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ตามแนวทางของกรมควบคุมโรคเป็นหลักแล้ว การตรวจหาสารพันธุกรรมด้วยเทคนิค Pool real time PCR เป็นวิธีการตรวจหาเชื้อที่มีความแม่นยำ ละเอียด และมีความไวมากกว่าตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เหมาะสำหรับนำมาใช้ดำเนินการในพื้นที่เพื่อเร่งรัดกำจัดโรคมาลาเรียได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁾ และเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจากตรวจด้วยวิธีนี้แสดงผลจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น 4.2 เท่า พบ *P. vivax* เป็นส่วนใหญ่ ผู้ติดเชื้อแสดงอาการไม่รุนแรงหรือไม่แสดงอาการของโรคในระยะเริ่มแรก หากไม่ได้รับการรักษาจนหายขาดอาจจะทำให้เป็นแหล่งแพร่เชื้อต่อไปได้ อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดสำหรับความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือการตรวจ การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ หรือน้ำยาตรวจที่มีราคาแพง รวมถึงศักยภาพของผู้ตรวจที่จะต้องมีความรู้ความชำนาญทางห้องปฏิบัติการ ควรจะต้องพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีความสามารถตรวจได้อย่างถูกต้องต่อไป⁽¹⁵⁾

การบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่าย มีความสำคัญต่อการจัดการโรคมalaria เพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยตระหนักและป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยงานองค์กรเอกชน (NGOs) มีบทบาทช่วยเสริมหนุนการทำงานของศูนย์และหน่วยควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงให้อย่างมากภายใต้กลไกของอำเภอเข้มแข็ง⁽¹⁶⁾ ในขณะที่เดียวกันงบประมาณที่ได้รับจากภาครัฐมีอยู่อย่างจำกัดและแหล่งทุนจากเงินต่างประเทศที่เคยสนับสนุนเป็นจำนวนมากได้ลดน้อยลงทุกปี หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรคมalaria จำเป็นต้องปรับบทบาทภารกิจให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการกับภาคีเครือข่ายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนุกูล กองทรัพย์ พบว่าการจัดการโรคมalaria โดยความร่วมมือของภาครัฐ ท้องถิ่นและประชาชน จะสามารถยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคมalaria ได้อย่างชัดเจน⁽¹⁷⁾ ขณะเดียวกันผลการประเมินด้านกีฏวิทยา พบว่า ยุงพาหะหลัก *Anopheles minimus complex* มีความหนาแน่นสูงกว่าชนิดอื่น แสดงว่าพื้นที่ศึกษานี้มีความสามารถในการแพร่ระบาดของโรคมalaria และเมื่อทดสอบประสิทธิภาพของมุ้งซุบสารเคมีที่มีฤทธิ์คงทนยาวนาน (LLIN) อายุ 1 ปี ที่ประชาชนใช้กางนอนเป็นประจำด้วยวิธี Bio-assay test⁽¹⁸⁾ พบว่ามุ้งซุบสารเคมียังมีประสิทธิภาพสามารถฆ่ายุงได้เมื่อมาเกาะพักที่อัตราการตาย 65.91 - 97.96 สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกว่า มุ้งซุบสารเคมี LLIN มีอายุการใช้งานได้นาน 3 ปี⁽¹⁹⁾ แต่พบว่ามุ้ง 2 หลังที่ให้ผลการตายของยุงทดสอบต่ำกว่า 80% เนื่องจากมีการซักบ่อยครั้งหรือการนำไปตากผึ่งแดดทำให้คุณภาพของสารเคมีบนมุ้งมีประสิทธิภาพลดลง

