

# วารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการ  
แถลง

## วัตถุประสงค์

1.

เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางวิชาการและรายงานผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานและบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

2.

เพื่อรายงานความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.

เพื่อเป็นสื่อกระชับความสัมพันธ์ทางแนวคิดและปฏิบัติงาน ระหว่างสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 สำนักงานสาธารณสุข ศูนย์วิชาการเขต และกรมกองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ทุกท่าน วารสารฉบับนี้เป็นวารสารปีที่ 22 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2567 ในฉบับนี้ มีบทความที่น่าสนใจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หลากหลายด้าน กล่าวคือด้านโรคติดต่อ ได้แก่ การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร, ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อฉวยโรคของพยาบาลวิชาชีพ ในเขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข, ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย, การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ด้านโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดยโสธร, การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในจังหวัดอำนาจเจริญและมุกดาหาร นอกจากนี้ยังมีบทความด้านอื่นๆ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี, พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จันทบุรี และอุบัติเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยหวังว่าท่านผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน และการพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ท้ายนี้กองบรรณาธิการขอเรียนว่า เรายินดีต่อบทความทางวิชาการและงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากทุกท่าน เพื่อเป็นเวทีสื่อสารและเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ๆ จากนักวิจัยทุกท่านด้วยความยินดียิ่งค่ะ ฉบับหน้าพบกันใหม่

(นางสาวอรทัย ศรีทองธรรม)

บรรณาธิการ

# คณะกรรมการ วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

## คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายแพทย์ภานุมาศ ญาณเวทย์สกุล	อธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์นิติ เหตานุรักษ์	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
แพทย์หญิงบุศณี มุจรินทร์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
แพทย์หญิงจินตนา คำภักดิ์	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางสุขงญา สีหะวงษ์	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

## บรรณาธิการ

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

## กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
รศ.ดร.ทวิวรรณ ศรีสุขคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา
รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
รศ.ดร.ณัฐิตา โรจนประศาสน์	นักวิชาการอิสระ
ผศ.ดร.สุภาภรณ์ สงค์ประชา	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ชนิดา ประดิษฐ์สถาพร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.วรยุทธ นาคอ้าย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ดร.เพชรมณี วิริยะสืบพงศ์	นักวิชาการอิสระ
ดร.เกศรา แสนศิริทิวสุข	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.เพชรบูรณ์ พูนผล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.วิภาวี แสนวงษา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

## ฝ่ายจัดการ

นางพรรณธิดา มูลประดับ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางชลภัศรณ มีตภา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางมุกดา งามวงศ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางสาวอภิญา จำปา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นายทศพงษ์ บุระมาน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางสาวพลอยไพลิน เทพาทีปรกรณ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

# จริยธรรมในการตีพิมพ์

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางวิชาการ และรายงานผล การศึกษาที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจ

## บทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์

1. ผู้พิมพ์ต้องสงบบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอพิจารณาเผยแพร่ในวารสาร ฉบับอื่น และต้องไม่นำผลงานไปตีพิมพ์กับวารสารอื่น หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีแล้ว
2. ผู้พิมพ์ต้องไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมาอ้างอิงในเนื้อหา บทความของตนเอง
3. ข้อมูลที่นำเสนอในบทความต้องเป็นข้อเท็จจริงที่เกิดจากการศึกษาวิจัย ผู้พิมพ์ต้องไม่บิดเบือนปลอมแปลง หรือนำเสนอ ข้อมูลที่เป็นเท็จ
4. คณะชื่อผู้พิมพ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง
5. หากเป็นบทความที่เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

## บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดย ปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียใดๆ กับผู้พิมพ์หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่า ตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ควรแจ้งให้บรรณาธิการ ทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการประเมิน และไม่นำข้อมูลบางส่วน หรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาของผลงานวิชาการที่รับประเมินอย่างแท้จริง
4. เมื่อผู้ประเมินบทความ พบว่า บทความที่รับประเมินมีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นๆ ต้องแจ้งให้บรรณาธิการ ทราบทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่กำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความ

## บทบาทหน้าที่บรรณาธิการ

1. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความ โดย พิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
2. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้พิมพ์ในด้าน เชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้พิมพ์
3. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์หรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความ หรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
4. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประเมินของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นข้อมูลที่ ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้พิมพ์
5. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้พิมพ์ และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการ ประเมินบทความ
6. บรรณาธิการต้องตรวจสอบคุณภาพของบทความก่อนการตีพิมพ์
7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนกรและขั้นตอนต่างๆ ของวารสารอย่างเคร่งครัด
8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสาร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ

# หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยเรื่องที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีคำแนะนำ ดังนี้

## 1. ประเภทบทความ

### นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

บทความรายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป (ถ้ามี) กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 12 หน้า

### บทความพินวิชา (Review article)

บทความที่ทบทวน หรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความรู้ใหม่ เรื่องที่น่าสนใจ จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วย ความยาวไม่เกิน 12 หน้า

### รายงานผู้ป่วย (Case report)

รายงานกรณีศึกษา ที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อน และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ สถานการณ์โรค ข้อมูลคนไข้ บันทึกเวชกรรม (Clinic note) ลักษณะเวชกรรม (Case description) การดำเนินโรค (Clinic course) สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์หรือข้อสังเกต การยินยอมอนุญาตของคนไข้ (informed consent) และเอกสารอ้างอิง

## 2. การเตรียมบทความ

**2.1 ชื่อเรื่อง** ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**2.2 ชื่อผู้เขียน** เขียนชื่อสกุลผู้นิพนธ์ (ไม่ต้องระบุคำนำหน้านาม) 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 และวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**2.5 คำสำคัญ** เป็นคำที่แสดงถึงเนื้อหาของเรื่อง โดยย่อเหลือเพียงคำที่แสดงใจความสำคัญของเนื้อเรื่องที่สั้นกะทัดรัด และมีความชัดเจน เพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงเนื้อหาของเรื่องนั้นๆ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**2.6 บทนำ** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษา 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 โดยใส่ตัวเลขยกในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือบุคคลที่อ้างถึงโดยไม่ต้องเว้นวรรค 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, พัชรภรณ์ คุณูปถัมภ์, พิษยานี ธีระศิลป์, นันทวรรณ กิติกรรมภรณ์. วิถีการระบบประกันสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไทย. *ศรินครินทร์เวชสาร* 2557; 29(2): 199-206.
3. Pratipanawatr 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. การอ้างส่วนใดส่วนหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนคนหรือกลุ่มเดียว

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

ตัวอย่าง

1. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง. แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคมลาเรียสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์; 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. เกรียงศักดิ์จีระแพทย์. การให้สำน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรีตุ้จินดา, วินัย สุวัตถิ, อรุณวงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรวิญญู, 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 10<sup>th</sup> 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 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland, Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

### 3.5 วิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้นิพนธ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปี ที่ได้รับปริญญา. 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 แก้ววอล, บรรพต โลหะพูนตระกูล, กลางเดือน โภชนา. ความชุกของความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในอาชีพต่างๆ. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา [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. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 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 มีความยาวไม่เกิน 12 หน้า (ไม่นับรวมเอกสารอ้างอิง) ใช้โปรแกรม Microsoft Word ระยะเวลา 2.5 ชม. ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point

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

4.3 ผู้นิพนธ์ ต้องกรอกรายละเอียดผู้แต่งร่วมทุกคนให้ครบถ้วน พร้อมระบุชื่อ เบอร์โทรติดต่อ ในช่องข้อความถึงบรรณาธิการ

4.4 บทความวิจัย ต้องผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้ระบุเลขที่และหน่วยงานที่อนุมัติ ไว้ในบทความ

## 5. กำหนดการตีพิมพ์บทความ

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



กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control

# วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control 10<sup>th</sup> Journal

## สารบัญ

- การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่าย และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร 9  
อุซอร์ วงศ์ภิรมย์, พศศจิกาพรณ์ ปัญญาคมจันทพูน
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อฉวยโรคของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข 25  
จิรพันธุ์ อินยาพงษ์, กิรดา ไกรนุวัตร, ปิยะธิดา นาคะเกษียร
- การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 37  
บรรเทิง พลสวัสดิ์, อรุณศรี ผลเพิ่ม, จริญญาศรี มีหนองหว่า, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์
- อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 49  
นุชกานดา มณี, สถาพร มณี, ณัฐธิญา กิตติ์ธนกกาญจน์
- การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดยโสธร 61  
วงศ์กร อังคะคำมูล
- การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อำเภอน้ำขุ่นใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร 80  
กิตติศักดิ์ ประครองสิน, สุนันท์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย 96  
อารีย์ วงศ์บุญชัยเลิศ, เทียนทอง ต๊ะแก้ว
- พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จันทบุรี 112  
พรทิพย์ ปัญญาสิทธิ์, พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์
- การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในจังหวัดอำนาจเจริญและมุกดาหาร 127  
อุซอร์ วงศ์ภิรมย์, พศศจิกาพรณ์ ปัญญาคมจันทพูน, ฉัตรพงษ์ ศรีสูงเนิน, ศุภวัจน์ ศรีสูงเนิน
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี 141  
พรรณธิดา มูลประดับ, บุปผชาติ พวงจันทร์, พลอยไพลิน เทพาชีพกรณ์, อภิญญา จำปา

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย  
และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร  
An Evaluation of Health Literacy in prevention and control of Mosquito-Borne  
Diseases of people in Ubon Ratchathani and Mukdahan Province

ฤชอร วงศ์ภิรมย์\*, พศุศิจากาพรณ์ ปัญญาคมจันทพูน

Ruchuorn Wongpirom\*, Phruetsachikaporn Panyakhomchanthaphun

สำนักงานป้องกันควบคุมที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

Office of Disease Prevention and Control Region 10, Ubon ratchathani

\*Correspondence to: anastatus@gmail.com

Received: Mar 18, 2024 | Revised: Jun 4, 2024 | Accepted: Jun 28, 2024

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร 2) ศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*power ได้ขนาดตัวอย่าง 400 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และเชิงคุณภาพโดยการประชุมกลุ่มย่อย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ( $M=3.92$ ,  $SD=1.03$ ) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลของการรับรู้ ร้อยละ 100.0 แหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงมากที่สุด 5 แหล่ง เรียงตามลำดับได้ดังนี้ 1) บุคคลที่ใกล้ชิด เช่น เพื่อน/ญาติ/คนในครอบครัว 2) บุคลากรสาธารณสุข 3) วิทยุ 4) อสม. และ 5) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี ความพึงพอใจภาพรวมต่อข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก ( $M=4.45$ ,  $SD=0.53$ ) ระดับความรู้เรื่องโรคติดต่อมาโดยยุงลายอยู่ในระดับน้อย ( $M=0.56$ ,  $SD=0.75$ ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับมีปัญหา ( $M=59.61$ ,  $SD=9.20$ ) พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=11.37$ ,  $SD=3.44$ ) ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนมีมุมมองในระดับมาก ( $M=17.90$ ,  $SD=2.20$ ) ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำ (0.344, 0.196, 0.100, 0.176, 0.246, 0.319) แม้ว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ดี มีแหล่งข้อมูลหลากหลาย แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังอยู่ในระดับมีปัญหา เนื่องจากทักษะส่วนบุคคล การเข้าถึงข้อมูล และข้อมูลที่ได้รับมีความซับซ้อนเกินกว่าที่ประชาชนบางส่วนจะเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้วางแผนการสื่อสาร

ความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับแต่ละบริบทต่อไป

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคติดต่อ นำโดยยุงลาย

## Abstract

This mixed method study were aimed to 1) assess of health literacy in prevention and control of Mosquito-Borne Diseases, 2) study the image of the Department of Disease Control from the people's. and 3) the correlation of preventive behavior and the factors of information of perception, information of sources, knowledge of diseases, Health Literacy, Satisfaction in information, and images of DDC. The quantitative method: the sample consisting of 400 persons from Ubon Ratchathani and Mukdahan Province, which was calculate by G\*power, the qualitative method was conducted by focus group discussions. Quantitative data was analyzed by pearson's correlation coefficient and qualitative data was analyzed by content analysis. The results showed that the average score of information perception was at a moderate level (M=3.92, SD=1.03). There were 100.0% access to information sources. The top 5 sources of informations with the highest accessibility were: 1) Friends, relatives, family members, 2) Public Health Personnel, 3) Radio, 4) Village Health Volunteer, 5) Television/Cable, Satisfaction in information, the average satisfaction score was at a highly satisfied level (M=4.45, SD=0.53). Knowledge on disease was at a low level (M=0.56, SD=0.75). Health Literacy was at a problematic level (M=59.61, SD=9.20). Preventive behaviors against diseases was at a moderate level (M=11.37, SD=3.44). And the positive image of the Department of Disease Control from the people's viewpoint was viewed at a high level (M=17.90, SD=2.20). Perception of information, source of information, satisfaction in information, Knowledge on disease, health literacy and public images of Department of Disease positively correlated with control preventive behaviors against diseases at a low level (0.344, 0.196, 0.100, 0.176, 0.246, 0.319)

There are various sources of the information. The health literary was in the problem level. It was causes from personnel skills, information accessibility, and more complexity of information which was hard to understand or use its. The results of this study can be use for planning risk communication and for improve population health behavior which was a results from well knowledge, understanding, and desirable health behaviors.

**Keywords:** Health Literacy, Mosquito-Borne Diseases

## บทนำ

โรคติดต่อ นำโดยยุงลาย เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญทั่วโลกและประเทศไทย เพราะเป็นโรคที่มีความรุนแรง โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค มีผู้ป่วยหลายร้อยล้านคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่มียุงเป็นพาหะ และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอย่างทันท่วงที โรคติดต่อ นำโดยยุงลายที่สำคัญ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคไข้ปวดข้อยุงลาย และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา<sup>(1)</sup>

โรคไข้เลือดออก หรือไข้เด็งกี มักพบในประเทศเขตร้อนชื้น เนื่องจากยุงลายชุกชุม อุบัติการณ์ของไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นมากตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1960 โดยมีผู้ป่วยติดเชื้อ 50-100 ล้านคนต่อปี ไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งทั่วโลก มีประเทศที่เป็นพื้นที่ระบาดมากกว่า 110 ประเทศ สถานการณ์โรคในปัจจุบัน ยังคงมีรายงานพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแม้ว่าไม่ใช่ช่วงการระบาดของโรค สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจากระบบเฝ้าระวังโรค (รง.506) มีการระบาดต่อเนื่องสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังมา 2 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2562 และลดลงใกล้เคียงกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังใน พ.ศ. 2563 เนื่องจากประชาชนยังมีภูมิคุ้มกันของโรคมามากกว่าปีที่มีการระบาด จึงทำให้ปี พ.ศ. 2564 มีอุบัติการณ์ลดลงอย่างมาก และปลายปี พ.ศ. 2564 เริ่มมีการผ่อนคลายมาตรการของโรคโควิด 19 ให้ประชาชนสามารถเดินทาง และไปทำกิจกรรมในสถานที่สาธารณะได้มากขึ้น จึงมีความเสี่ยงที่อุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกจะสูงขึ้น ในช่วงปลายปี และทำให้เกิดการระบาดต่อเนื่องไปตลอดปี พยากรณ์โรคคาดการณ์สถานการณ์ไข้เลือดออก พ.ศ. 2565 หากไม่ได้มีการป้องกันโรคแต่เนิ่นๆ ประเทศไทยจะมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก<sup>(2)</sup>

โรคไข้ปวดข้อยุงลาย หรือซิกุนกุนยา ต้นกำเนิดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกุนกุนยามาจากทวีปแอฟริกา

โดยพบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2495 บริเวณตอนใต้ของประเทศแทนซาเนีย ปวดข้อรุนแรง ส่วนในประเทศไทยโรคซิกุนกุนยาถูกพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 โดยนายแพทย์ Prof.W McD Hamnon ได้ทำการแยกเชื้อจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลเด็กกรุงเทพฯ และมีการระบาดขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2519 ที่ จ.ปราจีนบุรี, ปี พ.ศ. 2531 ที่ จ.สุรินทร์, ปี พ.ศ. 2534 ที่ จ.ขอนแก่น, ปี พ.ศ. 2536 ที่ จ.เลย และพะเยา, ปี พ.ศ. 2538 ที่ จ.นครศรีธรรมราช และหนองคาย

โรคติดเชื้อไวรัสซิกา พบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2495 ในประเทศยูกันดา หลังจากนั้นมีการระบาดในประเทศแถบแอฟริกา อเมริกา เอเชีย และหมู่เกาะแปซิฟิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งแถบอเมริกาใต้ และแคริบเบียน และมีแนวโน้มการระบาดของโรคจะแพร่กระจายไปยังประเทศใหม่ๆ เนื่องจากการเดินทางที่สะดวกรวดเร็ว นอกจากนี้ยุงลาย ซึ่งเป็นพาหะนำโรคยังมีกระจายอยู่ในหลายทวีปทั่วโลก สำหรับประเทศไทย มีการตรวจพบผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 จากนั้นมีการพบผู้ป่วยทุกปีประมาณ 2-5 ราย เป็นโรคที่พบได้ทุกเพศทุกวัย<sup>(3)</sup>

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ได้รับการกล่าวถึงเป็นครั้งแรกในช่วงทศวรรษ 1970 และเริ่มได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในแวดวงการแพทย์และการสาธารณสุขจนถึงปัจจุบัน<sup>(4)</sup> ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจรรย์ญาณ<sup>(5)</sup> ซึ่งหากประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย อัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย

ทางสุขภาพ เป็นต้น องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ใต้อาาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ การที่ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี สามารถเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลที่ได้รับ มีการโต้ตอบซักถาม ตัดสินใจ และนำข้อมูลไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพได้ จะสามารถจัดการตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านการป้องกันควบคุมโรคได้มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนงานวิจัยการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพในช่วงที่ผ่านมาของประชาชน พบว่า ในปี 2564 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียง ร้อยละ 45.27 รองลงมาเป็นระดับมีปัญหา ร้อยละ 31.12 ระดับไม่พอเพียง ร้อยละ 13.60 และระดับดีเยี่ยมเท่ากับ ร้อยละ 10.01 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 57.95 อยู่ในระดับมีปัญหา<sup>(6)</sup> ส่วนผลการศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.9<sup>(7)</sup> แต่ผลจากการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.26) คะแนนเฉลี่ย 2.65 (SD=0.24) โดยข้อที่มีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การกำจัดขยะ และภาชนะที่ไม่ใช้ทั้งในบ้านและนอกบ้าน คะแนนเฉลี่ย 2.86 (SD=0.39)<sup>(8)</sup> สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปี 2563 ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี

และมุกดาหาร มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมีปัญหา ซึ่งยังมีช่องว่างของความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน<sup>(9)</sup> จากข้อมูลการประเมินครั้งนี้ สามารถนำไปใช้วางแผนและออกแบบกิจกรรมที่เอื้อต่อการพัฒนา เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องสนับสนุนให้ประชาชนสามารถค้นหา เข้าถึงข้อมูลความรู้ แนวทางปฏิบัติ ที่ถูกต้อง ตลอดจนสร้างความเข้าใจและประเมิน ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ได้รับ รวมถึงสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรคได้ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย ในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร
- 2) เพื่อศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน
- 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค กับพฤติกรรม การป้องกันโรคของประชาชน

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ 1) ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร 2) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน 3) แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน 4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน 5) ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน 6) ความรอบรู้

ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และ 7) ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ<sup>(6)</sup> โดยการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้การศึกษาเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น และการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการประชุมกลุ่มย่อย ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** เป็นประชาชนทั่วไป ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นประชาชนทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปี ขึ้นไป กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*power<sup>(10)</sup> กำหนดขนาดอิทธิพล 0.3 (ปานกลาง), ระดับนัยสำคัญ 0.05, อำนาจการทดสอบ 0.95, ระดับค่าองศาอิสระ 16 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 317 ตัวอย่าง และเพิ่มค่าประมาณการตอบปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ 20 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 380 คน รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 400 ตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง<sup>(10)</sup> มีลักษณะเป็น Information-rich case<sup>(11)</sup> ที่สามารถสะท้อนความจริงได้ดีที่สุด ทำการสนทนากลุ่ม จนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูลจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน รวมเป็น 16 คน ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับประโยชน์จากการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ดังนี้

- 1) นักเรียนหรือเยาวชน (อายุ 18-25 ปี) จำนวน 4 คน
- 2) วัยแรงงานตอนต้น (อายุ 26-45 ปี) จำนวน 4 คน
- 3) วัยแรงงานตอนปลาย (อายุ 46-60 ปี) จำนวน 4 คน และ 4) ผู้สูงอายุ (อายุ 61 ปีขึ้นไป) จำนวน 4 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลายของประชาชน ปี 2565 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่าง ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ตอนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ตอนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค

ตอนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ตอนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

## เกณฑ์การให้คะแนน

ตอนที่ 2, 3, 4 และ 7 ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ/เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ได้รับบ่อยครั้ง/พึงพอใจมาก/เห็นด้วย (4 คะแนน) ได้รับบางครั้ง/พึงพอใจ/ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ได้รับนานๆ ครั้ง/ไม่พึงพอใจ/ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เคยได้รับ/ไม่พึงพอใจมาก/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตอนที่ 6 ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ประจำ (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง

(3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยทำเลย (1 คะแนน) ไม่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน) สำหรับข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ประจำ (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (4 คะแนน) ไม่เคยทำเลย (5 คะแนน) ไม่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน)

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ มี 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบให้ 0 คะแนน

### การแปลผลคะแนนแบบสอบถาม

การแปลผลคะแนนทุกตัวแปร ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มาก ปานกลาง และน้อย ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>(12)</sup> ดังนี้ ระดับมาก คะแนนระหว่างร้อยละ 66.68 - 100.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 33.34 - 66.67 ระดับน้อย คะแนนระหว่างร้อยละ 0.00 - 33.33

การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ย ระดับมาก เท่ากับ 4.21 - 5.00 ระดับปานกลาง เท่ากับ 3.41 - 4.20 ระดับน้อย เท่ากับ 1.00 - 3.40

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการสนทนากลุ่ม คือ เครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็ก แบตเตอรี่ สมุดบันทึก ปากกา กล้องถ่ายภาพ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น หาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้

การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคและภัยสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 5 คน ตรวจสอบ

ความแม่นยำตามเนื้อหา คัดเลือกข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรง ตั้งแต่ 0.60 - 1.00<sup>(13)</sup> มาใช้ในการวิจัยและนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณา แก้ไขปรับปรุง ตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ โดยการปรับปรุงในประเด็นความสอดคล้องของคำในข้อคำถาม และเพิ่มเหตุผลในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ หลังจากที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน

การหาค่าอำนาจจำแนก โดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชาชนที่ไม่ใช่ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้วยสถิติ t-test และหาค่า r อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และค่า Item-Total Correlation เท่ากับหรือมากกว่า 0.20<sup>(14)</sup>

### การหาค่าความเชื่อมั่น

1) วิธี Kuder-Richardson สูตร KR-20 ในแบบสอบถามส่วนของความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ หาความเชื่อมั่น ที่ระดับ 0.756 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

2) วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในแบบสอบถามส่วนอื่นๆ ได้ดังนี้ ส่วนที่ 2 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.841 ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.841 ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.936 ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.757 ส่วนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน ได้

ค่าความเชื่อมั่น 0.760 ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ ตัวผู้วิจัยและแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพให้มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ได้แก่ เชี่ยวชาญด้านโรคและภัยสุขภาพ เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ รวม 3 คน ซึ่งหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ได้นำมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

1) ผู้สัมภาษณ์สร้างความสัมพันธ์อันดีต่อผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้ทำการวิจัยซึ่งจะมีผลต่อความถูกต้องและเป็นจริงของข้อมูล

2) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่จดบันทึกอย่างละเอียดและอธิบายอย่างชัดเจนยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าข้อมูลเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้สัมภาษณ์หรือไม่ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

3) ตรวจสอบความไว้วางใจได้ของข้อมูล โดยการนำข้อมูลไปตรวจสอบกับที่ปรึกษางานวิจัยเพื่อยืนยันความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

4) ความสามารถในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ โดยการเขียนระเบียบวิธีวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และบริบทที่ต้องการศึกษาอย่างชัดเจน เพื่อเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิจัยในการที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน

5) การยืนยันผลการวิจัย (Conformability) โดยการที่ผู้ทำการวิจัยจะเก็บเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยไว้เป็นอย่างดี พร้อมสำหรับการตรวจสอบ (Audit Trail) เพื่อยืนยันว่าข้อมูล

ที่ได้ไม่มีความลำเอียงหรือเกิดจากการคิดขึ้นของผู้วิจัย

### การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อใช้ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาสัมภาษณ์ ประมาณ 60-90 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์เปรียบเทียบ<sup>(11)</sup>

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.2 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 36.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.8 (อายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.08) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 37.5, 32.3 และ 21.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.5 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 14.5 และ 5.5 ตามลำดับ

### ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านต่างๆ

2.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อ นำโดยยุคลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 100 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 74.0, 16.0, 6.5 และ 3.5 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ( $M=3.92, SD=1.03$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อมาโดยยูงลาย และระดับของการรับรู้

ระดับของการรับรู้		กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	(4 - 5 คะแนน)	351	87.8
ปานกลาง	(3 คะแนน)	41	10.3
น้อย	(2 คะแนน)	4	1.0
ไม่ได้รับ	(1 คะแนน)	4	1.0

2.2 แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดต่อมาโดยยูงลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลข่าวสารช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก 9 แหล่งข้อมูล เข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 53.0, 45.8, และ 1.3 ตามลำดับ และไม่พบผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ( $M=33.58$ ,  $SD=5.24$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อมาโดยยูงลาย

ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล		กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	(30 - 45 คะแนน)	212	53.0
ปานกลาง	(16 - 29 คะแนน)	183	45.8
น้อย	(10 - 15 คะแนน)	5	1.3
ไม่ได้รับ	(9 คะแนน)	0	0.0

$M = 33.58$ ,  $SD = 5.24$ , ระดับ = มาก

จำแนกตามแหล่งข้อมูล พบว่า กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงแหล่งข้อมูลในระดับมาก ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โทรศัพท์/เคเบิ้ลทีวี อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ยูทูบ เป็นต้น) และ วิทยู (เช่น วิทยูทั่วไป วิทยูชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น) ตามลำดับ ตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)			
	ร้อยละ	Mean	SD	ระดับ
อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตราแกรม ยูทูบ เป็นต้น)	94.7	4.19	1.08	มาก
โทรทัศน์/เคเบิลทีวี	98.2	4.00	1.00	มาก
วิทยุ (เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น)	98.5	3.80	0.94	มาก
หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร	74.0	2.57	1.28	ปานกลาง
สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ หนังสือ คู่มือ เป็นต้น)	86.7	2.80	1.13	ปานกลาง
บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)	98.7	4.16	0.90	มาก
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	98.2	4.35	0.87	มาก
ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน	97.7	3.70	1.02	ปานกลาง
เพื่อน/ญาติ / คนในครอบครัว	99.2	4.03	0.94	มาก
<b>รวม</b>	<b>846.2</b>	<b>33.58</b>	<b>5.24</b>	<b>มาก</b>

2.3 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อ นำโดยยูงลาย พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ อยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” (M=4.45, SD=0.53) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อ นำโดยยูงลาย และระดับของความพึงพอใจ

ระดับของความพึงพอใจ	กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึงพอใจมาก	374	93.5
พึงพอใจ	25	6.3
ไม่พึงพอใจ	1	.3

M = 4.45, SD = 0.53, ระดับ = พึงพอใจมาก

2.4 ความรู้เรื่องโรคติดต่อ นำโดยยูงลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้อง ในระดับน้อย ทุกข้อคำถาม ดังตารางที่ 4 เมื่อวิเคราะห์ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคติดต่อ นำโดยยูงลาย

ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.3, 12.3 และ 86.5 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ย ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ( $M=0.56$ ,  $SD=0.75$ ) ดังตารางที่ 5 และตารางที่ 6

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องโรคติดต่อหน้าโดยยุ่งสายได้ถูกต้อง จำแนกตามรายข้อคำถาม

ข้อคำถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับของการตอบ ถูกต้อง
1. ยุ่งสายขอบวางไข่ในแหล่งน้ำซึ่งเน่าเสีย เช่น ท่อระบายน้ำ บ่อน้ำคร่ำ เป็นต้น	48	12.0	น้อย
2. ยุ่งสายเป็นพาหะนำโรคไขเลือดออก ไขปวดข้อยุ่งสาย ไข้มาลาเรีย และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	40	10.0	น้อย
3. ผู้ป่วยโรคไขเลือดออก หากมีอาการไข้ สามารถรับประทาน ยาแก้ปวดลดไข้ได้ทุกชนิด	136	34.0	ปานกลาง

**ตารางที่ 6** ระดับความรู้โรคติดต่อหน้าโดยยุ่งสาย ( $n = 400$ )

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (3 คะแนน)	5	1.3
ปานกลาง (2 คะแนน)	49	12.3
น้อย (0 – 1 คะแนน)	346	86.5

$M = 0.56$ ,  $SD = 0.75$ , ระดับ = น้อย

2.5 ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อหน้าโดยยุ่งสายของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้าน สุขภาพอยู่ในระดับพอเพียงถึงร้อยละ 59.2 รอง ลงมาเป็นระดับมีปัญหา ไม่พอเพียง และดีเยี่ยม เท่ากับร้อยละ 25.5, 7.8 และ 7.5 ตามลำดับ กลุ่ม ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับมี ปัญหา ( $M=59.61$ ,  $SD=9.20$ ) ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (<math>n = 400</math>)</b>		
- ดีเยี่ยม (72.00 - 80.00)	30	7.5
- พอเพียง (60 - 71.99)	237	59.2
- มีปัญหา (48.00 - 59.99)	102	25.5
- ไม่พอเพียง (0.00 - 47.99)	31	7.8

$M = 59.61$ ,  $SD = 9.20$ , ระดับ = มีปัญหา

2.6 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับระดับปานกลาง ( $M=11.37$ ,  $SD=3.44$ ) โดย (ข้อที่ 1) สำรวจแหล่งน้ำซึ่งบริเวณบ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ ( $M=3.91$ ,  $SD=1.27$ )

มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ข้อที่ 2) ป้องกันตนเอง และบุคคลในครอบครัวไม่ให้ยุงกัด เช่น ทายากันยุง ฉีดพ่นสเปรย์ เป็นต้น ( $M=3.86$ ,  $SD=1.09$ ) และประเด็น (ข้อที่ 3) แนะนำวิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลายให้เพื่อนบ้านมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $M=3.60$ ,  $SD=1.43$ ) ดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย จำแนกตามรายข้อคำถาม

พฤติกรรมการป้องกันโรค	Mean	S.D.	ระดับ*
1. สำรวจแหล่งน้ำซึ่งบริเวณบ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์	3.91	1.27	ปานกลาง
2. ป้องกันตนเอง และบุคคลในครอบครัวไม่ให้ยุงกัด เช่น ทายากันยุง ฉีดพ่นสเปรย์ เป็นต้น	3.86	1.09	ปานกลาง
3. แนะนำวิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลายให้เพื่อนบ้าน	3.60	1.43	ปานกลาง

2.7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 354 คน ที่รู้จักกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 88.5 หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคตามมุมมองของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.4 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและน้อย คิดเป็นร้อยละ 4.8 และ 0.8 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ( $M=17.90$ ,  $SD=2.20$ )

ความคิดเห็นที่มีต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก โดย

ประเด็น (ข้อที่ 1) บุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M=4.55$ ,  $SD=0.55$ ) รองลงมาได้แก่ ประเด็น (ข้อที่ 4) กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ ( $M=4.47$ ,  $SD=0.65$ ) และในประเด็น (ข้อที่ 2 และ 3) การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของท่านหรือคนใกล้ชิด และกรมควบคุมโรคมีวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $M=4.44$ ,  $SD=0.60$ ,  $SD=0.66$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน  
จำแนกเป็นรายข้อ (n = 354)

ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	Mean	SD	ระดับ
1. บุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี	4.55	0.55	มาก
2. การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของท่านหรือคนใกล้ชิด	4.44	0.60	มาก
3. กรมควบคุมโรคมีวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค	4.44	0.66	มาก
4. กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศ ที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ	4.47	0.65	มาก

**ส่วนที่ 3 การทดสอบปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่า แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่าง มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทางสถิติ ในระดับต่ำ (0.344, 0.196, 0.100, 0.176, 0.246, 0.319) ดังตารางที่ 10

**ตารางที่ 10** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน (n = 400)

ปัจจัย	ค่าความสัมพันธ์	ระดับ
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	0.196	ต่ำ
แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร	0.344	ต่ำ
ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร	0.100	ต่ำ
ความรู้เรื่องโรค	0.176	ต่ำ
ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค	0.246	ต่ำ
ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	0.319	ต่ำ

**ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก และสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลในระดับมากเช่นกัน เนื่องจากแหล่งข้อมูลที่มีความหลากหลาย ส่วนใหญ่ประชาชนได้รับข้อมูลจากสื่อบุคคล ได้แก่ อสม. บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งที่

ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและให้ความเชื่อถือ เป็นอย่างมาก และสื่ออินเทอร์เน็ต เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ที่มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งการรับรู้

ข้อมูลมากจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย

ความรู้เรื่องโรคติดต่อ นำโดยยูงลาย ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยูงลาย โดยเฉพาะลูกน้ำยูงลาย เมื่อกล่าวถึงยูงลาย มักจะนึกถึงโรคไข้เลือดออก ตลอดจนสามารถอธิบายสาเหตุ อากาศร้อนชื้น การระวัง และการรักษาโรคไข้เลือดออกได้ชัดเจน

ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคภาพรวมอยู่ในระดับมีปัญหา โดยทักษะการไต่ถามมีค่าคะแนนต่ำที่สุด ส่วนทักษะการตัดสินใจและนำไปปฏิบัติไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควร ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคที่สามารถปฏิบัติได้ระดับปานกลางนั่นเอง โดยทักษะการตัดสินใจพบว่า แหล่งข้อมูลสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการตัดสินใจ คือ ประสบการณ์ส่วนตัวมากกว่าข้อมูลทางวิชาการ โดยประสบการณ์ของประชาชนมักไม่ใช่ประสบการณ์ตรง แต่อยู่ในลักษณะของประสบการณ์ร่วม ซึ่งเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลที่อยู่ใกล้ตัว เช่น เพื่อนหรือญาติ

ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประชาชนรู้จักกรมควบคุมโรคจากการควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ซึ่งส่งผลต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในทิศทางบวกในมุมมองของประชาชนในระดับมาก โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ

### สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลของการรับรู้ ร้อยละ 100.0

โดยผ่านช่องทางสื่อบุคคล ได้แก่ เพื่อน/ญาติ/คนในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข อสม. วิทยุ (เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น) และโทรทัศน์/เคเบิลทีวี ซึ่งการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่มีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่มาจากสื่อบุคคล เช่น อสม. บุคลากรทางการแพทย์ เป็นช่องทางหนึ่งที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและให้ความเชื่อถือเป็นอย่างมาก ดังนั้น ควรใช้ช่องทางนี้ให้เป็นประโยชน์ด้วยการพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในบุคคลกลุ่มนี้เป็นลำดับแรก เพื่อให้สามารถคัดกรองและแนะนำข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และต้นแบบที่ดีในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนต่อไป และสื่ออินเทอร์เน็ต ในปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายขึ้นมาก ซึ่งการรับรู้ข้อมูลมากจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย

ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อ นำโดยยูงลายของประชาชน พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” การที่ประชาชนมีความพึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร แสดงให้เห็นว่าข้อมูลข่าวสารมีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย ทำให้เกิดความความพึงพอใจ

ความรู้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ได้รับมานั้นไม่สามารถจดจำรายละเอียดของข้อมูลได้ทั้งหมด หรือมีความหลงลืม ทำให้เกิดความเข้าใจผิด และเข้าใจว่าโรคติดต่อ นำโดยยูงลาย คือ โรคไข้เลือดออกเท่านั้น แต่สามารถอธิบายสาเหตุ อากาศของโรคได้ชัดเจน

ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรค ค่าเฉลี่ยความรู้สุขภาพอยู่ในระดับมีปัญหา เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มองโรคไข้

เลือดออกเป็นความเคยชิน เพราะเป็นโรคที่มีการระบาดในประเทศไทยมาเป็นเวลานาน ตลอดจน ละเลยการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคและการปฏิบัติไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควร

พฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการมองว่าเป็นโรคประจำถิ่น ทำให้ไม่มีความตื่นตระหนกหรือกระตือรือร้นเท่าที่ควร มีเพียงบางพฤติกรรมที่สามารถดำเนินการได้ดี แต่ การปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง คือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ป้องกันไม่ให้เกิดลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ ซึ่ง ประชาชนมีพฤติกรรมพึงประสงค์ในบางครั้ง เช่น ช่วงนอกเหนือฤดูกาลทำนา เป็นต้น สอดคล้องกับ ผลการวิจัยในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์และบุรีรัมย์ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง<sup>(15)</sup>

ในมุมมองของประชาชนมีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก เนื่องจากปัจจุบันมีช่องทางในการ ประชาสัมพันธ์กรมควบคุมโรคที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ประชาชนรู้จัก รับรู้ บทบาทภารกิจของกรมควบคุมโรคมากขึ้นตามไปด้วย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เป็นความสามารถระดับบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลมีความสามารถในการรับรู้ปัจจัยต่างๆ ไม่เท่ากัน ตลอดจนภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคที่ไม่ได้มีผลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคของประชาชนเช่นกัน ซึ่งต่างจากผลการ

ศึกษาในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การรับรู้ด้าน สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในเขตตำบลทุ่งมน และตำบลสมุด อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(16)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์และปัตตานี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลละวาด อำเภอชานี จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดปัตตานี<sup>(17,18)</sup> อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะ

1. การเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่า สื่ออินเทอร์เน็ต เป็นแหล่งข้อมูลที่มีค่าเฉลี่ยและร้อยละของการเข้าถึงในระดับมากที่สุด ดังนั้น ผู้บริหารกรมควบคุมโรค ควรมีการวางนโยบายและให้ความสำคัญกับการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต โดยต้องจัดให้มีการสื่อสารในช่องทางที่ประชาชนนิยมใช้ เช่น เฟซบุ๊ก หรือติ๊กต็อก มีการออกแบบสื่อที่เหมาะสมกับแพลตฟอร์มนั้นๆ และดำเนินการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ทันทีกับความนิยมและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แต่อย่างไรก็ดีผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่า ยังมีประชาชนบางส่วนโดยผู้สูงอายุที่ยังเข้าไม่ถึงสื่อดังกล่าว ผู้บริหารควรจัดให้มีช่องทางในการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มประชาชนเหล่านี้ด้วย

2. จากผลการศึกษา ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้มากที่สุด ผ่านช่องทางสื่อบุคคลที่ใกล้ชิดกับประชาชน ได้แก่ อสม. บุคลากรสาธารณสุข ดังนั้น หน่วยงาน

สาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพแก่ อสม. เป็นระยะๆ เพื่อสนับสนุนให้เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านความรู้ด้านสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ และสามารถนำมาใช้ถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องต่อไป

3. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประชาชนมีคุณลักษณะแตกต่างกัน ความสามารถในการเข้าถึง รับรู้ เข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาบริบทของชุมชนก่อนทำการสื่อสาร จัดให้มีรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย และปรับรูปแบบการสื่อสารให้เข้ากับบริบทของผู้รับบริการที่แตกต่างกันได้ โดยเฉพาะประชาชนที่เป็นกลุ่มอ่อนไหว เช่น ผู้สูงอายุ เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ. โรคไข้เลือดออก ฉบับประจักษ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ; 2545.
2. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. การคาดการณ์สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangsailocal.go.th/post/000000646-49072e7f4cbf65ab30b884437f5fbda6.pdf>
3. สุมาลี ชะนะมา, ภัทร วงษ์เจริญ, ศิริรัตน์ แนนขุนทด, ลัดดาวัลย์ มีแผนดี, อริสรา โปษณเจริญ, พงศ์ศิริ ตาลทอง และคณะ. ระบาดวิทยาโรคติดต่อเชื้อไวรัสซิกาในประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2559-2563. วารสารวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2564; 63(3):607-17.

4. World Health Organization. The world health report 1998: life in the 21<sup>st</sup> century A vision for all [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1998 [cited 2023 Dec 18]. 241 p. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-25006>
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. Health Promotion International 2000; 15(3):259-67. doi:10.1093/heapro/15.3.259
6. ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจ, จักรกฤษณ์ พลราช, นิรันตา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า. การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เอส.ออฟเซ็ทกราฟฟิค ดีไซน์; 2564.
7. พรทิพย์ แก้วขิม, ชัญญานุช ไพรวงษ์, ธนาคร เสถียรพูนสุข, วิฑูรย์ เจียกภูเหลือ้ม, ภาวินี ทิพย์กระโทก, เสาวลักษณ์ บุตรศรี และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลละลวด อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น 2564; 2(3):70-84.
8. วิทยา ศรแก้ว. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 3(2):13-26.

9. ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ, จักรกฤษณ์ พลราชม, นิรันตา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า. การประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2563. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เอส.ออฟ เซ็ท กราฟฟิค ดีไซน์; 2563.
10. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2<sup>nd</sup> edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
11. Palys T. Purposive sampling. In: L.M. Given (Ed.) The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods (Vol.2). Los Angeles: Sage; 2008. p.697-8.
12. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัย เชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2552.
13. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. แผนงานควบคุม โรคและภัยสุขภาพ กรอบแนวทางการจัด ทำแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์กรม ควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. เอกสารอัดสำเนา.
14. Creswell JW, Plano Clark VL, Gutmann ML, Hanson WE. Advanced mixed methods research designs. In: A. Tashakkori, C. Teddlie (Eds.). Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003. p.209-40.
15. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2545.
16. ภูวดล ยั่งยืน, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขต ตำบลทุ่งมนและตำบลสมุด อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์ 2563; 1(1):13-23.
17. พิชัย พวงสด, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงษ์ มากมาย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์ 2563; 1(3):1-11.
18. ปรีชา พุกจิ้น, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงษ์ มากมาย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์ 2566; 4(1):81-91.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคของพยาบาลวิชาชีพ  
ในเขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข  
Predicting Factors of Tuberculosis Prevention and Control Behavior  
Among Registered Nurses in the 10<sup>th</sup> Public Health Region  
Under Ministry of Public Health

จิรพันธ์ อินยาพงษ์<sup>1,2</sup>, กิรดา ไกรนุวัตร<sup>3\*</sup>, ปิยะธิดา นาคะเกษียร<sup>1</sup>  
Jiraphan Inyaphong<sup>1,2</sup>, Kerada Krainuwat<sup>3\*</sup>, Piyatida Nakagasien<sup>1</sup>

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup>สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

<sup>3</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Mahidol University

<sup>2</sup>The Office of Prevention and Control region 10th Ubonratchathani Province

<sup>3</sup>Faculty of Nursing, Suan Dusit University

\*Correspondence to: kerada@gmail.com

Received: Mar 15, 2024 | Revised: Jun 30, 2024 | Accepted: Jul 3, 2024

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของปัจจัยความรู้ ทักษะ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคของพยาบาลวิชาชีพ รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาสหสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตสุขภาพที่ 10 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยส่งทางไปรษณีย์ จำนวน 87 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเฉลี่ย 8 ปี ( $\bar{x}$  = 7.91, SD = 6.62) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 55.2 ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ร้อยละ 44.8 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคอยู่ระดับสูง ร้อยละ 82.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 51 คะแนน ( $\bar{x}$  = 51.17, SD = 7.15) ปัจจัยด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุขได้ ร้อยละ 25.2 (adjust  $R^2$  = .252,  $F$  = 8.244,  $p$  < .001) ซึ่งตัวแปรที่สามารถทำนายได้มากที่สุด คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta$  = .389,  $p$  < .001) รองลงมา คือ ทักษะต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค ( $\beta$  = .264,  $p$  < .01) ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรค, พยาบาลวิชาชีพ, วัณโรค

## Abstract

This correlational predictive study was aimed to study the effects of knowledge, attitudes, perceived social support, and work experience in caring for tuberculosis patients on the tuberculosis infection control and preventive behaviours of the registered nurses. The study population consisted of registered nurses who worked at tuberculosis clinics in community hospitals and sub-district health promoting hospitals. The sample randomization was done using simple random sampling. Questionnaires were sent to participants via mail. Eighty-seven questionnaires were completed and used for analysis. Statistical analysis was performed using multiple linear regression.

Results showed that participants' working experience regarding caring for tuberculosis patients was 8 years ( $\bar{x} = 7.91$ ,  $SD = 6.62$ ). About 82.6% of the participants maintain high level of tuberculosis control and preventive behaviours. The average score of tuberculosis control and preventive behaviours was 51 ( $\bar{x} = 51.17$ ,  $SD = 7.15$ ). The factors of perceived social support and attitudes towards tuberculosis infection control were predict tuberculosis prevention and control behavior by 25.2% (adjust  $R^2 = .252$ ,  $F = 8.244$ ,  $p < .001$ ). The most powerful predictive factor was perceived social support ( $\beta = .389$ ,  $p < .001$ ), respectively with the attitudes towards tuberculosis infection control. ( $\beta = .264$ ,  $p < .01$ ).

**Keywords:** tuberculosis preventive behaviours, registered Nurse, tuberculosis

## บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสาธารณสุขมีความรุนแรงของโรคในระดับโลกและระดับประเทศ ปี ค.ศ. 2019 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคติดต่อของประชากรใน 10 อันดับแรกของโลก ปี ค.ศ 2022 อุบัติการณ์วัณโรคของโลกเท่ากับ 133/100,000 ประชากร (10.6 ล้านคน) อัตราเสียชีวิตเท่ากับ 16.4/100,000 ประชากร (1.3 ล้านคน) ประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรคเท่ากับ 155/100,000 ประชากร (111,000 ราย) สูงกว่าระดับโลก อัตราเสียชีวิต 16/100,000 ประชากร (13,700 ราย)<sup>(1)</sup>

ผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 80 เป็นวัณโรคปอด ผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อสูงโดยเฉพาะผู้ที่มี

ภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยหากไม่รักษาร้อยละ 50-65 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี<sup>(2)</sup> ผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 20.4 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รักษาใน 2 เดือนแรก บางรายมีปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากยา ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มนี้มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลสูง<sup>(3,4)</sup> ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยวัณโรคมักถูกสังคมรังเกียจ ผู้ป่วยบางรายจึงปกปิดว่าตนเองเป็นวัณโรค<sup>(5)</sup> ผลกระทบด้านเศรษฐกิจในระดับบุคคล ผู้ป่วยบางรายต้องหยุดงานทำให้สูญเสียรายได้ ในระดับประเทศจะมีค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาวัณโรคสูงตามอุบัติการณ์ของโรค ในปี ค.ศ.2035 องค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายลดผลกระทบของครอบครัวจากการป่วยเป็นวัณโรค (TB CATATROPHIC Cost) เป็น 0 จากรายงาน

ปี ค.ศ. 2022 พบว่าประเทศไทยมีผลกระทบของ  
ครอบครัวจากการเป็นวันโรคร้อยละ 30<sup>(1)</sup>

พยาบาลวิชาชีพเป็นด่านหน้าที่คัดกรอง  
ผู้ป่วยและเป็นผู้ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโดยตรง จึง  
มีโอกาสติดเชื้อจากผู้ป่วยได้ หากไม่ใช้อุปกรณ์  
ป้องกันตนเอง และขาดมาตรการในการป้องกัน  
และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่มีประสิทธิภาพ  
จะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสมากขึ้น<sup>(6)</sup>  
เมื่อเปรียบเทียบความชุกของไวรัสในกลุ่มแพทย์  
พยาบาล พบว่าพยาบาลมีความชุกของโรคสูงกว่า  
แพทย์ 2-4 เท่า<sup>(7)</sup> จากการศึกษาในโรงพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์ระหว่างปี ค.ศ. 2003 -2020 ในบุคลากร  
ที่ป่วยเป็นวันโรคจำนวน 195 ราย พบว่าเป็น  
พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 27.2 คิดเป็นอุบัติการณ์  
157 ต่อแสนประชากร<sup>(8)</sup> สูงกว่าอุบัติการณ์วันโรค  
ประเทศ

องค์การอนามัยโลกมีมาตรการและแนว  
ปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส  
3 ด้าน ได้แก่ 1) การบริหารจัดการเป็นมาตรการ  
ที่มีความสำคัญมากที่สุด ในการลดความเสี่ยงใน  
การสัมผัสกับผู้ที่มีการสงสัยหรือป่วยวันโรค  
ได้แก่ การคัดกรองผู้ที่สงสัย การแยกผู้ป่วยวันโรค  
การควบคุมการแพร่เชื้อ และการลดระยะเวลาที่  
ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล 2) การควบคุมสิ่งแวดล้อม  
เป็นการลดความเข้มข้นของเชื้อไวรัสที่ลอยอยู่ใน  
อากาศ โดยการระบายอากาศแบบธรรมชาติ และ  
การควบคุมสิ่งแวดล้อมโดยวิธีกล หรือการฆ่าเชื้อ  
ด้วยแสงอัลตราไวโอเล็ต เป็นต้น 3) การป้องกัน  
ส่วนบุคคล ได้แก่ การใช้หน้ากากป้องกันชนิด N95  
ซึ่งได้ประโยชน์เฉพาะตัวบุคคลเมื่อเลือกขนาดที่  
เหมาะสม สวมใส่อย่างถูกต้อง โดยมีการทดสอบ  
Fit Check ก่อนการใช้งาน และใช้เป็นประจำเมื่อ  
อยู่ในพื้นที่เสี่ยง<sup>(9,10)</sup> การปฏิบัติตามมาตรการทั้ง  
สามด้านมีความสัมพันธ์กับการลดติดเชื้อไวรัส

ของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้  
เกี่ยวกับมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่  
กระจายเชื้อไวรัสโรคบุคลากรทางสุขภาพมีผลต่อ  
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ  
ไวรัสมากกว่า 10 เท่าของผู้ที่ไม่มีความรู้<sup>(11)</sup> บาง  
รายมีความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสแต่  
ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น ไม่จัดลำดับผู้ป่วยวันโรค  
ในการพบแพทย์ ละเลยการจัดสิ่งแวดล้อมให้มี  
การระบายอากาศที่ดี รวมถึงไม่สวมหน้ากาก N95  
ทุกครั้งขณะที่ดูแลผู้ป่วย<sup>(12)</sup> การศึกษาในหน่วย  
บริการปฐมภูมิ พบว่าไม่แยกผู้ที่มีอาการไอออกจาก  
ผู้ป่วยอื่น และไม่มีการให้คำแนะนำมารยาทการ  
ไอจาม รวมถึงไม่แจกหน้ากากอนามัยป้องกันการ  
แพร่กระจายสู่ผู้อื่น<sup>(13)</sup> พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน  
ในแผนกเสี่ยงสูง พบว่าสวมหน้ากากชนิด N95  
น้อยและสวมไม่ถูกต้อง ทำให้ประสิทธิภาพในการ  
ป้องกันไวรัสลดลง<sup>(14)</sup> ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแล  
ผู้ป่วยโดยตรง ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยบ่อยและนาน  
ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับไวรัส การป้องกันและ  
ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เพราะการขาดความรู้  
เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรค<sup>(15)</sup> แต่ความ  
รู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้เปลี่ยนแปลง  
พฤติกรรมได้ การมีความรู้ร่วมกับการเสริมแรงจึง  
ทำให้บุคลากรมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม  
การติดเชื้อไวรัสมากขึ้น<sup>(16)</sup>

แรงจูงใจ (Motivation) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผล  
ต่อพฤติกรรมของบุคคล เป็นสิ่งผลักดันและกระตุ้น  
ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย  
ที่กำหนดไว้ แรงจูงใจประกอบด้วย แรงจูงใจ  
ภายในและแรงจูงใจภายนอก ได้แก่ ทศนคติด้าน  
บวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรม (แรงจูงใจภายใน)  
และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลที่มีความ  
สำคัญ (แรงจูงใจภายนอก) จากการศึกษาพฤติกรรม

การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศแอฟริกาใต้พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และผู้ที่มีแรงจูงใจสูงจะมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการโรคมามากกว่าผู้ที่มีแรงจูงใจต่ำ<sup>(17,18)</sup> หลักฐานเชิงประจักษ์ยังพบว่าทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาจากการทำงาน<sup>(19)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลในประเทศจอร์แดนพบว่า ทัศนคติทางด้านบวกต่อการป้องกันการติดเชื้อสามารถทำนายการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(18,20)</sup> นอกจากนี้ทัศนคติทางด้านบวกต่อพฤติกรรมป้องกันโรคแล้ว บุคคลยังต้องการการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านจิตใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือคนสำคัญ เช่น หัวหน้างานที่มีการกำกับติดตามและให้รางวัลแก่ลูกน้องที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เป็นแรงสนับสนุนสำคัญต่อการสร้างพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่ได้ผล และยังพบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนาจะได้ผลมากขึ้นตามประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยไวรัสโคโรนาที่เพิ่มขึ้น<sup>(20,21)</sup>

การศึกษาปัจจัยด้านความรู้ แรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนาในคลินิกไวรัสโคโรนาโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในรพ.สต.ยังมีอยู่น้อย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำกรอบแนวคิดจาก The Information-Motivation- Behavioral Skills (IMB) model ที่อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรม

การป้องกันโรคมามาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยนำปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของแนวคิด ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านแรงจูงใจซึ่งประกอบด้วย ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมที่จำเป็น เมื่อบุคคลมีทักษะการปฏิบัติที่ดี จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสม<sup>(22)</sup> รวมถึงปัจจัยด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนาที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 10 ทั้งที่ปฏิบัติงานในคลินิกของโรงพยาบาลชุมชน และปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุง/พัฒนา กิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนาได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกไวรัสโคโรนาของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกไวรัสโคโรนาของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนาสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน

ในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนาย (Correlational predictive design)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข อายุระหว่าง 22 - 59 ปี จำนวน 899 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ<sup>(23)</sup> โดยใช้สูตร  $N = L/\sqrt{Y} + k + 1$

$N$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$L$  = 11.94 (เป็นค่าที่เปิดได้จากตาราง Power Analysis Table for Multiple regression โดย  $\alpha = .05$ , power = .80 และ  $k=4$ )

$k$  = จำนวนปัจจัยทำนาย

$Y$  = ค่าขนาดอิทธิพล =  $R^2/1-R^2$

ใช้ค่าอิทธิพลของตัวแปร (effect size)  $R^2 = .15$  จากการศึกษาของเกษภาภรณ์ ขวัญทะเล<sup>(24)</sup>

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ควรศึกษาอย่างน้อย 73 ราย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ จากการศึกษาพบว่ามีการตอบกลับน้อย ผู้วิจัยจึงเพิ่มแบบสอบถามเพื่อให้มีอัตราการตอบกลับอย่างน้อยร้อยละ 50 ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 146 ราย คน ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ก่อนส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับมาจำนวน 90 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 61.64 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและสามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 87 ฉบับ

**เครื่องมือที่ใช้** เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง ความรู้ระดับปานกลาง ความรู้ระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom<sup>(25)</sup> ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .70

คะแนนรวมตั้งแต่ 80 - 100% หมายความว่ามีความรู้ ระดับสูง

คะแนนรวมระหว่าง 60 - 79% หมายความว่ามีความรู้ ระดับปานกลาง

คะแนนรวมน้อยกว่า 60% หมายความว่ามีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค ประกอบด้วย

ส่วนที่ 3.1 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert' Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดย 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 หมายถึง เห็นด้วย, 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ, 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนรวมตั้งแต่ 15-75 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .70

การแปลผลคะแนนทัศนคติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีทัศนคติระดับสูง มีทัศนคติระดับปาน

กลาง มีทัศนคติระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งคะแนนของ Best<sup>(26)</sup>

คะแนนรวม 15.0 - 35.0 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ

คะแนนรวม 35.1 - 55.0 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง

คะแนนรวม 55.01 - 75.0 หมายถึง มีทัศนคติระดับสูง

ส่วนที่ 3.2 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดย 5 หมายถึง ทุกครั้ง, 4 หมายถึง บ่อยครั้ง, 3 หมายถึง เป็นบางครั้ง, 2 หมายถึง นานๆ ครั้ง และ 1 หมายถึง ไม่เคย คะแนนรวม 10-50 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ .90

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งคะแนนของ Best<sup>(26)</sup>

คะแนนรวม 10.0 - 23.3 หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนรวม 23.4 - 36.7 หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนรวม 36.8 - 50.0 หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส จำนวน 12 ข้อเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert' Scale) 5 ระดับ โดย 5 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด, 4 หมายถึง ปฏิบัติมาก, 3 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง, 2 หมายถึง ปฏิบัติน้อย และ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนนรวมตั้งแต่ 12-60 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ .90

คะแนนรวม 12 - 28 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสระดับต่ำ

คะแนนรวม 28.01 - 44 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสระดับปานกลาง

คะแนนรวม 44.01 - 60 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสระดับสูง

เครื่องมือส่วนที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่และบางส่วนดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ไวรัสของณัทกร พงศ์พีระเดช<sup>(27)</sup> ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงจากเครื่องมือของเกษฎาภรณ์ ขวัญทะเล<sup>(24)</sup> ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ปี 2553 และองค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2009 เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยไวรัส 2 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ความครอบคลุมตามทฤษฎีและสำนวนภาษาที่ใช้ ดังนี้คือ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับไวรัส มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 3) แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 4) แบบสอบถามการ

ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมหนังสือชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยไปทางไปรษณีย์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนบซองพร้อมแสตมป์ที่มีชื่อ ที่อยู่ ของผู้วิจัยสำหรับจัดส่งแบบสอบถาม และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ โดยขอความอนุเคราะห์ให้ส่งกลับภายใน 2 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันที่ได้รับแบบสอบถาม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 ถึง ธันวาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปร โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Enter

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COANO.IRBNS216/390.2.112

### ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ อายุเฉลี่ย 43.77 ปี (SD=9.21, Min-Max 24-59) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.8 (79 คน) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 89.7 (78 คน) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ชุมชน ร้อยละ 55.2 (48 คน) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 44.8 (39 คน) เคยอบรมเกี่ยวกับไวรัส ร้อยละ 89.7 (78 คน) ดูแลผู้ป่วยไวรัสที่มารับบริการเฉลี่ย 38.57 ราย (SD=45.03, Min-Max 2-153) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยไวรัส เฉลี่ย 7.91 ปี (SD=6.62, Min-Max 1-30) หน่วยงานสนับสนุนด้วยการส่งอบรม หรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับไวรัสเป็นประจำทุกปี ร้อยละ 86.2 (75 คน)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับไวรัสอยู่ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.91 คะแนน (SD=1.65, Min-Max 6-13) คะแนนทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.96 คะแนน (SD=6.11, Min-Max 37-69) คะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.67 คะแนน (SD=8.14, Min-Max 14-50) คะแนนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.17 คะแนน (SD=7.15, Min-Max 34-60)

กลุ่มตัวอย่างคะแนนด้านพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง จำนวน 75 ราย (ร้อยละ 86.21) ระดับปานกลาง 11 ราย (ร้อยละ 12.64) และระดับต่ำ จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.15) คะแนนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง (N=87)

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (12 - 28 คะแนน)	1	1.15
ระดับปานกลาง (>28 - 44 คะแนน)	11	12.64
ระดับสูง (> 44 - 60 คะแนน)	75	86.21

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไวรัส และพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส พบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสมีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .350, p < .01$ ) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .437, p < .01$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไวรัส และพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส (N=87)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้เกี่ยวกับไวรัส	1	-	-	-	-
2. ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส	.177	1	-	-	-
3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	.014	.162	1	-	-
4. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยไวรัส	-.165	.015	.083	1	-
5. พฤติกรรมกำบังกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส	.175	.350*	.437*	.050	1

\*  $p < .05$

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 10

กระทรวงสาธารณสุข ได้ร้อยละ 25.2 (adjust  $R^2 = .252, F = 8.244, p < .01$ ) โดยตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .389, t = 4.106, p < .001$ ) และทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส ( $\beta = .264, t = 2.746, p < .01$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** อำนาจการทำนาย วิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยวิธี Enter multiple regression (N=87)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	$\beta$	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่ (Constant)	14.564	7.460		1.952	.054	-.277-29.404
ความรู้เกี่ยวกับไวรัส	.560	.417	.129	1.343	.183	-.269-1.389
ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส	.309	.112	.264	2.746	.007**	.085-.533
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	.342	.083	.389	4.106	.000**	.176-.508
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไวรัส	.038	.103	.035	.369	.713	-.166-.241

$R^2 = .287, Adjust R^2 = .252, F = 8.244, **p < .01$

## วิจารณ์

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสของพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าครึ่งโดยอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.7 เคยได้รับการอบรมและประชุมวิชาการเกี่ยวกับไวรัส ตามนโยบายไวรัสแห่งชาติที่มุ่งเน้นให้ ผู้รับผิดชอบงานได้รับการอบรม เพื่อให้มีมาตรฐานในการปฏิบัติงานและกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไวรัสมาก่อน

การศึกษาครั้งนี้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยไวรัสมิมีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส คือ กลัวติดเชื้อไวรัส ขาดอัตราการล้าง ขาดอุปกรณ์ป้องกัน และที่สำคัญคือ การมีแนวปฏิบัติที่สามารถเข้าถึงง่าย<sup>(28)</sup> และเชื่อว่าดูแลผู้ป่วยไวรัสมานานยังไม่ป่วยเป็นไวรัส เพราะสุขภาพแข็งแรงสามารถต้านทานไวรัสได้ จึงไม่จำเป็นต้องป้องกันการติดเชื้อ<sup>(29)</sup> แตกต่างจากการศึกษาที่พบว่าเมื่อประสบการณ์การทำงานมากขึ้น จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมกกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า<sup>(21)</sup>

ความรู้เกี่ยวกับไวรัสไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสของพยาบาลวิชาชีพ แตกต่างจากการศึกษาที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันไวรัส<sup>(21)</sup> ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมเกี่ยวกับไวรัสเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้น

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส ( $r=.350, p<.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลที่พบว่าทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ<sup>(20,30)</sup> เนื่องจากทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับสูง ดังนั้นการมีทัศนคติที่ดีจะเป็นแรงจูงใจในการป้องกันโรคของพยาบาลวิชาชีพได้เป็นอย่างดี<sup>(22)</sup>

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส ( $r=.437, p<.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เมื่อเพื่อนร่วมงานส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส เพื่อนร่วมงานคนอื่นจะมีพฤติกรรมเป็นแนวทางเดียวกัน โดยผู้ที่ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างจะเป็นการเสริมแรงให้เพื่อนร่วมงานปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องเพราะได้รับการยอมรับจากการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคม<sup>(18)</sup> การให้คำปรึกษาของหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานจะเป็นแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ<sup>(16)</sup>

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัส และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนแนวคิด The Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) model<sup>(22)</sup> ที่กล่าวว่าแรงจูงใจซึ่งประกอบด้วย ทัศนคติต่อพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันไวรัสได้

## สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ทักษะคติต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นการปรับปรุง/พัฒนากิจกรรมการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค โดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค การส่งเสริมให้บุคคลสำคัญ เช่น หัวหน้างานมีความตระหนักในการกำกับดูแลผู้ใต้บังคับบัญชาและส่งเสริมให้เพื่อนร่วมงาน ทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีส่วนในการกระตุ้นเตือนพยาบาลวิชาชีพด้วยกันในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อไม่ให้ป่วยเป็นวัณโรคในอนาคต ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์จึงได้รับแบบสอบถามกลับจำนวนน้อย และกลุ่มตัวอย่างมีบริบทที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.กับในโรงพยาบาลชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Tuberculosis report 2023 [Internet]. [cited 2024 Mar 1]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ดีไซน์; 2565.

3. อารดา หายักวงษ์, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, จุฬาลักษณ์ โกมลตรี, กมล อุดล. ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556; 21(2):110-20.
4. Walker IF, Kanal S, Baral SC, Farragher TM, Joshi D, Elsey H, et al. Depression and anxiety in patients with multidrug-resistant tuberculosis in Nepal: an observational study. Public health action 2019; 9(1):42-8.
5. Courtwright A, Turner AN. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. Public Health Rep 2010; 125(Suppl 4):34-42. doi:10.1177/00333549101250S407
6. Baussano I, Nunn P, Williams B, Pivetta E, Bugiani M, Scano F. Tuberculosis among health care workers. Emerging infectious diseases 2011; 17(3):488-94. doi:10.3201/eid1703.100947
7. Van Rie A, McCarthy K, Scott L, Dow A, Venter WD, Stevens WS. Prevalence, risk factors and risk perception of tuberculosis infection among medical students and healthcare workers in Johannesburg, South Africa. S Afr Med J 2013; 103(11):853-7.
8. Mingchay P, Paitoonpong L, Kawkitinarong K, Ohata PJ, Suwanpimolkul G. Tuberculosis at a university hospital, Thailand: A surprising incidence of TB among a new generation of highly exposed health care workers who may be asymptomatic. PLoS One 2022; 17(8):e0273027.

9. World Health Organization. Implementing the WHO Policy on TB Infection Control in Health-Care Facilities, Congregate Settings and Households 2009 [Internet]. [cited 2017 Jan 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598323>
10. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 1: Prevention - infection prevention and control 2022 [Internet]. [cited 2024 Jan 1] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055889>
11. Tamir K, Wasie B, Azage M. Tuberculosis infection control practices and associated factors among health care workers in health centers of West Gojjam zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2016; 16(1):359.
12. Temesgen C, Demissie M. Knowledge and practice of tuberculosis infection control among health professionals in Northwest Ethiopia. *BMC Health Services Research* 2014; 14:593.
13. Engelbrecht MC, Kigozi G, Janse van Rensburg AP, Van Rensburg D. Tuberculosis infection control practices in a high-burden metro in South Africa: A perpetual bane for efficient primary health care service delivery. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2018; 10(1):e1-e6.
14. Zelnick JR, Gibbs A, Loveday M, Padayatchi N, O'Donnell MR. Health-care workers' perspectives on workplace safety, infection control, and drug-resistant tuberculosis in a high-burden HIV setting. *Journal of public health policy* 2013; 34(3):388-402.
15. Woith W, Volchenkov G, Larson J. Barriers and motivators affecting tuberculosis infection control practices of Russian health care workers. *Int J Tuberc Lung Dis* 2012; 16(8):1092-6. doi:10.5588/ijtld.10.0779
16. Zinatsa F, Engelbrecht M, van Rensburg AJ, Kigozi G. Voices from the frontline: barriers and strategies to improve tuberculosis infection control in primary health care facilities in South Africa. *BMC health services research* 2018; 18(1):269.
17. Zhang H, Liao M, Nie X, Pan R, Wang C, Ruan S, et al. Predictors of consistent condom use based on the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) model among female sex workers in Jinan, China. *BMC public health* 2011; 11:113.
18. Kanjee Z, Amico KR, Li F, Mbolekwa K, Moll AP, Friedland GH. Tuberculosis infection control in a high drug-resistance setting in rural South Africa: information, motivation, and behavioral skills. *Journal of Infection and Public Health* 2012; 5(1):67-81. doi:10.1016/j.jiph.2011.10.008

19. Temesgen C, Demissie M. Knowledge and practice of tuberculosis infection control among health professionals in Northwest Ethiopia. *BMC health services research* 2014; 14:593.
20. Darawad MW, Al-Hussain M. Jordanian nursing students' knowledge of, attitudes towards, and compliance with infection control precautions. *Nurse Education Today* 2013; 33(6): 580-3.
21. Demissie Gizaw G, Aderaw Alemu Z, Kibret KT. Assessment of knowledge and practice of health workers towards tuberculosis infection control and associated factors in public health facilities of Addis Ababa, Ethiopia: A cross-sectional study. *Archives of Public Health* 2015; 73(1):15.
22. Fisher DF, Fisher AW, Shuper AP. EMERGING THEORIES IN HEALTH PROMOTION PRACTICE AND RESEARCH. 2nd edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
23. Polit D, Beck CT. *Nursing Research: Principles and Methods*. 7th edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkin; 2004.
24. เกษภูมกรณ์ ขวัญทะเล. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ งานการพยาบาลงานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551. 142 หน้า.
25. Bloom BS. *Handbook on Formative and Summative of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
26. Best JW. *Research in education* 3rd edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
27. ภัทกร พงศ์พีระเดช. ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรสุขภาพ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551. 119 หน้า.
28. Mugomeri E, Chatanga P, Lefunyane M, Ruhanya V, Nyandoro G, Chin'ombe N. Adherence to tuberculosis infection control guidelines by nurses in Lesotho. *Am J Infect Control* 2015; 43(7):735-8. doi:10.1016/j.ajic.2015.03.016
29. Von Delft A, Dramowski A, Khosa C, Kotze K, Lederer P, Mosidi T, et al. Why healthcare workers are sick of TB. *International Journal of Infectious Diseases* 2015; 32:147-51.
30. Choi JS, Kim KM. Predictors of respiratory hygiene/cough etiquette in a large community in Korea: A descriptive study. *Am J Infect Control* 2016; 44(11):e271-e273. doi:10.1016/j.ajic.2016.04.226

การพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี  
Developing a participatory palliative care model of Dong Hong Hae  
Health Promoting Hospital, Muang District, Ubon Ratchathani Province

บรรเทิง พลสวัสดิ์<sup>1</sup>, อรุณศรี ผลเพิ่ม<sup>2\*</sup>, จริญญา มีหนองหว้า<sup>2</sup>, กัญญารัตน์ กัญญากัญ<sup>3</sup>  
Buntherng Phonsawat<sup>1</sup>, Arunsri Pholperm<sup>2\*</sup>, Jaroonsree Menongwah<sup>2</sup>, Kanyarat Kanyakan<sup>3</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงหนองแห่

<sup>2</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

<sup>3</sup>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

<sup>1</sup>Dong Hong Hae Health Promoting Hospital

<sup>2</sup>Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

<sup>3</sup>Mueang Ubon Ratchathani District Public Health Office

\*Correspondence to: arunsriholperm@gmail.com

Received: Apr 25, 2024 | Revised: Jul 5, 2024 | Accepted: Jul 8, 2024

### บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงหนองแห่ ตำบลพุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ การศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคอง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม และการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ ผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้รับบริการ จำนวน 16 คน 2) ผู้ให้บริการ จำนวน 6 คน และเครือข่ายชุมชน จำนวน 8 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก เครื่องมือสัมภาษณ์เป็นแบบสอบถาม กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามในการประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Wilcoxon sign ranks test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแห่ ประกอบด้วย 1) บุคลากร 2) การสื่อสาร 3) เครือข่าย 4) การบริหารจัดการ ด้านงบประมาณและด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ/เวชภัณฑ์ ด้านความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.81$ , S.D.=.36) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z=3.07$ ,  $P<.05$ ) ทีมผู้ให้บริการมีความเห็นว่า สามารถปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับปฏิบัติทุกครั้ง ( $\bar{X}=3.91$ , S.D.=.28) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z=2.21$ ,  $P<.05$ ) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ มี อสม. บัณฑิตในการเยี่ยมบ้าน เกิดกลุ่มผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการทำ Advance care plan มีศูนย์อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นสำหรับให้ผู้ป่วยยืมใช้ที่บ้าน

**คำสำคัญ:** การดูแลแบบประคับประคอง, การมีส่วนร่วม, รูปแบบ

## Abstract

The objectives of this action research were 1) to develop a palliative care model by participating in Dong Hong Hae Health Promoting Hospital, Muang District, Ubon Ratchathani Province, 2) to investigate the outcomes of palliative care model based on the participation of Dong Hong Hae Health Promoting Hospital. Using the PAOR process concept of Kemmis & McTaggart which consists of 3 phases as follow: researching the palliative care circumstances, developing a participatory palliative care model, and evaluating the model's application's outcome. The participants consisted of 1) 16 service recipients, 2) 6 service providers, and 8 community network members, selected purposively according to the inclusion criteria. Research instruments include semi-structured interview used in-depth interview and questionnaires used to evaluate the palliative care model. Qualitative data were analyzed with content analysis and quantitative data analysis include frequency, percentage, average, and Wilcoxon sign ranks test. The results showed that: the participatory palliative care model of Dong Hong Hae Health Promoting Hospital consists of people, communication, network and management on the budget, materials, and medical supplies. Regarding the measure of the satisfaction of relatives to the care model overall at the highest level ( $\bar{X}=4.81$ , S.D.=.36). ( $p<.05$ ) increased substantially in comparison to it did before to applying the model ( $Z=3.07$ ,  $P<.05$ ). According to the service team, the care model can be consistently followed at the practice level. The statistical significance ( $Z=2.21$ ,  $P<.05$ ) of the model was seen to have grown from previously ( $\bar{X}=3.91$ , S.D.=.28) more than prior to employing the statistically significant model ( $Z=2.21$ ,  $P<.05$ ). The outcomes of this study comprised the village health volunteer buddy on the home visit and its lead to the experienced group in palliative care, an advance care plan, and the center of essential medical equipment for patient loan for use at home.