ในปี 2557 สถานการณ์โรคมalaria กระจายระดับอำเภอและระดับจังหวัดลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จังหวัดตากถูกจัดลำดับเป็นจังหวัดที่มีใช้มาลาเรียสูงสุดลดลงจากอันดับ 1 ในปี 2556 เป็นอันดับ 3 ในปี 2557 ในทางตรงข้ามยังไม่สามารถส่งผลกระทบต่ออัตราการลดโรคมalaria กระจายระดับประเทศได้ เนื่องจากสถานการณ์โรคมalaria ในจังหวัดอื่นสูงขึ้นมากผิดปกติ ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นถึง 771%⁽⁹⁾ สาเหตุจากปัจจัยภายในจังหวัดที่ประชาชนลักลอบเข้าไปตัดไม้และหาของป่า อย่างไรก็ตามสถานการณ์โรคใช้มาลาเรียในภาพรวมของประเทศยังไม่เกินค่าเป้าหมายอัตราป่วยด้วยโรคมalaria ต่อพันประชากร (API) 0.4 และอัตราตายด้วยโรคมalaria ต่อแสนประชากร 0.2 (ตารางที่ 4)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรศึกษาต่อ ยอดการวางรูปแบบมาตรการที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนหลังจากกำจัดมาลาเรีย ได้แก่ แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันมาลาเรียกลับมาแพร่ระบาด การแสวงหาแหล่งทุนการประสานพลังเครือข่ายทั้งในและนอกประเทศ เพื่อสนับสนุนงบประมาณ พัฒนาคณะ และวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ปรับเวลาการค้นหาเชิงรุกให้เป็นเวลาเย็นหรือค่ำในกลุ่มประชากรที่ประกอบกิจกรรมนอกบ้านในเวลากลางวัน
2. เตรียมความพร้อมพื้นฐานทุกด้านของหน่วยบริการ ได้แก่ ด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ การควบคุมยุง สารเคมี การตรวจสไลด์ เป็นต้น ให้

สามารถสอบสวนโรคได้ทันทีกรณีตรวจพบผู้ป่วย มาลาเรีย

3. การขยายขอบข่ายพื้นที่และพัฒนา ศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับการตรวจหาเชื้อด้วย เทคนิคเทคนิค Pool Real-time PCR

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาวิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ นิพนธ์ ชินานนท์เวช ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง และนายบุญเสริม อ่วมอ่อง นักวิชาการ สาธารณสุขเชี่ยวชาญ ที่ให้การสนับสนุนอำนวยความสะดวก และเป็นพี่เลี้ยงวิชาการ รวมถึงนายสัมฤทธิ์ บุญเพ็ง, นายสถิต บุญเป็ง และนายกฤษณะ สุขอร่าม ที่ช่วยประสานสนับสนุนการดำเนินการ ภาคสนาม และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวก ตลอดจนเจ้าหน้าที่กลุ่มกีฏวิทยาและกลุ่มศูนย์อ้างอิงทาง ห้องปฏิบัติการของสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ ช่วยสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และร่วมดำเนินการด้วย ดีตลอดการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการ พาหะนำโรคแบบผสมผสานสำหรับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
2. กองโรคติดต่อ นำโดยแมลง. แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับบุคลากรทาง แพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ ดีไซน์; 2562.

3. สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการกำจัดโรคไข้ มาลาเรีย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ ตำบลและอำเภอ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2562.
4. สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2555. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง; 2553.
5. สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2555. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง; 2554.
6. สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2555. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง; 2555.
7. สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โครงการกำจัดโรคไข้ มาลาเรีย ระบบมาลาเรียออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/report/report_mod2.php
8. สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2556. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง; 2556.
9. สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2557. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง; 2557.
10. Taro Yamane. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
11. World Health Organization. Guidelines for laboratory and field-testing of long-lasting insecticidal nets. WHO: Geneva, Switzerland; 2013.

12. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง; 2558.
13. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง; 2559.
14. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานควบคุมโรคมalaria เร็วสำหรับบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552. นนทบุรี: กลุ่มโรคมalaria เร็ว; 2552.
15. สุเทพ ฟองศรี. การเปรียบเทียบผลการตรวจวินิจฉัย malaria เร็วโดยวิธี Nested PCR และกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนา จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2550. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2554; 7(2):128-34.
16. สำนักจัดการความรู้ และกองแผนงาน กรมควบคุมโรค. อำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ปี 2559. คู่มือการประเมินตนเองระดับอำเภอ. นนทบุรี: สำนักจัดการความรู้ และกองแผนงาน กรมควบคุมโรค; 2558.
17. นุกูล กองทรัพย์. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการจัดการโรคมalaria เร็ว บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2564; 19(1):49-58.
18. World Health Organization. Guidelines for laboratory and field testing of long-lasting insecticidal mosquito nets. Geneva: World Health Organization; 2005.
19. World Health Organization. Guide lines for monitoring the durability of long-lasting insecticidal mosquito nets under operational conditions [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2023 May 15]. 44 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44610/9789241501705_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y