**Keywords:** palliative care, participation, model

## บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้ที่ต้องทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการป้องกันและลดภาวะความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งทาง

ด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ<sup>(1)</sup> รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย มีการพัฒนาและขับเคลื่อนเมื่อ พ.ศ. 2523 โดยวิสัญญีแพทย์ เน้นการบรรเทาอาการปวดในช่วงแรก ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย<sup>(2)</sup> และต่อมาได้มีการร่างตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลในการให้การดูแล

ระยะท้าย และการประกาศสิทธิของผู้ป่วยในสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการรักษา และสิทธิในการตาย โดยปราศจากการช่วยฟื้นคืนชีพ<sup>(3)</sup> ในพ.ศ. 2558 รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษา ไม่หาย และอยู่ระยะท้ายของชีวิตให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้<sup>(4)</sup> จังหวัดอุบลราชธานี มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลายระดับ ตั้งแต่ระดับตติยภูมิ เริ่มที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี พ.ศ.2546 มีการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ต่อมา มีการจัดทำแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาล และได้พัฒนารูปแบบการเชื่อมโยงระบบเครือข่ายและการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งกลับไปดูแลต่อที่บ้าน พัฒนาระบบมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล และวางแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต มีทีมเยี่ยมบ้านเป็นรายกรณี<sup>(5)</sup> โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์มีการพัฒนาเช่นเดียวกันและได้มีการพัฒนาเพิ่มในด้านการส่งพยาบาลเข้าอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง<sup>(6)</sup> ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชिरาลงกรณ ให้การดูแลแบบองค์รวม ด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ และผสมผสานการแพทย์ทางเลือก

ในระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่ พ.ศ. 2564 พบว่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายมีความซับซ้อนเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะท้ายที่มีภาวะล้มเหลวของระบบต่างๆ ซึ่งมักมีการดำเนินโรคที่จัดการหรือควบคุมอาการได้ยาก นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวนมากยังเผชิญกับ

ภาวะทางสังคมเศรษฐกิจที่พึ่งตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยเหล่านี้หากต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านจึงเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและมักจะเสียชีวิตด้วยความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส เนื่องจากครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลได้อย่างเต็มที่ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด

ในปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่มีผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ใช่โรคมะเร็งเพิ่มขึ้น ยังไม่มีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้อีกทั้งคนในครอบครัวไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะท้าย ชุมชนยังขาดระบบรองรับการดูแลที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามความปรารถนา ขาดการบูรณาการในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายที่ต้องการความรู้ ความเข้าใจ ความเอาใจใส่และการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในชุมชน องค์กรท้องถิ่นและเครือข่ายสุขภาพชุมชน การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายจะช่วยให้เกิดรูปแบบการดูแลที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีคุณภาพ เข้าถึงง่าย และชุมชนร่วมเป็นเจ้าของในระยะต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห่งแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน<sup>(7)</sup> ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนตุลาคม 2566 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห่งแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2565

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห่งแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการระหว่างมกราคม-กรกฎาคม 2566 ดังนี้

วงรอบที่ 1 ยกร่างรูปแบบจากข้อมูลระยะที่ 1 นำเสนอที่ประชุมเพื่อ 1) วางแผนการดำเนินงาน 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างรูปแบบเพื่อนำไปทดลองใช้อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน ประกาศนโยบายการดูแลแบบประคับประคองใน รพ.สต. 3) ประยุกต์ใช้รูปแบบปรับเปลี่ยนแล้วนำไปใช้ในพื้นที่เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขจนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ติดตามประเมินผล 4) นำผลประเมินมาสะท้อนการดำเนินการเพื่อนำไปวางแผนดำเนินการต่อไป

วงรอบที่ 2 และ 3 ดำเนินการตามขั้นตอนของวงรอบที่ 1 จนได้รูปแบบการดูแลฯ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบกับญาติ/ผู้ดูแลหลัก จำนวน 12 คน และผู้ให้บริการจำนวน 6 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ดำเนินการระหว่างสิงหาคม - ตุลาคม 2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้รับบริการ คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองอาศัยอยู่ในตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบในเงื่อนไข ยินดีเข้าร่วมการศึกษาได้ครบขบวนการ ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 14 คน 2) ญาติหรือผู้ดูแลหลัก จำนวน 2 คน

2. กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห่งแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 6 คน

3. กลุ่มเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนด้านผู้นำทางศาสนา ตัวแทนอสม. ตัวแทนจิตอาสา ตัวแทนญาติผู้ป่วย ตัวแทนผู้ป่วยเรื้อรัง รวม 8 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** แยกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 แบบสัมภาษณ์และแนวทางสนทนากลุ่มโดยประยุกต์ตามแนวคิดของ WHO<sup>(1)</sup> มีจำนวน 3 ฉบับ ดังนี้ 1) ประเด็นคำถามที่ใช้สำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วย การดูแลตนเองและความต้องการในการดูแล

2) ประเด็นแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มของทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่งประกอบด้วย การดูแลแบบประคับประคอง ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และรูปแบบที่ต้องการ และ 3) ประเด็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มของเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่งประกอบด้วย การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและรูปแบบที่ต้องการ

ระยะที่ 2 แบบบันทึกการสังเกตของผู้วิจัยในการพัฒนาการใช้รูปแบบฯ ในพื้นที่ที่ศึกษา

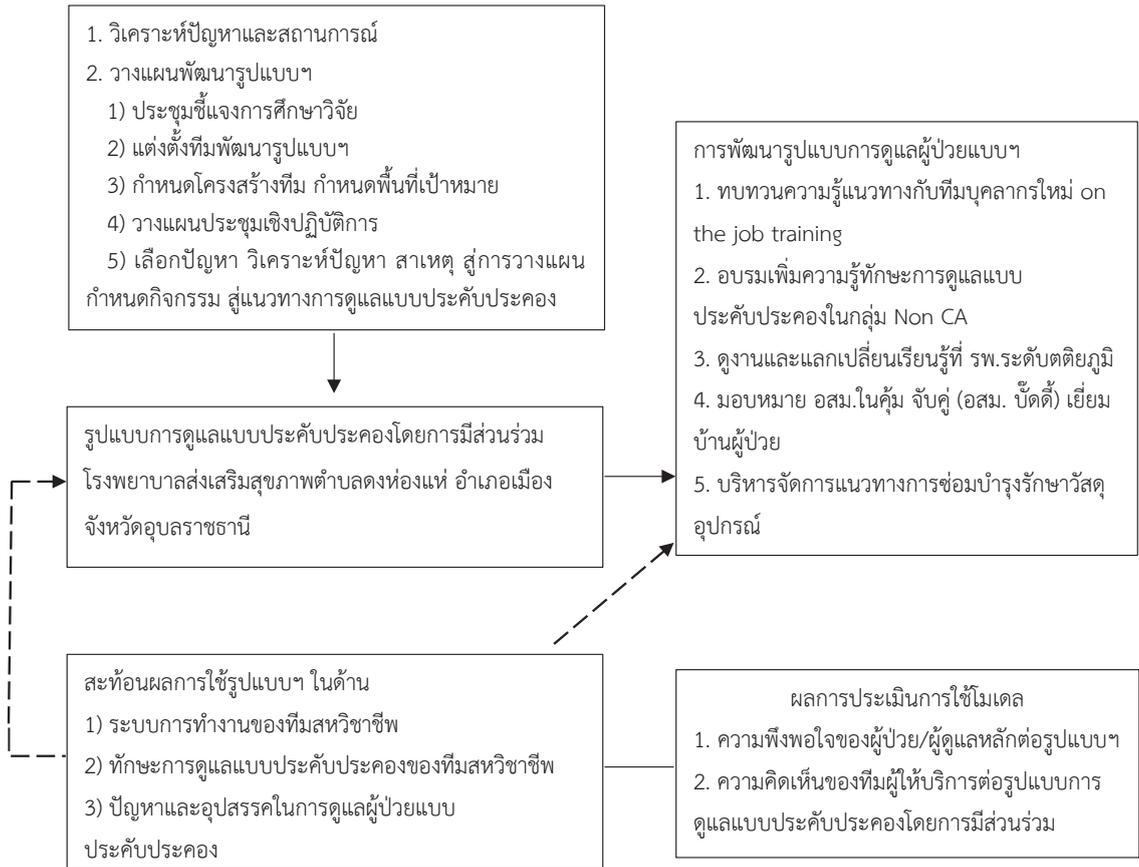
ระยะที่ 3 เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อรูปแบบ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจ ประกอบด้วยคำถามปลายปิดจำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลระดับความพึงพอใจโดยใช้ค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้ 1.00-1.49 พึงพอใจน้อยที่สุด, 1.50-2.49 พึงพอใจน้อย, 2.50-3.49 พึงพอใจปานกลาง, 3.50-4.49 พึงพอใจมาก และ 4.50-5.00 พึงพอใจมากที่สุด 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของบรรเทิง พลสวัสดิ์<sup>(๑)</sup> เป็นคำถามปลายปิด แบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วน 4 ระดับ การแปลผลจากคะแนนค่าเฉลี่ยของ แต่ละด้านคือ 1.00-1.74

มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามรูปแบบน้อยหรือไม่ปฏิบัติเลย, 1.75-2.49 มีคิดเห็นต่อการปฏิบัติปานกลาง, 2.50-3.24 มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติมาก, 3.25-4.00 มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติทุกครั้ง

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแล และความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ ได้เท่ากับ 1.00, 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ และความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.87, 0.98 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ขออนุมัติดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับอนุมัติเลขที่ SSJ.UB168.1 วันที่รับรอง 15 ตุลาคม 2565 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย โครงการวิจัยและตัวอย่างเครื่องมือการวิจัยถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองแกท้าวไทย และดงแสนสุข เพื่อขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

## กรอบแนวคิดการวิจัย



ระยะที่ 1 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 4 คน ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 30-45 นาที และการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 6 คน และเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้องในการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนจำนวน 8 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลและขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนาจากนั้นดำเนินการถอดเทปการสัมภาษณ์

ระยะที่ 2 โดยการสังเกตและการบันทึกผลการใช้รูปแบบฯ

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) เก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 12 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อรูปแบบ เก็บข้อมูลโดยการเยี่ยม

ติดตามที่บ้านทุก 1 เดือน 2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากทีมผู้ให้บริการ จำนวน 6 คน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบฯ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) วิธีของ Grehlem<sup>(9)</sup> ในระยะที่ 1 ของการศึกษา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ในการศึกษาระยะที่ 2, 3 ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ระดับความพึงพอใจและระดับความคิดเห็น ระดับความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง และระดับ

ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจของญาติก่อนและหลังใช้รูปแบบโดยใช้สถิติการทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test

## ผลการศึกษา

1. สถานการณ์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยและญาติ และการสนทนากลุ่ม พบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ คือบุคลากรสุขภาพมีบทบาทในการดูแลสุขภาพ 2) การบริหารจัดการ ขาดการประสานการดูแลของทีมผู้ดูแล ขาดการกำหนดหน้าที่ในการดูแลและส่งต่อ 3) ขาดช่องทางการสื่อสารในเครือข่าย 4) ไม่มีการกำหนดเกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วย 5) การบรรเทาทุกข์ทราบจากการปวดของผู้ป่วย 6) อุปสรรคการแพทย์ที่จำเป็นกับผู้ป่วยไม่เพียงพอ 7) การเตรียมรับผู้ป่วยในชุมชนยังไม่ครอบคลุม 8) ผู้ดูแลขาดความรู้ 9) ไม่มีคณะกรรมการชัดเจน

โดยสรุปพบว่า 1) การเชื่อมต่อข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยดูแลอย่างประคับประคองลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนยังไม่ครอบคลุม 2) ขาดแนวทางการดูแล ผู้ป่วยดูแลอย่างประคับประคองในชุมชน ในกลุ่มที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง 3) แนวทางในการจัดการร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่ออกมาร่วมให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ชัดเจน

2. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ด้วย 4 องค์ประกอบ คือ (ภาพที่ 1)

1) บุคลากรในระดับชุมชน มีการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจนโยบายการดูแลแบบประคับ

ประคองให้แก่ ผู้นำชุมชน จิตอาสา อสม. ผู้นำทางศาสนา อปท. ให้เข้าใจตรงกัน กำหนดบทบาทของแต่ละกลุ่มให้เข้าใจตรงกัน ดังนี้ 1) แพทย์และเภสัชกรมีการทบทวนนโยบายแนวทางในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในวันที่ออกให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังและประชุมกรณีศึกษาเป็นระยะในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่น่าสนใจ 2) พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งเข้ารับการอบรมฟื้นฟูและฝึกทักษะเพิ่มเติมปีละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลเครือข่ายระดับตติยภูมิ อบรมในระหว่างการทำงาน (On the job training) และประชุมกรณีศึกษาร่วมกับแพทย์เภสัชกรเป็นระยะ 3) ทีมผู้สนับสนุนและเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน จัดอบรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ฝึกปฏิบัติแบ่งเป็น เวรหมุนเวียนจนครบทุกคน ส่งเข้ารับการฝึกฟื้นฟูทักษะเพิ่มเติมปีละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลเครือข่ายระดับตติยภูมิ และฝึกดูแลข้างเคียงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้นำทางศาสนา ถวายความรู้เรื่องการดูแล และการจัดกิจกรรมทางศาสนา ด้านจิตวิญญาณตามบริบทของแต่ละศาสนา แต่งตั้งทีม อสม. จิตอาสา แบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นรายกรณี ในส่วนผู้ดูแลที่บ้าน ให้ความรู้และฝึกทักษะเป็นรายบุคคล ในกรณีไม่มีญาติมอบหมาย อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน ร่วมกันหมุนเวียนดูแล พร้อมทีมสหวิชาชีพ ลงเยี่ยมเป็นระยะจนถึงวาระสุดท้าย และจัดการพิธีทางศาสนาเมื่อเสียชีวิต

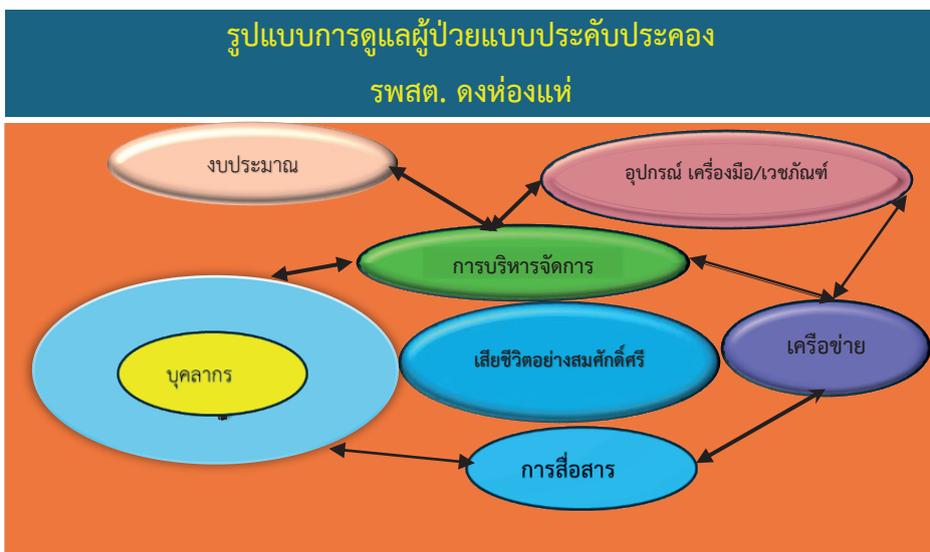
2) การบริหารจัดการ 1) ด้านงบประมาณ ผู้รับผิดชอบวางแผนการพัฒนากุศลกร ทีมผู้สนับสนุนและเครือข่ายชุมชนวางแผนการจัดทำโครงการกองทุนสุขภาพตำบลทุกปี ประสานการอบรมในเครือข่ายให้บริการทุกระดับ และประสาน

ภาคเอกชนในการพัฒนาความรู้ 2) ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ/เวชภัณฑ์ สำหรับใช้กับผู้ป่วยที่บ้าน ได้ จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แต่งตั้งคณะกรรมการ นโยบายการบริหารจัดการใน ศูนย์ฯ กำหนดเงื่อนไขการยืม และตรวจสอบความพร้อม ความเพียงพอของอุปกรณ์ มีคณะกรรมการ แสวงหาแนวทางจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือเพิ่มเติม เมื่อมีไม่ครบ ที่ผ่านมาจะเป็นงบบริจาค

3) การสื่อสาร ประชุม วางแผนแนวทางการ สื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ

งานการสื่อสาร ร่วมกับเครือข่าย ตั้งแต่ระดับ ตติยภูมิลงมาจนถึงระดับชุมชน โดยมีแนวทางที่ ชัดเจน และตั้งไลน์กลุ่ม เครือข่ายระดับตติยภูมิลง มาถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และตั้งเครือข่าย ชุมชน ระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน

4) เครือข่ายประกอบด้วย การประสานงาน การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน การดูแลแบบประคับ ประคองในแต่ละระดับที่ชัดเจน การส่งต่อผู้ป่วยที่ ดีมีประสิทธิภาพ ทันเวลาทันต่อสถานการณ์



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพดงห้องแท่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัด อุบลราชธานี มีดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย 1) ข้อมูล ทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 คน เป็นเพศ หญิง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 75 เพศชาย 3 คน คิด เป็นร้อยละ 25 อายุเฉลี่ย 47.25 ปี สถานภาพ สมรสคู่ ร้อยละ 75 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา ตอนปลาย ร้อยละ 83.3 ไม่ได้เรียน ร้อยละ 16.7 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะเวลา 2 ปี

ร้อยละ 58.3 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น บิดา มารดา และสามีภรรยา ร้อยละ 25 เป็นผู้ดูแลที่ บ้านร้อยละ 50 และผู้ป่วยดูแลตนเองร้อยละ 8.3 และ 2) ข้อมูลทั่วไปของทีมผู้ให้บริการ จำนวน 6 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน เภสัชกร 2 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน เป็นผู้หญิง ทั้งหมด อายุเฉลี่ย 42.5 ปี มีประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะเวลา 2-7 ปี เฉลี่ย 3 ปี มีความมั่นใจในการดูแลร้อยละ 83.3 เคยเข้ารับการอบรมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร้อยละ 83.3

2.2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่าก่อนการนำรูปแบบ ไปใช้ความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.15$ , S.D.=.54) หลังการนำรูปแบบ ความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.81$ , S.D.=.36) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่า หลังการนำรูปแบบไปใช้ ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการตามรูปแบบการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z=3.07$ ,  $P<.05$ )

2.3 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ พบว่าก่อนการนำรูปแบบไปใช้ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ โดยรวมอยู่ในระดับสามารถปฏิบัติทุกครั้ง ( $\bar{X}=3.40$ , S.D.=0.74) หลังการนำรูปแบบไปใช้ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ โดยรวมอยู่ในระดับสามารถปฏิบัติทุกครั้ง ( $\bar{X}=3.91$ , S.D.=0.28) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่า หลังการนำรูปแบบไปใช้ทีมผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามรูปแบบ โดยรวมอยู่ในระดับสามารถปฏิบัติทุกครั้ง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z=2.21$ ,  $P<.05$ ) สรุปผลการประเมินหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกัน ระยะเวลาในการเตรียมการก่อนเสียชีวิต กำหนดระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน และการดูแลหลังการเสียชีวิต

## วิจารณ์

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม พัฒนามาจากการสังเคราะห์เอกสารและการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือญาติของเครือข่ายชุมชน ทีมผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมของระหว่างทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ เครือข่ายชุมชนและโรงพยาบาลใกล้เคียง ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเป็นหลัก ให้การดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยได้รับการดูแลทุกมิติของชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ บรรเทาความทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก<sup>(1)</sup> ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1.1 บุคลากร ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านได้รับการประชุมชี้แจงและอบรมตามลักษณะของแต่ละหน้าที่<sup>(10)</sup> พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมฟื้นฟูและฝึกทักษะเพิ่มเติมให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาในด้านการวางแผนการพัฒนาเรื่องแนวคิดการดูแล ทักษะการสื่อสารและการจัดการอาการโดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรและสหวิชาชีพ<sup>(11)</sup> และผลการศึกษาครั้งนี้ได้แนวทางพัฒนาที่แตกต่างคือบุคลากรมีการอบรมแบบ On the job training ประชุมกรณีศึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ด้านทีมเครือข่ายชุมชนได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วยข้างเตียงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้นำทางศาสนานถวายความรู้เรื่องแนวทางปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ทางด้านจิตวิญญาณตามบริบทของแต่ละศาสนา และแต่งตั้งทีม อสม. จิตอาสา มอบหมายให้ดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่รับผิดชอบ เยี่ยมเป็นระยะร่วมกับสหวิชาชีพ

จนถึงวาระสุดท้ายและจัดการพิธีทางศาสนาเมื่อเสียชีวิต

1.2 การบริหาร 1) งบประมาณ เนื่องจาก การดำเนินการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ใช้ต้นทุนสูง ไม่มีงบประมาณในการดำเนินงานโดยตรง มีการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน ด้วยการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดหาทุน เช่น การรับภาระสนับสนุนจากภาคเอกชน เครือข่าย และจัดทำแผนของงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล จัดทำแผนระดับชุมชน 2) อุปกรณ์ เครื่องมือ/เวชภัณฑ์ ได้จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงห้องแห่ง แต่งตั้งคณะกรรมการและมีนโยบายการบริหารจัดการ เอื้ออำนวยให้มี ความเพียงพอและพร้อมใช้ ถ้าอุปกรณ์ขาดแจ้งคณะกรรมการฯ เพื่อแสวงหาแนวทางจัดหาเพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการจัดมาตรฐานการปฏิบัติสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน<sup>(11)</sup> และให้ความสำคัญในการจัดตั้งศูนย์เก็บอุปกรณ์ของชุมชน ต้นแบบ ผู้ป่วยเข้าถึง มีการหมุนเวียนใช้กับผู้ป่วยในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยมีอุปกรณ์ใช้ที่บ้านได้อย่างทั่วถึง<sup>(12)</sup>

1.3 การสื่อสาร มีการประชุมวางแผน แนวทางการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานการสื่อสาร ร่วมกับเครือข่าย ตั้งแต่ระดับตติยภูมิจนถึงระดับชุมชน โดยมีแนวทางที่ชัดเจน และตั้งไลน์กลุ่ม เครือข่ายระดับตติยภูมิจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และตั้งเครือข่ายชุมชน ระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่มีการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนทางไลน์วิดีโอคอล และ telemedicine รายงานการเยี่ยมบ้าน อสม. โดยใช้ OR code<sup>(12)</sup> ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้คือมีการเยี่ยมบ้านโดย อสม. บัณฑิต และใช้ระบบรายงานปกติ

1.4 เครือข่าย คือมีระบบบริการและการส่งต่อเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกระดับ ด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และความรู้ ตั้งแต่ระดับตติยภูมิจนถึงระดับปฐมภูมิ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่มีการจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ชุมชน และหมุนเวียนใช้ภายในชุมชนของตนเอง<sup>(12)</sup> ซึ่งยังไม่ขยายในระดับเครือข่าย ผลของการเชื่อมโยงของเครือข่ายครั้งนี้ทำให้เกิดการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan) เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

2. ผลการนำรูปแบบที่พัฒนาต่อเนื่องไปใช้กับผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งป่วยด้วยโรค มะเร็ง ไตวาย ฉุกเฉินป้องกัน โรคหัวใจ เส้นเลือดสมองแตกรวม 12 คน ในชุมชน พบว่า หลังการนำรูปแบบไปใช้ มีความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้น และเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ทุกคน ด้านทีมผู้ให้บริการมีความคิดเห็นที่สามารถปฏิบัติตามรูปแบบในระดับปฏิบัติทุกครั้ง เพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือคนที่ป่วยหนัก มีความปรารถนาที่จะได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่น<sup>(13)</sup>

## ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ รูปแบบของการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ บุคลากร การบริหารงบประมาณ/วัสดุอุปกรณ์ เครือข่าย และการสื่อสาร สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ดังนี้ 1) นำแนวทางจากการศึกษาไปใช้ในหน่วยบริการที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกัน โดยบูรณาการเข้ากับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีทีมสหวิชาชีพพร้อมให้บริการ 2) นำแนวทางการพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายไปประยุกต์ใช้

3) นำแนวทางการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอและขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมประชาชนเข้าถึง การแสวงหาเครือข่ายและเชื่อมโยงการสื่อสารในทุกระดับ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป คือ

1) ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนในบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน 2) ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนในบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน

### เอกสารอ้างอิง

1. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 24(2):91-6.
2. วณิชา พึ่งชมภู. การพยาบาลผู้สูงอายุ: การสร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ เล่ม 1. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
3. Kittikorn Nilmanat. International Perspective Palliative care in Thailand: Development and challenges. *Canadian Oncology Nursing Journal* 2016; 26(3):262-4.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. [อินเทอร์เน็ต]. 2552. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.main.samatcha.org/node>
5. ถวิล กลั่นวิมล, ชลียา วามะลุน, โสภิต ทับทิมหิน, อาภาเพ็ญ ทำนุ, สุวรรณกิจ สมทรัพย์, นันทิยา แก้ววงษา. Palliative Care: โรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี. *วารสารกรมการแพทย์* 2559; 41(1):33-40.
6. อัญชลี วิเศษขุนทศิลป์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษพระปฐมบรมราชสุริยวงศ์ 5 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556; วันที่ 2-3 สิงหาคม 2556; โรงแรมสุโขทัยแกรนด์ แอนด์ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ อุบลราชธานี.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd edition. Geelong: Deakin University;1992.
8. บรรเทิง พลสวัสดิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2559. 253 หน้า.
9. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. *Journal Nurse Education Today*. 2004; 24(2): 105-12.
10. บรรเทิง พลสวัสดิ์, สำราญ พูลทอง, กิตติยาพร จันทร์ชม, จริญญาศรี มีหนองหว่า, ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา. การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ

ไว้รอยต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ดงห้องแห่ อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี.  
วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2560;  
26(5):905-12.

11. ฐิติพร จตุพรพัฒน์, บุญทิพย์ สิริธรงค์,  
พิเชฐ บัญญัติ. รูปแบบการจัดการดูแลแบบ  
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง  
ระยะลุกลามโรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก.  
สัปดาห์:วารสารมนุษยศาสตร์และ  
สังคมศาสตร์. 2560; 23(1):154-68.
12. รัตนาภรณ์ รักษาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์,  
กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร วงศ์ใหญ่,  
ภัทธนี ไชยพรม. การพัฒนารูปแบบการ  
ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและ  
ระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย  
ชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งจังหวัด  
ลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ  
สสอท. 2565; 4(2):1-19.
13. พระไพศาล วิสาโล. สุขภาพองค์รวมกับสุขภาพ  
สังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2549. [เข้าถึงเมื่อ  
9 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.  
visalo.org/article/healthsukapabka  
bOngRuam](https://www.visalo.org/article/healthsukapabkabOngRuam)

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์  
หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีน  
ที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Incidence and Factors Associated to Adverse Events Following Immunization  
for COVID-19 in People who Received Vaccination at Warinchamrab District,  
Ubonratchathani Province

นุชกานดา มณี\*, สถาพร มณี, ณัฐธิญา กิตต์ธันกาญจน์  
Nutchakanda Manee\*, Sathaporn Manee, Nuttiya Kittanakarn

โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี  
Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani province

\*Correspondence to: nmanee65@gmail.com

Received: Jul 7, 2024 | Revised: Sep 3, 2024 | Accepted: Oct 17, 2024

### บทคัดย่อ

วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นวัคซีนที่พัฒนาขึ้นใหม่และเร่งด่วนยังไม่มีข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เมื่อมีการใช้ในวงกว้าง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาย้อนหลังในประชาชนผู้มารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมดที่หน่วยบริการในอำเภอวารินชำราบ ตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน 2564 - 30 กันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข และระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผลการศึกษาพบว่าประชาชนที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 รวมทั้งหมด 141,143 โดส พบรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ทั้งหมด 8,094 รายงาน (คิดเป็นร้อยละ 5.7) โดย 8,073 รายงาน (ร้อยละ 99.7) ไม่ร้ายแรง พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (aOR= 2.22 95%CI: 2.07-2.34) กลุ่มประชาชนอายุมากกว่า 60 ปี พบน้อยกว่าช่วงอายุอื่น (aOR= 0.63 95%CI: 0.52-0.74) ในขณะที่กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ระบาดพบรายงานผลข้างเคียงได้บ่อยกว่ากลุ่มอื่น (aOR=8.73 95%CI: 7.59-9.88 และ aOR=9.65 95%CI: 8.23-10.91 ตามลำดับ) วัคซีนโควิด-19 ที่มีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากที่สุดคือ Moderna (1,186.6 รายงานต่อหมื่นโดส) และพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง 21 รายงาน (ร้อยละ 0.3) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (11 รายงาน) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (2 รายงาน) ภาวะหัวใจล้มเหลว (1 รายงาน) ความดันโลหิตสูงวิกฤติ (1 รายงาน) ภาวะ ARDS (1 รายงาน) ภูมิแพ้เฉียบพลันรุนแรง (1 รายงาน) สมองอักเสบ (1 รายงาน) และเสียชีวิต (2 รายงาน) โดยสรุปวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันโรคนั้นพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ได้บ่อย แต่เกือบทั้งหมดไม่ร้ายแรง ในภาพรวมจึงมีความปลอดภัย อย่างไรก็ตามบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนควรตระหนักถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น

**คำสำคัญ:** วัคซีน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

## Abstract

The COVID-19 vaccines were newly and urgently developed. Lack of data of adverse events when it is widely used. The objective of this study was to study the incidence and factors associated with Adverse Events Following Immunization (AEFI) for COVID-19 in people who received vaccination at Warinchamrab District, Ubonratchathani Province between April 6, 2021, and September 30, 2022. Data were collected from hospital information system, MOPH Immunization Center and AEFI-DDC Surveillance System. The results of the study found that among people who received a total of 141,143 doses of the COVID-19 vaccine, a total of 8,094 reports of adverse events (5.7%) were found, of which 8,073 reports (99.7%) were not serious, found in females more than males (aOR= 2.22 95% CI: 2.07-2.34). People over 60 years of age are less common than other age groups (aOR= 0.63 95%CI: 0.52-0.74). Meanwhile, healthcare personnel and outbreak control offices reported adverse events more frequently than other groups (aOR=8.73 95%CI: 7.59-9.88 and aOR=9.65 95%CI: 8.23-10.91 respectively). The most adverse events reported was Moderna (1,186.6 report per ten thousand doses) and 21 (0.3 percent) reported serious COVID-19 vaccine events, including stroke (11 reports), myocardial infarction (2 reports), congestive heart failure (1 report), and high blood pressure crisis (1 report), acute respiratory distress syndrome (1 report), anaphylaxis (1 report), encephalitis (1 report), and death (2 reports). In conclusion, the COVID-19 vaccine, which is important in disease prevention, has frequently found adverse events after immunization. But almost all of them are not serious. Overall, it is safe. However, healthcare personnel and people should be aware of possible adverse events.

**Keywords:** Vaccine, COVID-19, Adverse events

## บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เริ่มขึ้นตั้งแต่ปลายปี 2019 ได้นำมาซึ่งการพัฒนาวัคซีนอย่างเร่งด่วนเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ การป่วยหนัก และการเสียชีวิต วัคซีน

ป้องกัน COVID-19 ที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ในหลายประเทศได้ถูกกระจายให้ประชาชนทั่วโลกเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าวัคซีนจะมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง แต่ก็ยังพบว่ามี

รายงานอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Events Following Immunization; AEFI) หลังการรับวัคซีนในบางกรณี ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นของประชาชนในการเข้ารับวัคซีน<sup>(1)</sup> มีได้หลายสาเหตุ อาจเกิดจากวัคซีนโดยตรง หรือจากความคลาดเคลื่อนด้านการให้บริการวัคซีน หรือเป็นอาการของอาการแพ้หรือ ความวิตกกังวลของผู้ได้รับวัคซีนเอง หรือเป็นอาการร่วมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีนหรือการให้บริการวัคซีน แต่เกิดขึ้นมาในช่วงเวลาเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2555 Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ทบทวนการจัดแบ่งประเภทของสาเหตุการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งออกเป็น 5 สาเหตุ

- 1) ปฏิกิริยาของวัคซีน (Vaccine product-related reaction)
- 2) ความบกพร่องของวัคซีน (Vaccine quality defect-related reaction)
- 3) ความคลาดเคลื่อนด้านการให้บริการ (Immunization error related reaction)
- 4) ความกลัว/ความกังวลของผู้รับบริการ (Immunization stress-related reaction)
- 5) เหตุการณ์ร่วมอื่นโดยบังเอิญ (Coincidental event)

จากการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยหลังรับวัคซีน COVID-19 มีทั้งอาการทั่วไป เช่น ปวดบริเวณที่ฉีด มีไข้ ปวดหัว และอาการที่รุนแรงน้อยกว่าที่พบได้น้อย เช่น การเกิดลิ้มเลือด หรือปฏิกิริยาภูมิแพ้รุนแรง<sup>(2,3)</sup> อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด AEFI นั้น ยังมีความหลากหลาย เช่น ชนิดของวัคซีน สถานะสุขภาพพื้นฐานของผู้รับวัคซีน อายุ เพศ<sup>(4,5)</sup>

วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นวัคซีนที่พัฒนาขึ้นใหม่และเร่งด่วนยังไม่มีข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เมื่อมีการใช้ในวงกว้าง การศึกษาก่อนหน้านี้ในระดับสากลมุ่งเน้นไปที่การศึกษาผลของวัคซีนในประชากรทั่วไป แต่ยังคงขาดการศึกษาในระดับท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน สำหรับอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการฉีดวัคซีนอย่างกว้างขวาง ยังไม่มีการวิจัยที่เจาะจงเกี่ยวกับอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด AEFI หลังรับวัคซีน COVID-19 ทำให้เกิดความรู้ไม่ครบถ้วนในบริบทของพื้นที่ดังกล่าว ซึ่งผลการวิจัยนี้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดการและลดความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังการรับวัคซีนในอนาคต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดรุนแรงและไม่รุนแรง หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Case control study)

### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ประชาชนผู้มารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมดที่หน่วยบริการในอำเภอวารินชำราบ ตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน 2564 - 30 กันยายน 2565 ที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนจากฐานข้อมูลผู้รับบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immunization Center) และบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีน (Adverse Event Following Immunization: AEFI) จากระบบหมอบรรณภายใน 30 วัน ที่ครบถ้วนและสมบูรณ์

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่ แบบบรรยายการบันทึกข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันหมอพพร้อมของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้ทั่วประเทศ จำนวน 1 ชุด แบ่งข้อมูลที่ได้รับการจัดเก็บออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว จำแนก 2 กลุ่ม คือ ผู้มีและไม่มีโรคประจำตัว สำหรับส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการได้รับวัคซีน รวมทั้งสิ้น 5 ข้อ ได้แก่ วันที่ได้รับวัคซีน ประเภทของวัคซีน จำนวนเข็มที่ได้รับ และอาการไม่พึงประสงค์ 10 อาการ ได้แก่ 1) ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด (Injection site reaction) 2) ไข้ (Fever) 3) ปวดศีรษะ (Headache) 4) เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (Fatigue) 5) ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia) 6) คลื่นไส้ (Nausea) 7) อาเจียน (Vomiting) 8) ท้องเสีย (Diarrhea) 9) ผื่น (Rash) และ 10) อาการอื่นๆ และวันที่เกิดอาการ โดยทุกข้อคำถามเป็นการบันทึกข้อมูลจากผู้รับการฉีดวัคซีน

### **นิยามการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization: AEFI) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ภายใน 30 วัน อาจเป็นอาการไม่สบายหรือมีผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ โดยไม่จำเป็นต้องมีสาเหตุจากการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หรือเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนานกว่า 30 วัน ในกรณีที่เกิดขึ้นนานกว่า 30 วัน ต้องมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1. เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ที่มีเหตุผลหรือหลักฐานที่สงสัยว่าจะเกิดจากวัคซีนหรือการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2. เจ้าหน้าที่หรือประชาชนสงสัยว่าจะมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนหรือการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

อาการที่ไม่รุนแรง (Mild reactions) จะพบได้บ่อยหลังได้รับวัคซีน ซึ่งมีทั้งอาการเฉพาะที่ และอาการที่เกิดจากปฏิกิริยาต่อระบบอื่นๆ (Systemic reaction) อาการเฉพาะที่ เช่น ปวด บวม แดง บริเวณที่ฉีด มักเกิดขึ้นภายใน 5 วัน หลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

อาการที่รุนแรง (Serious reactions) จะพบได้น้อยหลังได้รับวัคซีน ส่วนใหญ่ของอาการที่พบแม้จะมีความรุนแรงขึ้น แต่มักจะเป็นอาการที่ไม่มีผลกระทบต่อในระยะยาว

**นิยามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ร้ายแรงสำหรับกรณีวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (serious AEFI)<sup>(1)</sup>** หมายถึง กรณีต่าง ๆ ดังนี้

1. เสียชีวิต
2. อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยกรณีวัคซีนโควิด-19 กลุ่มอาการต่อไปนี้ถือว่าร้ายแรง

2.1 เสียชีวิต (ภายใน 30 วัน หลังได้รับวัคซีนโควิด-19)

2.2 มีอาการที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือสงสัยว่ามีอาการที่อาจเข้าได้กับโรคหรือกลุ่มอาการต่อไปนี้

- การแพ้รุนแรง (anaphylaxis)
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น acute myocarditis, acute pericarditis, hypertensive urgency, malignant hypertension
- ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ acute respiratory distress syndrome (ARDS)
- ระบบประสาทและสมอง ได้แก่ transverse myelitis, Guillain Barre Syndrome (GBS), acute disseminated encephalomyelitis

(ADEM), encephalitis, stroke, meningoencephalitis, meningitis, Bell's palsy

- ระบบภูมิคุ้มกัน (serious immune mediated diseases) เช่น immune thrombocytopenic purpura (ITP)

- ระบบเลือด เช่น vaccine-induced Immune thrombotic thrombocytopenia (VITT), pulmonary embolism, deep vein thrombosis

### 2.3 พิจารณาหรือไร้ความสามารถ

2.4 พิจารณาแต่กำเนิด (กรณีที่ไม่ทราบผลตรวจมารดาที่ได้รับวัคซีน)

2.5 รับวัคซีนในโรงพยาบาล ด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับการได้รับวัคซีนมากกว่า 3 วัน

**การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล** เก็บรวบรวมข้อมูลจาก

1.ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ทั้งข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 U12.9)

2.แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ได้แก่

2.1 ฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immunization Center) โดยการให้ประชาชนรายงานอาการของตนเองผ่าน application หมอพร้อม หรือเจ้าหน้าที่รายงานผ่านระบบ MOPH-IC ซึ่งเป็นการรายงานอาการทั่วไปตามเวลาที่กำหนด ได้แก่ 30 นาที หลังฉีดของวันที่ 1,7 และ 30 ภายหลังได้รับวัคซีน เข็มที่ 1 และ 2 ในโปรแกรม (กรณีวัคซีน CoronaVac ของบริษัท Sinovac ให้รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์วันที่ 1 และ 7 สำหรับเข็มที่ 1 ใดๆก็ตามหากประชาชนมีอาการระหว่างวันที่กำหนดสามารถรายงานได้เช่นเดียวกัน

2.2 ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI-DDC) ของกรมควบคุมโรค โดยให้รายงานผ่านระบบ AEFI-DDC กรณีที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เข้าตามการวินิจฉัยเหตุการณ์ร้ายแรงหรือเสียชีวิต

โดยมีวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอน ดังนี้ 1) ประสานงานกับศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลลวารินชำราบ โดยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอเข้าถึงแหล่งข้อมูลทุติยภูมิของผู้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่หน่วยบริการโรงพยาบาลลวารินชำราบตั้งแต่ 6 เมษายน 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 2) รวบรวมข้อมูลผู้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมดที่หน่วยบริการโรงพยาบาลลวารินชำราบ ตั้งแต่ 6 เมษายน 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 3) คัดเลือกข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ มีผลการบันทึกที่สมบูรณ์ครบถ้วนเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด 19 และเลือกเฉพาะข้อมูลตามกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ชนิดของวัคซีน และอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนกับผู้ที่ได้รับวัคซีนทั้งหมด โดยนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI) และใช้สถิติ Multiple logistic regression สำหรับนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ที่ปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นด้วย Adjusted Odds Ratio (aOR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI)

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ. UB 2566 - 150 วันที่รับรอง 22 พฤศจิกายน 2566

## ผลการศึกษา

จากการดำเนินงานฉีดวัคซีนโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 ในโรงพยาบาลวารินชำราบและเครือข่ายให้บริการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 ถึงเข็มที่ 5 รวมทั้งหมด 141,143 โดส

แบ่งเป็นเข็มที่ 1 2 3 4 และ 5 จำนวน 55,363 54,254 28,282 2,995 และ 249 โดส ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 8,094 เหตุการณ์ (ทั้งหมด 13,411 อาการ) พบในเพศหญิงมากกว่าชาย พบในทุกช่วงอายุในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ค่าเฉลี่ยอายุ 35.6 ปี (ตารางที่ 1) เกือบทั้งหมดเกิดหลังจากฉีดมากกว่า 30 นาที จำนวน 8,012 ราย (ร้อยละ 99) จำแนกตามชนิดของวัคซีนและความรุนแรง (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 1** ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิด AEFI หลังได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ทั้งหมด (ทั้งร้ายแรงและไม่ร้ายแรง) โรงพยาบาลวารินชำราบและเครือข่าย (ผู้ป่วย 8,094 ราย)

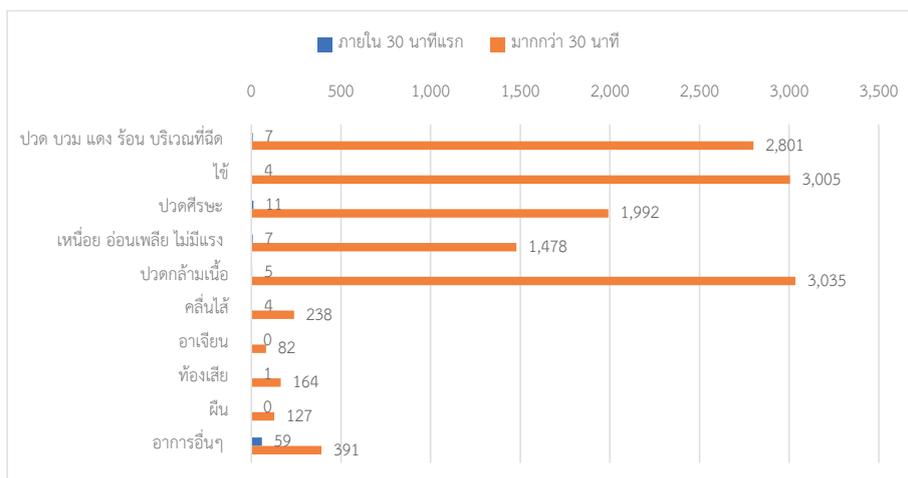
ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิด AEFI	จำนวน	ร้อยละ	OR (95% CI)	aOR (95% CI)
<b>เพศ</b>				
หญิง	5,244	64.8	2.20 (2.10-2.31)	2.22 (2.07-2.34)
ชาย	2,850	35.2		
<b>ช่วงอายุ (ค่าเฉลี่ย 35.6 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.3 ปี)</b>				
≥60 ปี ขึ้นไป	718	8.9	0.80 (0.73-0.88)	0.63 (0.52-0.74)
50 – 59 ปี	887	11.0	1.22 (1.12-1.34)	1.36 (1.30-1.42)
40 – 49 ปี	1,445	17.9	1.84 (1.70-2.00)	2.07 (1.96-2.18)
30 – 39 ปี	1,775	21.9	2.27 (2.10-2.46)	2.51 (2.32-2.71)
18 – 29 ปี	2,189	27.0	2.26 (2.09-2.43)	2.49 (2.31-2.67)
ต่ำกว่า 18 ปี	1,080	13.3		
<b>ประเภท</b>				
บุคคลที่มีโรคประจำตัว	774	9.6	1.55 (1.44-1.68)	1.67 (1.45-1.81)
ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป	577	7.1	1.16 (1.06-1.26)	1.21 (1.03-1.40)
บุคลากรทางการแพทย์	424	5.2	8.51 (7.49-9.67)	8.73 (7.59-9.88)
เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคโควิด 19	375	4.6	9.41 (8.17-10.83)	9.65 (8.23-10.91)
หญิงตั้งครรภ์	14	0.2	0.80 (0.47-1.37)	-
ประชาชนทั่วไป	5,930	73.3		

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิด AEFI	จำนวน	ร้อยละ	OR (95% CI)	aOR (95% CI)
เข็มที่				
1	2,640	32.6	0.74 (0.45-1.23)	-
2	2,771	34.2	0.79 (0.48-1.32)	-
3	2,409	29.8	1.33 (0.80-2.26)	-
4	258	3.2	1.34 (0.49-2.05)	-
5	16	0.2		

ตารางที่ 2 จำนวนและอุบัติการณ์ของการเกิด AEFI จากวัคซีนโควิด-19 จำแนกตามชนิดของวัคซีนและความร้ายแรงในผู้ที่รับการฉีดวัคซีนในหน่วยบริการของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลและเครือข่าย

ชนิดของวัคซีน	จำนวน	การเกิด AEFI ไม่ร้ายแรง		การเกิด AEFI ร้ายแรง		การเกิด AEFI ทั้งหมด	
		จำนวน เหตุการณ์	อุบัติการณ์ของการเกิด AEFI ต่อหมื่นโดส	จำนวน เหตุการณ์	อุบัติการณ์ของการเกิด AEFI ต่อหมื่นโดส	จำนวน เหตุการณ์	อุบัติการณ์ของการเกิด AEFI ต่อหมื่นโดส
Astrazeneca	41,269	2,439	591.0	10	2.4	2,449	593.4
Moderna	4,222	500	1,184.3	1	2.3	501	1,186.6
Pfizer	67,938	4,060	597.6	4	0.6	4,064	598.2
Sinopharm	1,227	15	122.3	1	8.1	16	130.4
Sinovac	26,487	1,059	399.8	5	1.9	1,064	401.7
<b>รวม</b>	<b>141,143</b>	<b>8,073</b>	<b>572.0</b>	<b>21</b>	<b>1.5</b>	<b>8,094</b>	<b>573.5</b>

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ ไข้ และอาการเฉพาะที่ (ปวด บวมแดง ร้อน คันที่ฉีด) คิดเป็นร้อยละ 20.9 – 22.7 (ภาพที่ 1)



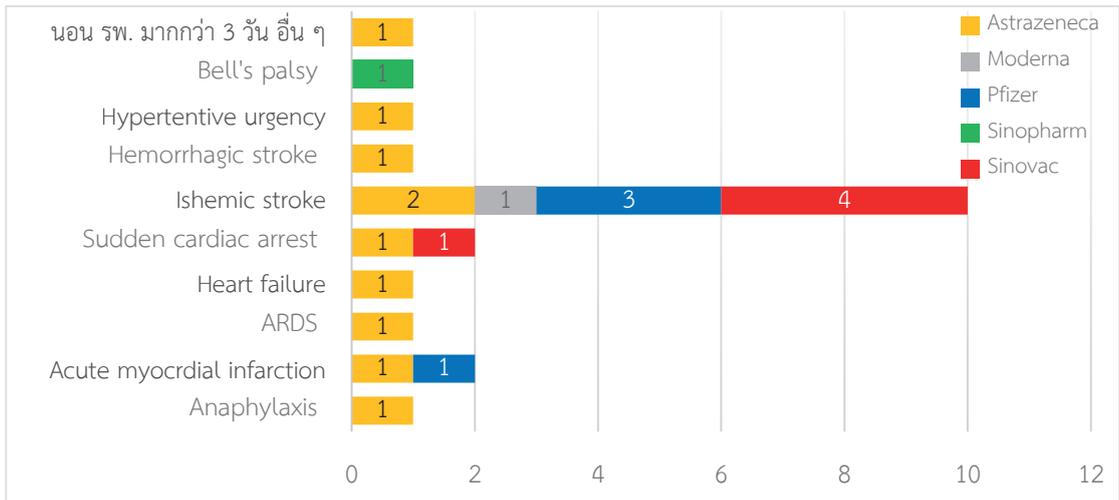
ภาพที่ 1 อาการของผู้ป่วยที่เกิด AEFI หลังได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ตามระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ

การเกิด AEFI ร้ายแรงในกรณีที่นอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า 3 วัน พบ 21 รายงาน โดยพบเพศหญิงเท่ากับเพศชาย พบใน ผู้มีโรคประจำตัวเท่ากับที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เกิดหลังได้รับวัคซีนเข็ม 1 (ตารางที่ 3) ภาวะ stroke เป็น AEFI ร้ายแรงที่พบมากที่สุด จำนวน 11 ราย แบ่งเป็นชนิด ischemic stroke 10 ราย

พบในวัคซีน Sinovac มากที่สุด (4 ราย) และ ชนิด hemorrhagic stroke 1 ราย พบในวัคซีน Astrazeneca และพบผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย ใน วัคซีน Astrazeneca และ Sinovac ไม่พบภาวะ Myocarditis/Pericarditis ที่เป็นภาวะแทรกซ้อน สำคัญของวัคซีนชนิด mRNA (ภาพที่ 2)

**ตารางที่ 3** ลักษณะของผู้ป่วยที่เกิด AEFI ที่ร้ายแรงหลังได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 โรงพยาบาลวารินชำราบ และเครือข่าย (ผู้ป่วย 21 ราย)

ลักษณะของผู้ป่วยที่เกิด AEFI	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	11	52.4
ชาย	10	47.6
ช่วงอายุ		
≥60 ปี ขึ้นไป	4	19.0
50 – 59 ปี	7	33.3
40 – 49 ปี	3	14.3
30 – 39 ปี	4	19.1
18 – 29 ปี	3	14.3
โรคประจำตัว		
ไม่มี	10	52.4
มี	11	47.6
เข็มที่		
1	12	57.1
2	8	38.1
3	1	4.8



ภาพที่ 2 อาการของผู้ป่วยที่เกิด AEFI ร้ายแรงหลังได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ตามชนิดของวัคซีน

### วิจารณ์

การศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่การประเมินอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงระหว่าง 6 เมษายน 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 ผลลัพธ์ของการศึกษานี้มีความสำคัญต่อความเข้าใจความปลอดภัยของวัคซีนโควิด-19 และสนับสนุนการตัดสินใจด้านนโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการใช้วัคซีน ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 รวมทั้งหมด 141,143 โดส พบรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ทั้งหมด 8,094 รายงาน (คิดเป็นร้อยละ 5.7) โดย 8,073 รายงาน (ร้อยละ 99.7) ไม่ร้ายแรง เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด ไข้ ซึ่งหายเองได้ และ 21 รายงาน (ร้อยละ 0.3) ร้ายแรง พบว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ต่ำกว่าการศึกษาของพิมผกาและคณะ<sup>(6)</sup> (ร้อยละ 31.4) แต่สูงกว่าการศึกษาของจันทร์จิราและคณะ<sup>(7)</sup> (ร้อยละ 0.1) เนื่องจากความแตกต่างของเกณฑ์ในการเก็บ

รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และระยะเวลาที่เก็บข้อมูล โดยการศึกษานี้ใช้การรายงานอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด-19 จากระบบหมอพร้อม และศูนย์เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีนของโรงพยาบาลวารินชำราบ และมีระยะเวลาที่เก็บข้อมูลที่ยาวกว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนโควิด-19 มากกว่าเพศชาย ในขณะที่กลุ่มอายุ 18-29 ปี และ 30-49 ปี มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นในการเกิด AEFI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของพิมผกาและคณะ<sup>(6)</sup> ในขณะที่ผู้สูงอายุ ( $\geq 60$  ปี) มีความเสี่ยงต่ำที่สุดในการเกิด AEFI และเป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด 19 มีความเสี่ยงสูงมาก ซึ่งอาจเป็นผลจากการสัมผัสกับวัคซีนบ่อย และความตระหนักในการรายงานมากกว่าประชาชนทั่วไป ไม่พบความแตกต่างของจำนวนเข็มของวัคซีน และเหตุการณ์เกือบทั้งหมดเกิดหลังจาก 30 นาที โดยอุบัติการณ์ของการเกิด AEFI พบในวัคซีนกลุ่ม mRNA มากกว่า ได้แก่ วัคซีน Moderna เท่ากับ 1,186.6 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส รองลงมาคือวัคซีน Pfizer

และ AstraZeneca เท่ากับ 598.2 และ 593.4 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าวัคซีนชนิดเชื้อตาย ได้แก่ Sinovac และ Sinopharm แต่ถ้าพิจารณาเฉพาะอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงพบ 1.5 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>(6-9)</sup> เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่พบ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (11 รายงาน) ซึ่งพบมากที่สุดใ้ในวัคซีน Sinovac รองลงมาคือวัคซีน Pfizer และ AstraZeneca ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (2 รายงาน) ภาวะหัวใจล้มเหลว (1 รายงาน) ความดันโลหิตสูงวิกฤติ (1 รายงาน) ภาวะ ARDS (1 รายงาน) ภูมิแพ้เฉียบพลันรุนแรง (1 รายงาน) สมอองอักเสบ (1 รายงาน) และเสียชีวิต (2 รายงาน) โดยเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจะมีเภสัชกรคัดกรองและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการได้รับวัคซีนหรือเปลี่ยนชนิดของวัคซีน

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า วัคซีนโควิด-19 ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันโรค พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้บ่อย แต่เกือบทั้งหมดไม่ร้ายแรง โดยรวมจึงมีความปลอดภัยสำหรับผู้รับวัคซีน อย่างไรก็ตาม ในประชากรบางกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เช่น เพศหญิง ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัว นอกจากประชาชนกลุ่มดังกล่าวควรมีความตระหนักถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นแล้ว แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขควรให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้รับวัคซีน<sup>(10)</sup> รวมถึงการเลือกสูตรวัคซีนไขว้ที่มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ได้น้อยกว่า เช่น สูตรที่ใช้วัคซีนชนิดเชื้อตาย<sup>(11)</sup>

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ประการแรก ข้อมูลมาจากระบบ MOPH-IC ที่รายงานโดยประชาชนเองอาจไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง อาจ

เกิดจากขาดความตระหนักหรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยี<sup>(12)</sup> ในขณะที่ระบบ AEFI-DDC ให้รายงานกรณีที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เข้าตามการวินิจฉัยเหตุการณ์ร้ายแรงหรือเสียชีวิต ทำให้ไม่มีรายงานผลข้างเคียงที่ไม่ร้ายแรงที่พบบ่อยกว่าและเป็นข้อกังวลของประชาชนได้ ควรมีการพัฒนาระบบรายงานที่ครอบคลุมในอนาคต ประการที่สอง การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนหลัง อาจมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มาจากพื้นที่อำเภอวารินชำราบเท่านั้น อาจไม่สามารถสรุปผลไปยังประชากรทั่วไปได้ รวมถึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างวัคซีนกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนได้

### ข้อเสนอแนะ

วัคซีนโควิด-19 ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันโรคพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้บ่อย แต่เกือบทั้งหมดไม่ร้ายแรง นอกจากประชาชนควรตระหนักถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นแล้ว แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขควรให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้รับวัคซีน

### เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาคติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังและตอบโต้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองระบาคติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2565]. 122 หน้า. เข้าใจได้จาก: <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/104>

2. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *New England Journal of Medicine* 2020; 383(27):2603-15.
3. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, et al. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *New England Journal of Medicine* 2021; 384(5):403-16.
4. Gee J, Paige Marquez, Su J, Calvert GM, Liu R, Myers T, et al. MMWR, First Month of COVID-19 Vaccine Safety Monitoring - United States, December 14, 2020–January 13, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 70(8):283-8.
5. Shimabukuro TT, Kim SY, Myers TR, Moro PL, Oduyebo T, Panagiotakopoulos L, et al. Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons. *New England Journal of Medicine* 2021; 384(24):2273-82.
6. พิมพ์กา อินทวงศ์. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา* 2565; 2(1):28-40.
7. จันทร์จิรา ขอบประดิษฐ์, ธนภร ลิขิตเทียนทอง, วิรัชย์ สันทอง. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ณ โรงพยาบาลสมุทรสาคร. *หัวหินเวชสาร* 2022; 2(3): 52-70.
8. สุภาพร จิรมหาศาล. ผลการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 (AEFI) ของผู้รับบริการฉีดวัคซีน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน* 2565; 7(2):11-21.
9. ภาวินี ดั่งเงิน, ศรีัญญา ไชยยา, อภิญญา ปัญจามพัฒนา, สมคิด ไกรพัฒนพงศ์, สุภาภรณ์ จุจันท์, ชันนารี พาชีเพชร. ผลการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม–31 ธันวาคม 2564, 10 เดือน ภายหลังการรณรงค์ฉีดวัคซีน. *วารสารรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์* 2565; 53(31):469-81.
10. คณะผู้เชี่ยวชาญเหตุการณ์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สถาบันประสาทวิทยา และกรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติสำหรับอาการไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรค กรณีปฏิกิริยาที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการฉีดวัคซีน กลุ่มอาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2566]. 9 หน้า. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1890920210607103300.pdf>
11. พูลสุข เจนพานิชย์วิสุทธิพันธ์, แสงทอง ชีระทองคำ, จิราพร ไลงิงเกอร์, วณาพรรณ ชื่นอิม, พลอยแก้ว จารูวร, สุนันท์ วงศ์วิศวะกร. การศึกษาอาการไม่พึงประสงค์และความไม่ปลอดภัย ภายหลังการรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามธิบดีกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร;

2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2566]. 78 หน้า.  
เข้าถึงได้จาก: [https://kb.hsri.or.th/  
dspace/handle/11228/5782](https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5782)

12. กนกพร ธีฎมณีสิน, ชัญญูรัชต์ นกศักดา. การพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2565; 4(2):127-34.

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรค  
จากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดยโสธร  
Development of Operational – potential Enhancement Model according  
to the Occupational Diseases and Environmental Diseases Control Act  
for Public Health Officials in Yasothon Province

วงศ์กร อังคะคำมูล

Wongsakorn Angkhakhumool

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร

Yasothon Provincial Public Health Office, Mueang Yasothon District, Yasothon Province

Correspondence to: wongsakorn.ang@gmail.com

Received: Sep 24, 2024 | Revised: Nov 21, 2024 | Accepted: Nov 25, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้กฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 2) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของการนำรูปแบบไปใช้ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดยโสธร ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน 2567 มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนด้วยการวิเคราะห์การรับรู้กฎหมายและความต้องการพัฒนาศักยภาพโดยการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย 75 คน และพัฒนารูปแบบด้วยการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คัดเลือกที่ปฏิบัติงานด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 21 คน 2) การนำรูปแบบไปใช้ โดยจัดกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย 65 คน 3) ประเมินประสิทธิผล และ 4) สะท้อนผลการใช้รูปแบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแนวทางสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้กฎหมายอยู่ระดับมาก ( $\bar{X}=3.75$ , S.D.=0.79) การปฏิบัติตามกฎหมาย อยู่ยาระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 77.4 ความต้องการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย ระดับมาก ( $\bar{X}=4.01$ , S.D.=0.70) รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย มีองค์ประกอบ 3 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมพัฒนาศักยภาพ การฝึกปฏิบัติจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง และฐานข้อมูลรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความรู้ก่อนอบรมและหลังอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.001$ ) ความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย ก่อนอบรมและหลังอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.001$ ) มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมของรูปแบบ

ระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$ =4.54, S.D.=0.45) การสะท้อนผลการใช้รูปแบบ พบว่า กิจกรรมของรูปแบบมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน และสนับสนุนการเตรียมความพร้อมต่อการปฏิบัติงานได้ มีความยืดหยุ่นที่เพิ่มเติมข้อมูลได้ ต่อเนื่อง ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ควรมีการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การเสริมสร้างศักยภาพ, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, กฎหมาย

## Abstract

This action research aimed to: 1) examine public health officers' perceptions of the Occupational Disease and Environmental Disease Control Act; 2) develop a model for enhance operational potential in compliance with the Act; and 3) evaluate the effectiveness of implementing a model among public health officers working in Yasothon Province. The study was conducted in four steps from April to September 2024: 1) Planning, including an analysis of public health officers' perceptions of the law and their training needs collected data by using questionnaire for 75 purposively sampled of public health officers, and the model's development through a participatory process involving 21 carefully selected public health officers focusing on occupational and environmental diseases; 2) the model's implementation through planned activities, involving 65 public health officers selected using a combination of purposive and simple random sampling; 3) an evaluation of the model's effectiveness; and 4) the reflection on the model's implementation involved collecting data through questionnaires and interview guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics, a paired t-test for quantitative data, and content analysis for qualitative data.

The results showed that participants had a high level of law perception ( $\bar{x}$ =3.75, S.D.=0.79). 77.4% perceived that compliance with the law was moderately to highly challenging. Participants expressed a high demand for capacity building to improve compliance ( $\bar{x}$ =4.01, S.D.=0.70). The model for enhancing operational potential included three components: training, practical exercises by self-directed learning, and a knowledge database. The results of the model's implementation showed a participants' knowledge before and after training showed a statistically significant difference ( $p < 0.001$ ). Participants' readiness to comply with the law before and after training showed a statistically significant difference ( $p < 0.001$ ). Participants rated their satisfaction with the model for enhancing operational potential at the highest level ( $\bar{x}$ =4.54, S.D.=0.45). The reflection for who using

the model revealed that the model's activities significantly improved work performance and supported participants' readiness for work, and it was flexible to add the new information continuously. Based on the data, it is recommended that the Yasothon Provincial Public Health Office continue to provide capacity-building opportunities for its public health officers.

**Keywords:** operational – potential enhancement, public health officers, occupational and environmental diseases, law

## บทนำ

ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 เพื่อกำหนดกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพแก่ลูกจ้าง หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชนที่ได้รับหรืออาจได้รับมลพิษ ให้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และกำหนดให้บุคคลที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่แจ้งหรือรายงานเกี่ยวกับการพบหรือมีเหตุสงสัยว่าเกิดโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือกรมควบคุมโรค เพื่อให้สามารถดำเนินการกับสถานการณ์การเกิดโรคดังกล่าวได้ทันทั่วทั้ง<sup>(1)</sup> มีการออกอนุบัญญัติ คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และกระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ถึงปัจจุบัน ให้แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม จังหวัด ขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพ จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ สนับสนุนให้มีการแจ้ง

การรายงาน การสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม และการสื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย<sup>(2,3)</sup> ความสำเร็จของการดำเนินงานตามกฎหมาย พบว่าทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด จัดทำสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฯ ดำเนินการได้ 64 จังหวัด การดำเนินงานที่ผ่านมาผู้ปฏิบัติงานยังพบปัญหาอุปสรรคด้านการตีความบทบัญญัติกฎหมาย แนวทางการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ข้อจำกัดและไม่ได้รับสนับสนุนงบประมาณ การสนับสนุนติดตามงานไม่ต่อเนื่อง และการสร้างความเข้าใจต่อการปฏิบัติงานตามกฎหมายที่ยังไม่ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง<sup>(4-8)</sup> การสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้กฎหมายมีการศึกษาที่หลากหลาย เช่น กฎหมายวิชาชีพ การสาธารณสุขชุมชน กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมายการป้องกันและแก้ไขปัญห การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายที่จำเพาะเจาะจง และมีการรับรู้กฎหมายแตกต่างกันไป ตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับมาก โดยยังพบปัญหาการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ขาดการประชาสัมพันธ์และสร้าง

ความเข้าใจ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง ขาดระบบกำกับติดตามและประเมินการขับเคลื่อน กฎหมาย และการพัฒนารูปแบบที่ชัดเจนต่อกฎหมายนั้นๆ<sup>(9-12)</sup> และยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการ ประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม รูปแบบ การเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ปรากฏอย่างชัดเจน แต่ มีการพัฒนาหลักสูตรพัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติ การควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรค จากสิ่งแวดล้อม<sup>(13)</sup> งานวิจัยที่ผ่านมารูปแบบการ เสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ เช่น การดำเนินงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัย การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การเสริมสร้างความรู้ รอบรู้ด้านสุขภาพ มีรูปแบบการอบรมให้ความรู้ การทำงานแบบบูรณาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การคัดเลือกพื้นที่นำร่อง และการติดตามประเมิน ผล<sup>(14-16)</sup>

ดังนั้นการขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมาย ว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและ โรคจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น เป้าหมายสำคัญที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ ปฏิบัติตามกฎหมาย และระดับพื้นที่มีสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด โดยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย เป็นหน่วยงานหลักขับเคลื่อน กลไกของกฎหมาย ผ่านหน่วยบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเป็นสำนักงาน เลขาธิการคณะกรรมการควบคุมโรคจากการ ประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด โดยจังหวัดยโสธร มีพื้นที่ 9 อำเภอ มีโรงพยาบาล ทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 112 แห่ง

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 2,816 คน<sup>(17)</sup> จากข้อจำกัดของการประเมินการรับรู้กฎหมาย และรูปแบบที่เสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตาม กฎหมายที่ยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจน ประกอบกับ หน้าที่รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและสร้างความ เข้าใจการปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด จึงมีความ จำเป็นต้องมีการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมาย วิเคราะห์ความต้องการพัฒนาศักยภาพการ ดำเนินงานตามกฎหมาย เพื่อพัฒนารูปแบบการ เสริมสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ สามารถปฏิบัติงานได้ตามเจตนารมณ์และแนวทาง ที่กฎหมายกำหนดให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์

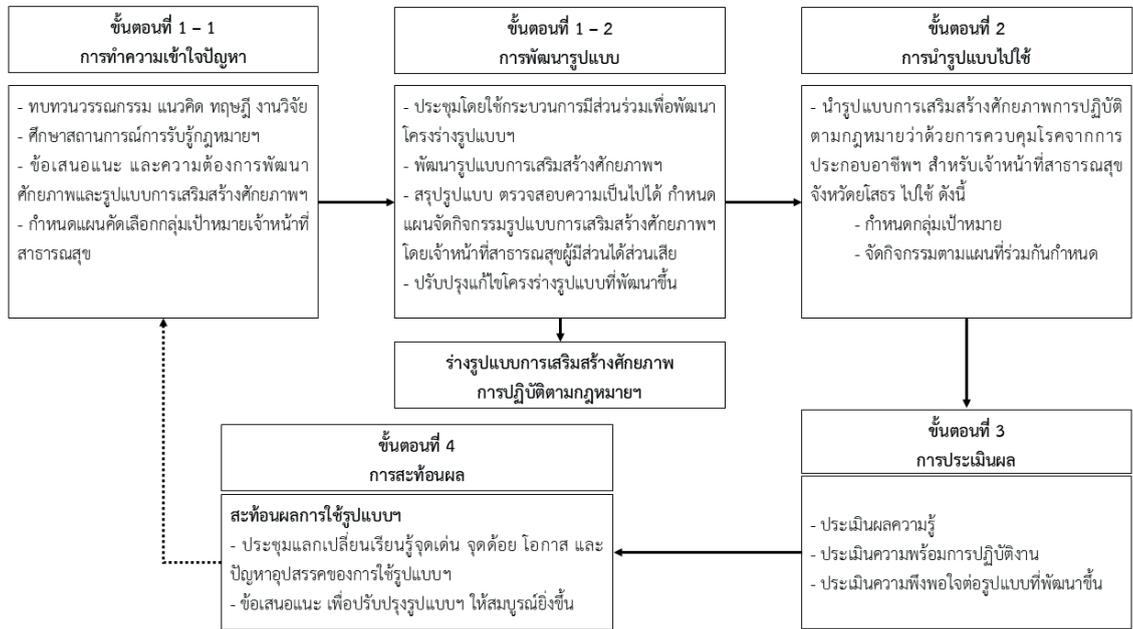
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การรับรู้กฎหมายว่า ด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรค จากสิ่งแวดล้อม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัด ยโสธร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ การปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจาก การประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ของเจ้า หน้าที่สาธารณสุข จังหวัดยโสธร
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนำรูปแบบ การเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายว่า ด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรค จากสิ่งแวดล้อม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัด ยโสธรไปใช้

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประยุกต์ใช้แนวคิด ของ Lewin<sup>(18-19)</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การ วิเคราะห์ทำความเข้าใจปัญหาและวางแผนพัฒนา

รูปแบบ การนำไปปฏิบัติ การสังเกตและประเมินผล และการสะท้อนกลับ เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการ

ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดยโสธร ดังนี้



### วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนด้วยการวิเคราะห์การรับรู้กฎหมาย และพัฒนารูปแบบฯ 2) การนำรูปแบบฯ ไปใช้ 3) ประเมินผล และ 4) สะท้อนผลการใช้รูปแบบฯ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน 2567 ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 - 1 การวางแผนด้วยการวิเคราะห์การรับรู้กฎหมายและความต้องการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย**

ประชากร คัดเลือกเจาะจง คือ เจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดยโสธร และ/หรือผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

6 คน โรงพยาบาลทั่วไป 12 คน โรงพยาบาลชุมชน 16 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 64 คน รวมจำนวน 107 คน และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดประชากร<sup>(20)</sup> ตามสูตรคำนวณและการแทนค่า เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง N คือ จำนวนประชากร 107 คน  $Z_{\alpha/2}$  คือ สถิติค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96 e คือ ค่าความคาดเคลื่อนจากการคำนวณตัวอย่างเท่ากับ 0.13 และ  $\sigma$  คือ ค่าความแปรปรวนการรับรู้วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนระดับดี<sup>(9)</sup> เท่ากับ 0.87

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{[e^2(N-1)] + [Z^2\sigma^2]} \quad \text{แทนค่า } n = \frac{107(1.96)^2(0.87)^2}{[(0.13)^2(107-1)] + [(1.96)^2(0.87)^2]} = 66.4 \approx 67 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยเพิ่มสัดส่วนของการสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จึงได้ขนาดตัวอย่าง รวมจำนวน 75 คน และสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยเก็บให้ครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

การเก็บรวบรวมโดยประสานหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มี 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ 2) การรับรู้กฎหมาย 20 ข้อ แบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด 3) ช่องทางการรับรู้ข้อมูลกฎหมาย 5 ข้อเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ การเคยรู้กฎหมาย ความยุ่งยากการเข้าถึงข้อมูล ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล การใช้ประโยชน์ของข้อมูล และความยุ่งยากของการปฏิบัติตามกฎหมาย และ 4) ความต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.88-1.00 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.97 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป และส่วนที่ 3 ช่องทางการรับรู้ข้อมูลกฎหมาย ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้กฎหมาย และส่วนที่ 4 ระดับความต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลเป็นระดับอันตรภาค<sup>(21)</sup> ได้แก่ ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย

1.81-2.60 และระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 ตามลำดับ

### ขั้นตอนที่ 1 – 2 พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย

1) แหล่งข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการศึกษาแนวคิดการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านต่างๆ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับข้อสรุปของสถานการณ์การรับรู้กฎหมายและความต้องการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายฯ ในขั้นตอนที่ 1-1

2) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายฯ โดยการประชุมกลุ่มระดมสมองกับกลุ่มเป้าหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 21 คน คือ ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหาร 1 คน ผู้ปฏิบัติงาน 1 คน โรงพยาบาลทั่วไป 1 คน โรงพยาบาลชุมชน 9 คน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 คน ดังนี้

2.1) คัดเลือกข้อมูลสถานการณ์การรับรู้กฎหมายและความต้องการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายฯ ให้กลุ่มเป้าหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับทราบและได้แลกเปลี่ยนความเป็นไปได้ของรูปแบบ

2.2) ร่วมกำหนดรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายฯ และประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความมีประโยชน์ของรูปแบบ

3) นำรูปแบบฯ ที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมากำหนดแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มเป้าหมาย จนได้รูปแบบฯ ขึ้นตอนการนำไปใช้ และการประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือแนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่ประยุกต์มาจากทบทวนวรรณกรรม<sup>(22)</sup> ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามกฎหมายฯ ความคิดเห็นต่อกิจกรรมของรูปแบบฯ และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบฯ และได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 ข้อมูลที่ได้จากการจัดประชุมสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำมาสรุปประเด็นรูปแบบฯ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

### ขั้นตอนที่ 2 การนำรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายฯ ไปใช้

ประชากร คัดเลือกเจาะจง คือ เจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบ

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2\sigma^2}{[e^2(N-1)] + [Z^2\alpha/2\sigma^2]} \quad \text{แทนค่า } n = \frac{107(1.96)^2(1.3)^2}{[(0.2)^2(107-1)] + [(1.96)^2(1.3)^2]} = 64.7 \approx 65 \text{ คน}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่พัฒนาขึ้นจากขั้นตอนที่ 1-2 โดยมีกระบวนการนำไปใช้ ดังนี้

1) ผู้วิจัยประสานงานกลุ่มเป้าหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลงทะเบียนเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพ

2) ผู้วิจัยชี้แจงรูปแบบฯ ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบฯ ให้กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 65 คน ทราบและขอความยินยอมในการเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนของการใช้รูปแบบฯ

อาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดยโสธร และ/หรือผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย จากขั้นตอนที่ 1-1 จำนวน 107 คน และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 65 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดประชากร<sup>(20)</sup> และทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยเก็บให้ครบตามจำนวนที่ต้องการตามสูตรคำนวณและการแทนค่า เมื่อ  $n$  คือ ขนาดตัวอย่าง  $N$  คือ จำนวนประชากร 107 คน  $Z_{\alpha/2}$  คือ สถิติค่า  $Z$  ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96  $e$  คือ ค่าความคาดเคลื่อนจากการคำนวณตัวอย่าง เท่ากับ 0.2 และ  $\sigma$  คือ ค่าความแปรปรวนคะแนนความรู้หลังการอบรมหลักสูตรหน่วยปฏิบัติการ<sup>(13)</sup> เท่ากับ 1.3

3) จัดกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพองค์ความรู้ โดยผู้วิจัยประสานงานเป็นทางการกลุ่มเป้าหมายผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นวิทยากรในกิจกรรมการอบรม

4) ก่อนการจัดกิจกรรม ให้กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามประเมินความรู้กฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมและความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม

5) ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของรูปแบบฯ ที่นำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย 65 คน มีกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพด้านความรู้ด้วยการอบรมพัฒนาศักยภาพ จำนวน 1 ครั้ง รวม 6 ชั่วโมง กิจกรรมการ

เสริมสร้างความพร้อมการปฏิบัติงานด้วยการฝึกปฏิบัติจากการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านกรณีตัวอย่างจำนวน 6 ชั่วโมง และกิจกรรมการเสริมสร้างการเข้าถึงแหล่งข้อมูลองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน

### ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

การประเมินผลตามกิจกรรมของรูปแบบฯ ที่นำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 65 คน จากขั้นตอนที่ 2 ประกอบด้วย ประเมินผลความรู้ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพองค์ความรู้ ประเมินความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมายฯ ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมตามขั้นตอนของรูปแบบฯ ที่นำไปใช้ และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความรู้กฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 15 ข้อ ลักษณะถูก/ผิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ตอบใช่ 1 คะแนน ไม่ใช่ 0 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ ตอบใช่ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ 1 คะแนน

2) แบบสอบถามความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 10 ข้อ ลักษณะเลือกคำตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ มี 2 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ และ (2) ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ 15 ข้อ มี 3 ด้าน คือ การพัฒนาศักยภาพ 5 ข้อ การพัฒนาฐานข้อมูล 5 ข้อ และการเรียนรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง 5 ข้อ ลักษณะเลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) แบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.80-1.00 แบบสอบถามความพร้อมฯ เท่ากับ 1.00 และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.80-1.00 และทดสอบค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า Cronbach's alpha แบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.97 แบบสอบถามความพร้อมฯ เท่ากับ 0.97 และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขึ้นก่อนทดลอง จัดประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงกิจกรรมของรูปแบบฯ และตอบแบบสอบถามความรู้กฎหมายฯ และความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมายฯ ในขั้นทดลอง ได้นำรูปแบบฯ มาจัดกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ได้แก่ การอบรมพัฒนาศักยภาพ การเรียนรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และการเข้าถึงฐานข้อมูลและขั้นหลังทดลอง ให้ตอบแบบสอบถามความรู้กฎหมายฯ แบบสอบถามความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมายฯ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับความรู้กฎหมาย ด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลระดับความรู้ ด้วยอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ<sup>(9)</sup> คือ สูง คะแนนเฉลี่ย 11-15 ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6-10 และต่ำ คะแนนเฉลี่ย 0-5 วิเคราะห์ความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย และความพึงพอใจ ด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลระดับความพร้อมและความพึงพอใจ ด้วยอันตรายภาคชั้น 5 ระดับ<sup>(13)</sup> คือ มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 มาก คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 น้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 และน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ประสิทธิผลของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กฎหมายและความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired T-Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการใช้รูปแบบฯ

เป็นการสะท้อนผลใช้รูปแบบฯ โดยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมในการนำรูปแบบไปใช้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม 4 ประเด็น ได้แก่ จุดแข็งหรือจุดเด่น จุดอ่อนหรือจุดด้อย โอกาสในการพัฒนา และอุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดของการนำรูปแบบไปใช้ โดยข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนำไปสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จัดหมวดหมู่ของข้อมูลตามวัตถุประสงค์

จริยธรรมวิจัย โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร หนังสือรับรองที่ 6761/2567 เลขที่ HE 6761 ลงวันที่ 17 เมษายน 2567

#### ผลการวิจัย

1. การรับรู้กฎหมายและความต้องการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.7 มีอายุเฉลี่ย  $39.24 \pm 10.23$  ปี เป็นนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 58.7

รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 40.0 และ นายแพทย์ ร้อยละ 1.3 ตามลำดับ ปฏิบัติงานสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากที่สุด ร้อยละ 38.7 มีประสบการณ์ทำงานด้านอาชีวอนามัยหรือโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เฉลี่ย  $4.88 \pm 7.43$  มีประสบการณ์ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.7 และน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 45.3 ตามลำดับ

การรับรู้กฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พบว่า ภาพรวมมีการรับรู้ระดับมาก ( $\bar{X}=3.75$ , S.D.=0.79) (ดังตารางที่ 1) ด้านช่องทางการรับรู้ข้อมูลกฎหมาย ร้อยละ 90.7 เคยได้ยินกฎหมาย พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 มีความยุ่งยากในการปฏิบัติตามกฎหมายปานกลางถึงมาก ร้อยละ 77.4 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม มีความยุ่งยากระดับปานกลาง ร้อยละ 52.0 มีช่องทางเข้าถึง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) จากสื่อออนไลน์ต่างๆ ร้อยละ 80.0 เว็บไซต์ของกรมควบคุมโรค ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ เว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 76.0 เอกสารแจก ร้อยละ 76.0 การประชุมอบรม ร้อยละ 74.7 วารสารวิชาการ ร้อยละ 58.7 รายงานประจำปี ร้อยละ 50.7 และ ผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ร้อยละ 29.3 ตามลำดับ การใช้ประโยชน์จากข้อมูล เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน ร้อยละ 84.0 รองลงมาคือ สื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 77.3 และการอ้างอิง ร้อยละ 70.7 ตามลำดับ

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้กฎหมายฯ ภาพรวม (n=75)

ระดับการรับรู้กฎหมาย	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	5	6.7
ปานกลาง	22	29.3
มาก	29	38.7
มากที่สุด	19	25.3

$\bar{X} = 3.75$ , S.D. = 0.79 แปลผลภาพรวม ระดับมาก

ความต้องการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติ ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการ ประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ภาพรวม อยู่ระดับมาก ( $\bar{X} = 4.01$ , S.D.=0.70) (ดังตารางที่ 2) ความต้องการด้านรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ ทุกข้ออยู่ระดับมาก ได้แก่ อบรมเพิ่มความรู้ ฐาน ข้อมูลความรู้ คู่มือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ฝึกปฏิบัติการ ด้านการสอบสวนโรค และการเรียนรู้จากกรณี

ตัวอย่าง และความต้องการด้านหัวข้อการพัฒนา ศักยภาพ ทุกข้ออยู่ระดับมาก ได้แก่ การแจ้ง การรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและโรค จากสิ่งแวดล้อม รองลงมาคือ การสอบสวนโรคจาก การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ความรู้เรื่องโรค จากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หน้าที่และ อำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย และ เจตนาของกฎหมาย ตามลำดับ

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลความต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการปฏิบัติ ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม รายด้าน และภาพรวม (n=75)

ระดับความต้องการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ	3.98	0.73	มาก
ด้านหัวข้อการพัฒนาศักยภาพ	4.03	0.72	มาก
ภาพรวม	4.01	0.70	มาก

**2. รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตาม กฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบ อาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม** จากการคืน ข้อมูลการรับรู้กฎหมายและความต้องการพัฒนา ศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายฯ พบว่า การรับรู้ กฎหมายภาพรวมอยู่ระดับมาก แต่ความคิดเห็นต่อ การปฏิบัติตามกฎหมายยังมีความยุ่งยากปานกลาง ถึงมาก ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลกระจัดกระจาย

หลากหลายแหล่งเข้าถึง เมื่อต้องการใช้เพื่อปฏิบัติ งานต้องเข้าถึงจากหลายแหล่งข้อมูล และความ ต้องพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย มี ความต้องการอบรมพัฒนาศักยภาพ ฐานข้อมูลองค์ ความรู้ที่เกี่ยวข้อง คู่มือปฏิบัติงาน ฝึกปฏิบัติการ ด้านการสอบสวนโรค และเรียนรู้จากกรณีตัวอย่าง กลุ่มเป้าหมายในที่ประชุมได้แลกเปลี่ยนและให้ข้อ เสนอแนะ ดังนี้

1) สภาพปัญหาด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย พบว่า งานด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมเป็นงานที่มีความท้าทาย และหน่วยบริการสุขภาพมีผู้รับผิดชอบงานเพียง 1 คน และมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อยครั้ง และ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายใหม่ที่ยังไม่เคยได้รับการอบรมและทำความเข้าใจถึงหลักการของกฎหมายอย่างจริงจัง (ดังตัวอย่างข้อมูล)

“...กฎหมายนี้เป็นกฎหมายใหม่ ยังไม่เคยได้อบรม ทำความเข้าใจ จริงจัง...”

“คนรับผิดชอบงานเปลี่ยนบ่อย สสอ.รพ.สต. มีคนรับงานคนเดียว ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง”

2) ข้อเสนอต่อการพัฒนารูปแบบฯ เห็นด้วยกับความต้องการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย ประกอบด้วย การอบรมพัฒนาศักยภาพการมีฐานข้อมูลที่รวบรวมแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และการได้ฝึกปฏิบัติเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้กรณีตัวอย่าง (ดังตัวอย่างข้อมูล)

“จริงๆ เห็นด้วยกับความต้องการ ต้องอบรมให้เจ้าหน้าที่ได้เข้าใจก่อน...”

“อยากให้รวมองค์ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายไว้ในฐานเดียว...”

“กิจกรรมสอดคล้องการทำงาน เจ้าหน้าที่ควรได้อบรม ฐานข้อมูลเข้าถึงได้ง่าย และได้เรียนรู้ฝึกปฏิบัติ”

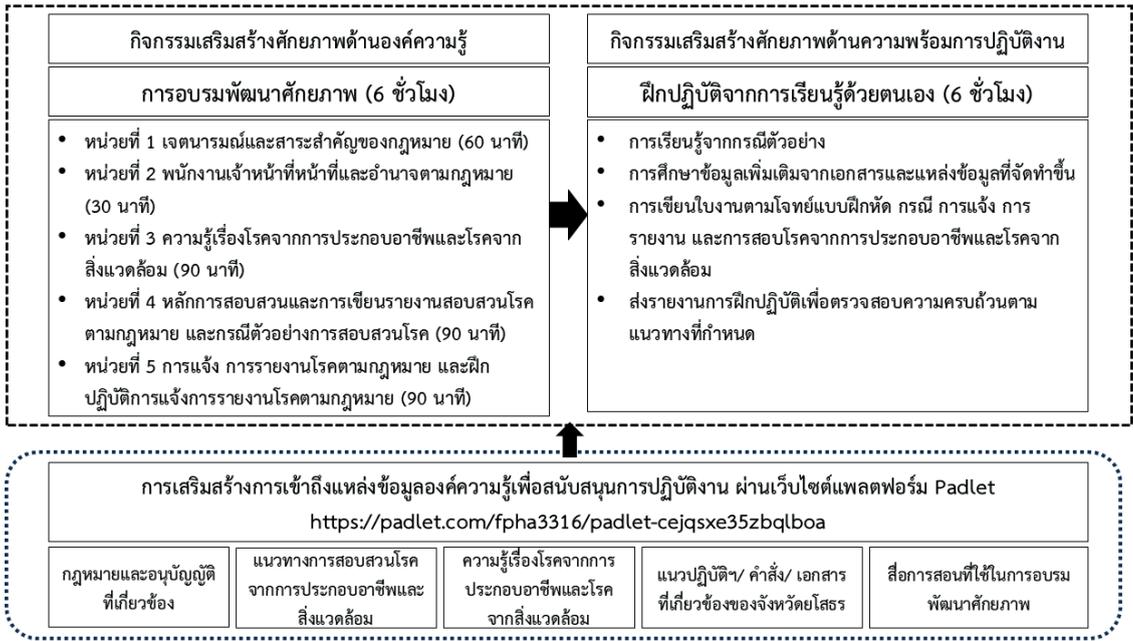
“หัวข้อก็ครอบคลุม เป็นประโยชน์อย่างมาก”

3) ข้อเสนอปรับเปลี่ยนฯ และการนำไปใช้ ได้แก่ กิจกรรมการอบรมพัฒนาศักยภาพ กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเรียนรู้ด้วยตนเองจากกรณีตัวอย่าง และจัดทำฐานข้อมูลที่รวบรวมแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ดังนี้

กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ด้วยการอบรมพัฒนาศักยภาพ จำนวน 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย หน่วยที่ 1 เจตนารมณ์และสาระสำคัญของกฎหมาย (60 นาที) หน่วยที่ 2 พนักงานเจ้าหน้าที่หน้าที่และอำนาจตามกฎหมาย (30 นาที) หน่วยที่ 3 ความรู้เรื่องโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม (90 นาที) หน่วยที่ 4 หลักการสอบสวนและการเขียนรายงานสอบสวนโรคตามกฎหมายและกรณีตัวอย่างการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม (90 นาที) หน่วยที่ 5 การแจ้ง การรายงานโรคตามกฎหมาย และฝึกปฏิบัติการแจ้งการรายงานโรคตามกฎหมาย (90 นาที)

กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้พร้อมการปฏิบัติงานด้วยการฝึกปฏิบัติจากการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านกรณีตัวอย่าง จำนวน 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย การเรียนรู้จากกรณีตัวอย่างและการเขียนใบงานตามโจทย์แบบฝึกหัด กรณี การแจ้ง การรายงาน และการสอบโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และให้ส่งรายงานการฝึกปฏิบัติให้ผู้วิจัยเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนด

กิจกรรมการเสริมสร้างการเข้าถึงแหล่งข้อมูลองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แพลตฟอร์มสำหรับรวบรวมแหล่งข้อมูลองค์ความรู้ด้วยเว็บไซต์แพลตฟอร์ม Padlet มีองค์ประกอบ 5 ส่วน ได้แก่ 1) กฎหมายและอนุบัญญัติ 2) แนวทางการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม 3) ความรู้โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 4) แนวปฏิบัติการแจ้ง การรายงาน และสอบสวนโรค และคำสั่ง/ เอกสารที่เกี่ยวข้องของจังหวัด ยโสธร และ 5) สื่อการสอนที่ใช้ในการอบรมพัฒนาศักยภาพ สรุปได้ดังนี้



### 3. ผลการประเมินผลของการนำรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ไปใช้

การอบรมพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.46 มีอายุเฉลี่ย  $36.05 \pm 9.18$  ปี ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 89.2 และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 10.8 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 49.2 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 18.5

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 12.3 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 10.8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 9.2 ตามลำดับ ฐานนิยมประสบการณ์ทำงานด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม 1 ปี ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) กล่าวคือ ความรู้หลังการอบรมพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนการอบรม (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพ (n=65)

ระดับความรู้	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	P-value
ก่อนอบรมพัฒนาศักยภาพ	12.12	2.59	8.03	0.001*
หลังอบรมพัฒนาศักยภาพ	14.57	0.72		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย ก่อนและหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $P < 0.001$ ) กล่าวคือ ความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย หลังการอบรมพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนการอบรม (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย ก่อนและหลังการเข้ารับ การอบรมพัฒนาศักยภาพ (n=65)

ระดับความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนการอบรมพัฒนาศักยภาพ	3.86	0.71	5.129	0.001*
หลังการอบรมพัฒนาศักยภาพ	4.21	0.65		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้าง ศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย พบว่า ภาพ รวมมีความพึงพอใจ อยู่ระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$ =4.54, S.D.= 0.45) เมื่อจำแนกเป็นรายกิจกรรมของ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีระดับความพึงพอใจ มากที่สุดทุกกิจกรรม (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการ เสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย รายด้านและภาพรวม (n=65)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรมของรูปแบบ			
	ด้านอบรมพัฒนา ศักยภาพ	ด้านการเข้าถึง แหล่งข้อมูล	ด้านฝึกปฏิบัติ เรียนรู้ตนเอง	ภาพรวม
น้อยที่สุด	-	-	-	-
น้อย	-	-	-	-
ปานกลาง	2 (3.1)	-	1 (1.5)	-
มาก	22 (33.8)	22 (33.8)	27 (41.5)	21 (32.3)
มากที่สุด	41 (63.1)	43 (66.2)	37 (56.9)	44 (67.7)
$\bar{X}$ , S.D.	4.52, 0.50	4.62, 0.44	4.48, 0.51	4.54, 0.45
แปลผล	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด

การสะท้อนผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้าง ศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย จากการประชุม แลกเปลี่ยนร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้ดังนี้

1. จุดเด่น คือ กิจกรรมของรูปแบบที่พัฒนา ขึ้นสามารถเสริมสร้างองค์ความรู้ และความพร้อม ในการปฏิบัติงานได้มากขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เรียนรู้กฎหมายมากขึ้น เนื้อหา มีความสอดคล้อง กับการปฏิบัติงานและความต้องการของเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน มีสื่อการสอนและวิธีการถ่ายทอดที่

ทันสมัยและเข้าใจง่าย การทำแบบทดสอบ การฝึก ปฏิบัติทำให้ได้ทบทวนการเรียนรู้ และฐานข้อมูล ทำให้เข้าถึงแหล่งความรู้เป็นประโยชน์ต่อการ ปฏิบัติงาน และมีความเหมาะสมกับเจ้าหน้าที่ผู้ รับผิดชอบงานหรือมีประสบการณ์น้อย (ดังตัวอย่าง ข้อมูล)

“...เนื้อหาตรงตามความต้องการ เพิ่มพูน ความรู้ และทบทวนเนื้อหาเพื่อใช้ในการทำงานได้”  
“เนื้อหา ตรง สั้น กระชับ ครบถ้วน” “วิธี

การนำเสนอชวนติดตาม ไม่น่าเบื่อ เข้าใจง่าย”

“...ช่วยการเตรียมความพร้อมงานอาชีวอนามัยในสถานบริการปฐมภูมิ มีความมั่นใจมากขึ้น”

“จุดเด่นคือมีการฝึกทำแบบทดสอบ และการทำแบบสอบถามโรคทำให้มีความเข้าใจได้ง่ายขึ้น”

“ฐานข้อมูล รวบรวมเอกสารไว้อย่างครบถ้วนและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงาน เข้าถึงง่าย”

“...เหมาะกับคนที่เรียนรู้อื่นใหม่และประสบการณ์น้อย ทำความเข้าใจง่าย มีประโยชน์”

2. จุดด้อยและอุปสรรคของการนำรูปแบบไปใช้ ประกอบด้วย เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต ทำให้กระบวนการเรียนรู้จำเป็นต้องมีการอบรมและปรับปรุงฐานข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และในพื้นที่อาจไม่มีเหตุการณ์ด้านโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมที่จะต้องดำเนินการ ด้านผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานหลายหน้าที่ การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง การไม่มีบุคลากรเฉพาะทางอาชีวเวชศาสตร์ที่จะวินิจฉัยได้ทันที รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายกับสถานประกอบการและความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นกรณีไม่มีสัญญาณอินเตอร์เน็ตก็ทำให้เข้าถึงไม่สะดวก

“เนื้อหายังมีอีกที่น่าสนใจ ซึ่งต้องได้อัพเดทใหม่หากกฎหมายออกมาเพิ่ม...”

“บางพื้นที่ไม่มีโรงงาน โรคบางโรคไม่พบในพื้นที่ ทำให้ไม่ได้ดำเนินการ...”

“รพ.สต. เปลี่ยนแปลงผู้รับงานบ่อย และภาระงานหลายหน้าที่ ทำให้ทำงานได้ไม่เต็มที่...”

“ไม่มีแพทย์และพยาบาลด้านอาชีวเวชศาสตร์ทำให้การดำเนินงานวินิจฉัยค่อนข้างช้า..”

“ความร่วมมือของสถานประกอบการ และเครือข่ายภายนอก ทำให้ปัญหาในการปฏิบัติ...”

“ฐานข้อมูลถ้าไม่มีเน็ตก็ใช้งานไม่ได้”

3. โอกาสในการพัฒนาและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ประกอบด้วย การจัดอบรมแบบผสมผสาน คือ อบรมออนไลน์ควบคู่กับการอบรมภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้ทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ และเพิ่มระยะเวลาการอบรมได้หากมีการเพิ่มเติมเนื้อหาการอบรมในครั้งต่อไป กิจกรรมและรายละเอียดที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการทำงานเมื่อเกิดเหตุการณ์รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการสอบสวนโรคในพื้นที่ได้ สามารถนำไปกำหนดมาตรการในการทำงานตามบริบทในพื้นที่ มีการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และการเพิ่มเติมเอกสารในฐานข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง

“ความรู้ พ.ร.บ.ฯ เจ้าหน้าที่ ต้องมีความรู้อย่างต่อเนื่อง ต้องอบรมพัฒนาศักยภาพทุกปี”

“นำความรู้ไปปรับใช้ในงานจริง ควรอบรมหัวข้อต่อไปอย่างต่อเนื่อง”

“อาจเพิ่มระยะเวลาการอบรม หากมีการอัปเดตกฎหมายใหม่”

“จัดได้ทั้งแบบออนไลน์และออนไซต์ แบ่งเป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ได้เรียนรู้มากขึ้น”

“เนื้อหาเป็นประโยชน์ต่อการทำงาน หากมีเหตุการณ์ในพื้นที่ก็สามารถทำได้”

“นำไปต่อยอดเป็นแนวทางมาตรการในพื้นที่ได้ตามบริบท”

“ฐานข้อมูล ทันสมัยน่าสนใจ และอัปเดตเอกสาร แนวปฏิบัติได้ตลอดถ้ามีการอัปเดต”

## วิจารณ์

1. การรับรู้การปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดยโสธร ภาพรวมอยู่ระดับมาก เป็นไปในทิศทางเดียว

กับข้อค้นพบ ร้อยละ 90.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน จังหวัดยโสธรเคยได้รับการสื่อสาร พ.ร.บ.ควบคุม โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 และสอดคล้องกับการวิจัยการรับรู้ กฎหมายอื่นๆ เช่น พระราชบัญญัติวิชาชีพการ สาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ซึ่งเจ้าหน้าที่มีการรับ รู้ภาพรวมระดับมาก<sup>(9)</sup> ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเป้าหมาย มีความจำเพาะเจาะจงเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามกฎหมายดังกล่าว แต่การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าการปฏิบัติตามกฎหมาย ว่าด้วยการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและ โรคจากสิ่งแวดล้อมมีความยุ่งยากปานกลาง ร้อยละ 62.7 และระดับมาก ร้อยละ 14.7 ทั้งนี้เนื่องมา จากการทำความเข้าใจประเด็นกฎหมายยังมีความ ยุ่งยาก ซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานขับเคลื่อน กฎหมายเป็นปัญหาด้านการตีความบทบัญญัติที่ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมาย<sup>(6-8)</sup>

2. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ การปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากข้อค้นพบของสถานการณ์ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความต้องการเสริม ศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายระดับมาก จาก การประชุมร่วมกับกลุ่มเป้าหมายทำให้รูปแบบการ เสริมสร้างศักยภาพ มีองค์ประกอบ 3 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมพัฒนาศักยภาพ การฝึกปฏิบัติ จากการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเสริมสร้าง การเข้าถึงแหล่งข้อมูลองค์ความรู้เพื่อสนับสนุน การปฏิบัติงาน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีบางกิจกรรม ที่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พัฒนารูปแบบ การเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานผ่าน

การอบรมให้ความรู้<sup>(14)</sup> และสอดคล้องกับข้อค้นพบ ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความต้องการอบรม ความรู้การปฏิบัติตามกฎหมาย การมีฐานข้อมูล รวบรวมแนวทางการดำเนินงาน คู่มือปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้อง การฝึกปฏิบัติและการเรียนรู้จากกรณี ตัวอย่าง ด้านกิจกรรมการเสริมสร้างการเข้าถึง แหล่งข้อมูลองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ งานได้ใช้เครื่องมือแพลตฟอร์มออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ Padlet ที่มีการใช้เพื่อจัดการเรียนการสอนและ พัฒนาหลักสูตรทางการศึกษา เป็นเครื่องมือที่ เสริมสร้างการเรียนรู้ได้หลายรูปแบบ เช่น การ อัปโหลดภาพ ลิงก์ การแนบเอกสาร เป็นต้น<sup>(23,24)</sup> สอดรับนโยบายสุขภาพดิจิทัลตามยุทธศาสตร์ สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564- 2568 ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำดิจิทัลมาใช้เพื่อ เพิ่มขีดความสามารถการปฏิบัติงานขององค์กร<sup>(25)</sup> องค์ประกอบของเนื้อหาได้รวบรวมองค์ความรู้ที่ สอดคล้องกับหลักสูตรพัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติ การควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรค จากสิ่งแวดล้อม<sup>(13)</sup> ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนา ต่อยอดเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผ่านการอบรม ในหลักสูตรที่กรมควบคุมโรคกำหนดได้

3. รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการ ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคจาก การประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม มีจุด เด่นที่กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้รูปแบบได้สะท้อนให้เห็น ว่ากิจกรรมที่พัฒนาขึ้น 3 กิจกรรม สามารถเสริม สร้างองค์ความรู้และความพร้อมต่อการปฏิบัติ งานได้มากขึ้น เกิดกระบวนการเรียนรู้และเข้าใจ กฎหมายมากขึ้น กระบวนการทำแบบทดสอบ และฝึกปฏิบัติทำให้ได้ทบทวนการเรียนรู้ และการ มีฐานข้อมูลให้เข้าถึงแหล่งความรู้เป็นประโยชน์ ต่อการปฏิบัติงาน การทดลองใช้รูปแบบยังพบว่า

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาหลักสูตรพัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม<sup>(13)</sup> พบว่าผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการพัฒนาศักยภาพด้วยรูปแบบการอบรมให้ความรู้มีจุดเด่นที่ทำให้ได้ง่ายมีความยืดหยุ่นสูงเมื่อมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหา และทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น<sup>(14,15,26)</sup> และเพิ่มศักยภาพให้มีความพร้อมต่อการปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับข้อค้นพบที่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมต่อการปฏิบัติตามกฎหมายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย อยู่ระดับมากที่สุดทุกกิจกรรม ได้แก่ การอบรมพัฒนาศักยภาพ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลรวบรวมองค์ความรู้ และการฝึกปฏิบัติเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาหลักสูตรพัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม<sup>(13)</sup> มีพึงพอใจต่อการอบรมอยู่ระดับมากที่สุด และจากข้อค้นพบที่รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมและความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสะท้อนข้อเสนอแนะที่พบว่ามีรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นประโยชน์ต่อการทำงาน มีความเหมาะสมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานใหม่หรือมีประสบการณ์ค่อนข้างน้อย สื่อการเรียนรู้ทันสมัย และฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นเข้าถึงได้ง่าย ดังนั้นรูปแบบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จึงสามารถเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมาย เห็นได้จากการมีความรู้และมีความพร้อมต่อการปฏิบัติงานมากขึ้น

## ข้อจำกัด

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งผลลัพธ์จากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการนำไปใช้ในบริบทของจังหวัดยโสธรเท่านั้น

## ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร สนับสนุนการอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ให้หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง และขยายผลรูปแบบไปยังกลุ่มเป้าหมายในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดยโสธร รวมทั้งมีการเยี่ยมติดตามการดำเนินงานในพื้นที่อำเภออย่างต่อเนื่อง

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมอบหมายผู้รับผิดชอบงานด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมให้เข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และประสานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการกำกับดูแลให้มีผู้รับผิดชอบงานและได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย รวมถึงคณะผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับทุกอำเภอ ในจังหวัดยโสธร และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.ฉาน ปัทมะ พลอย อาจารย์ ดร.กรวิกา ทาระสาร ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์

นางนารถฤดี กุณิเศษณ์ ว่าที่ร้อยตรีพลภัทร ศรีกุล และนางสาวศิริประภา กอแก้ว

## เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 67 ก (ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2562). หน้า 215-235.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ตุลาคม 2562. [เข้าถึงเมื่อ 15 มี.ค. 2567]. 377 หน้า. เข้าถึงได้จาก: [https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/08/kpi\\_2563\\_edit4.pdf](https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/08/kpi_2563_edit4.pdf)
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ตุลาคม 2562. [เข้าถึงเมื่อ 15 มี.ค. 2567]. 377 หน้า. เข้าถึงได้จาก: [https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/03/kpi\\_template\\_edit.pdf](https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/03/kpi_template_edit.pdf)
4. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานประจำปี 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ดีไซน์; 2564.
5. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานประจำปี 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ดีไซน์; 2567.
6. วงศกร อังคะคำมูล, พลภัทร ศรีกุล. ปัจจัยความสำเร็จของการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรค

จากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 กรณีศึกษา พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2563; 3(3):141-53.

7. วงศกร อังคะคำมูล, พลภัทร ศรีกุล. รูปแบบการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2564; 19(2):43-55.
8. หิรัญวุฒิ แพร่คุณธรรม, สุชาติพิทย์ บวรณสถิตนนท์, จตุพร บุณนาค. การประเมินการจัดการของจังหวัดในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ประเทศไทย พ.ศ. 2565. วารสารควบคุมโรค 2566; 49(3):551-64.
9. ขจร อินธิแสน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สุมัทนา กลางคาร. ความรู้ในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2561; 4(3):403-15.
10. กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง. การรับรู้และการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(2):189-201.
11. ณชวิศ กิตติบรรดิฐ, สุริยัน บุญแท้, ธน หาพิพัฒน์, อติศักดิ์ อธิภาคย์, ดำเกิง อัครสุนทรางกูร. ประเมินผลการรับรู้ และความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ของประชาชนใน 12 จังหวัด. วารสารศิลปการจัดการ 2563; 4(1):59-72.

12. กมลชนก วงศ์สวัสดิ์, วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. ความรู้ความเข้าใจ ต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ของพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค สำนักงานใหญ่. วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2563; 7(2):53-67.
13. จตุพร บุณนาค, สาธิต นามวิชา. การพัฒนาหลักสูตรพัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค 2567; 50(1):170-82.
14. ฉณะชิมิธี ลับโกษาพิพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่วิชาประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน ตำบลบุแกรง อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(1):448-57.
15. สำราญ เจริญผล. การพัฒนากระบวนการพัฒนาศักยภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์ เขต 4-5 2566; 42(3):417-30.
16. รัฐธรรณีย์ ธนเศรษฐ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2566; 8(1):167-86.
17. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. รายงานประจำปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. โยโสธร: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดโยโสธร. ธันวาคม 2566. [เข้าถึงเมื่อ 15 มี.ค. 2567]. 479 หน้า. เข้าถึงได้จาก: [http://203.157.181.11/ssjyasothon/FrontEnd/read\\_pdf-reportyearly.php?id=%2721%27](http://203.157.181.11/ssjyasothon/FrontEnd/read_pdf-reportyearly.php?id=%2721%27)
18. เพ็ญภักดี สุขสิงห์, นาฎยา บุญญะโกศล, สิริยากรณ์ พลบุตร. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลหนองขี้ม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดจันทบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2567; 22(1):9-20.
19. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2558; 2(1):29-49.
20. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา; 2551.
21. ภารดี เทพคาย. ระดับการรับรู้และความเข้าใจของบุคลากรสายสนับสนุนสถาบันจิตพัฒนาบริหารศาสตร์ต่อนโยบายความเป็นเลิศด้านการปฏิบัติงานและพฤติกรรมที่สอดคล้องกับนโยบายความเป็นเลิศด้านการปฏิบัติงาน [รายงานการวิจัย]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตพัฒนาบริหารศาสตร์; 2564. 65 หน้า.
22. วิยะดา รัตนสุวรรณ, ประลาลี โอภาสนันท์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2561; 11(4): 156-74.
23. ศรีกัญญ์ภัสตร์ รั้งชีพวรกุล. การสอนออนไลน์ สไตล์การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติระดับอุดมศึกษา. วารสารการจัดการทางการศึกษาปฐมวัย 2565; 4(2):55-67.

24. รัฐธีรศัญญาณ์ แก่นเพชร. การพัฒนาแอปพลิเคชัน เกมแบบออนไลน์เพื่อเสริมการเรียนรู้การสอน ในชุดวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช. วารสารสมาคมนักวิจัย 2566; 28(3):1-26.
25. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564-2568 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2567]. 156 หน้า. เข้าถึง ได้จาก: [https://ict.moph.go.th/upload\\_file/files/97c2287c8f04e13f81fec13e431e7a5e.pdf](https://ict.moph.go.th/upload_file/files/97c2287c8f04e13f81fec13e431e7a5e.pdf)
26. ภูมิพงศ์ จอมหงส์พิพัฒน์. การพัฒนาหลักสูตร ฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการ จัดการเรียนรู้เชิงรุกของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถม ศึกษาอุบลราชธานี. วารสารสังคมศาสตร์ และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564; 6(7):334-49.

การพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน  
และความดันโลหิตสูงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด  
อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

Developing Patterns of Behavioral Health at High Risk Groups of Diabetes  
and Hypertension through a Participatory Process of Network Partners  
following the Transfer of Responsibilities of the Sub-district Health  
Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization In  
Wan Yai District, Mukdahan Province.

กิตติศักดิ์ ประคองสิน<sup>1</sup>, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์<sup>2\*</sup>  
Kittisak Prakongsin<sup>1</sup>, Sukhontip Arunkamonphat<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

<sup>2</sup>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

<sup>1</sup>Mukdahan Provincial Public Health Office

<sup>2</sup>Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

\*Correspondence to: Sukhontip@scphub.ac.th

Received: Oct 2, 2024 | Revised: Nov 26, 2024 | Accepted: Dec 4, 2024

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2567 ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 48 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 80 คน ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและสะท้อนผลการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบอุปนัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย ค่าสถิติ pair t-test

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาที่พบในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในระยะถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต.สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้แก่ คุณภาพของกระบวนการคัดกรองการค้นหาค่าความเสี่ยงและการส่งต่อรักษาในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มำยั้งขาดความรู้ ทักษะและความเข้าใจในบทบาทการดำเนินกิจกรรม กลุ่มเสี่ยงขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ชุมชนยังไม่เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ขาดการ

ใช้ทรัพยากรร่วมกันของชุมชนและไม่มีทีมติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รูปแบบที่ได้คือ 2SPHWE Model ประกอบด้วย Self-awareness หมายถึง การสร้างความตระหนักในตนเอง Participation & Communication หมายถึง การมีส่วนร่วมและการสื่อสาร Service System หมายถึง การปรับระบบบริการ Health Promoting Environment หมายถึง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาปรับใช้ Wellness club หมายถึง การมีพี่เลี้ยงคอยสนับสนุนและเสริมพลัง และ Evaluation & Empowerment หมายถึง การประเมินแบบเสริมพลัง การนำรูปแบบไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) การประชุมกลุ่ม ระดมสมองใช้กระบวนการ AIC เป็นผู้นำยุคใหม่ 2) พัฒนาองค์ความรู้ ปรับทัศนคติ ในกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) ออกแบบระบบบริการไร้รอยต่อระหว่าง หน่วยบริการสังกัดเดิมและสังกัดใหม่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน 4) สื่อสารทันสมัย เข้าถึงง่าย ใช้ ประโยชน์ได้จริง 5) สนับสนุนการรวมตัวสร้างชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6) การสนับสนุนพื้นที่ สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ และ 7) มีพี่เลี้ยงติดตามสนับสนุนแบบเสริมพลัง ภายหลังจากนำรูปแบบฯ ไป ปฏิบัติผลการประเมิน พบว่า ระดับคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาส เสี่ยงของโรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วมและพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันการ เกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 รวมถึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ระดับความดันโลหิตและดัชนีมวล ภายของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ:** รูปแบบ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, การถ่ายโอนภารกิจ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

## Abstract

This participatory action research aimed to develop a health behavior modification model for diabetes and hypertension risk groups through the participation of network partners, after mission transferring of the Sub-district Health Promoting Hospital (SHPH) to the Provincial Administrative Organization in Wan Yai District, Mukdahan Province. The study was conducted between April and July 2024. The participants included 48 people of public health officers and community network partners, and included 80 people of diabetes and hypertension risky person. The research followed a four-step process: planning, implementation, observation, and reflection. Qualitative data were analyzed inductively, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, standard deviation, mean, and paired t-tests.

The study found several challenges in behavior change operations for diabetes and hypertension risk groups during the mission transfer. These challenges included issues with the quality of the screening process, risk identification, and referrals for treatment. The leadership team were lacked knowledge, skills, and a clear understanding of their

roles in conducting activities. The risky group was lack of awareness regarding self-care, while the community was non participation and support for behavior change efforts. There was limited use of technology to communicate about diabetes and hypertension, a lack of shared community resources, and no team designated to monitor and evaluate the operations. The pattern of behavioral modification was 2SPHTWE. The components were Self-awareness, Participation & Communication, Service System, Health-Promoting Environment, Technology & Innovation, Wellness Club and Evaluation & Empowerment. Seven activities were implemented; 1) group meetings and brainstorming using the AIC process to develop new-generation leaders, 2) enhancing knowledge and adjusting attitudes in risk groups to support behavior changes, 3) designing a seamless service system between the original and new service units, 4) promoting modern, accessible, and practical communication methods, 5) supporting the establishment of health behavior change clubs, 6) creating supportive areas and environments conducive to health improvement, and 7) providing mentoring for follow-up and empowerment. The evaluation of model implementation revealed significant improvements in participants' knowledge, attitudes, disease severity perception, risk perception, self-efficacy, participation, and preventive behaviors related to diabetes and hypertension. These improvements were statistically significant at the 0.05 level. Additionally, the sample group experienced significant reductions in fingertip blood sugar levels, blood pressure, and body mass index, also at the 0.05 statistical level.

**Keywords:** Patterns, behavior change, transfer of responsibilities, Community involvement

## บทนำ

กลุ่มปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Disease: NCDs) ถูกยกระดับเป็นวาระที่สำคัญระดับโลกโดยสมัชชาองค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างผู้นำระดับสูงของประเทศและรับรอง “ประกาศปฏิญญาการเมืองว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Political Declaration)” นำมาซึ่งการกำหนด 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ภายใน

ปี 2568<sup>(1)</sup> สถานการณ์การเสียชีวิตของประชาชนไทยจากโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โดยความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2561 เท่ากับร้อยละ 7.3 ร้อยละ 4.0 ร้อยละ 1.3 และร้อยละ 0.6 ตามลำดับ และการเจ็บป่วยด้วยโรค NCD จากฐานข้อมูลระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558-2566 พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ใน

ปี 2562-2566 จำนวน 475.7, 470.2, 481.4, 541.0 และ 579.8 ต่อแสนประชากร และพบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1070.5, 1032.9, 1102.4, 1113.9 และ 1189.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ<sup>(2,3)</sup> ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจังหวัดมุกดาหาร ตั้งแต่ปี 2551-2564 พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ทั้งรายใหม่และเก่า) เพิ่มขึ้น เท่ากับ 3,727 3,987 4,770 4,707 4,180 4,362 4,362 3,727 3,987 4,770 5,191 5,587 และ 5,829 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราความชุกความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2,445 3,004 3,311 4,361 5,486 5,802 5,864 6,228 6,964 7,351 7,533 8,929 และ 9,528 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยจังหวัดมุกดาหาร มีการสนับสนุน กำกับติดตาม การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 ถึงมิถุนายน 2565)<sup>(4)</sup> ในส่วนของอำเภอห้วยน้ำขาว จังหวัดมุกดาหาร ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าประชาชนที่ต้องได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6,551 คน โดยมีผลงานการคัดกรองได้ 6,182 คน คิดเป็นร้อยละ 94.37 พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน 540 คน และมีการติดตามกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองได้ 522 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 โดยอำเภอห้วยน้ำขาว มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด จำนวน 1,628 คน และพบจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (ค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย (ABP/DBP) น้อยกว่า140/90 มิลลิเมตรปรอท) คิดเป็น

ร้อยละ 67.51 และมีการคัดกรองความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (CVD Risk) จำนวน 567 ราย ผลการประเมินจำแนกตาม Risk Score พบระดับ 1: กลุ่มเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 82.89 ระดับ 2: กลุ่มเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 15.87 และระดับ 3: กลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ 0.53 ระดับ 4: กลุ่มเสี่ยงสูงมาก ร้อยละ 0.71 และระดับ 5: ไม่พบกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย ส่วนข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2565 ของตำบลห้วยน้ำขาว มีประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,825 ราย พบผู้มีภาวะเสี่ยง จำนวน 706 คน คิดเป็นร้อยละ 38.68 ส่งผลให้ตำบลห้วยน้ำขาว มีอัตราการค้นพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสูงที่สุดในอำเภอห้วยน้ำขาว ซึ่งในประชากรกลุ่มเสี่ยง หากไม่ดูแลตนเองหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมก็มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ในอนาคต<sup>(5)</sup> เนื่องด้วยสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงในยุคโลกาภิวัตน์นั้น จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงสนับสนุนที่เข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งเป็นกลไกหลักในการประสานความร่วมมือและหนุนเสริมการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ซึ่งมีสถานบริการสาธารณสุขครอบคลุมอยู่ทุกพื้นที่ เข้ามาร่วมให้การสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อน

การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน<sup>(6)</sup>

จังหวัดมุกดาหารได้มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดซึ่งการดำเนินงานยังมีปัญหาติดขัดในเรื่องการบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ในการคัดกรองสุขภาพของประชากร อุปกรณ์ในการดูแลรักษาโรค ซึ่งเดิมเคยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลห้วยใหญ่ แต่เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหารทำให้ระบบการสนับสนุนเวชภัณฑ์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่มี ความชัดเจนหรือระบบการดูแลต่อเนื่องกรณีพบผู้ป่วยที่จะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งจำเป็นต้องพบแพทย์และขึ้นทะเบียนส่งผลการรักษาไม่ต่อเนื่องและการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผ่านมาของกระทรวงสาธารณสุขจะมุ่งเน้นในการลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในขณะที่พฤติกรรมนั้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงนั้นฝังรากอยู่ในชุมชน ในมิติของสังคม วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชนเอง ดังนั้นการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงจำเป็นต้องส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน จึงจะสามารถควบคุมการเกิดผู้ป่วยรายใหม่จากโรคเรื้อรังได้<sup>(7)</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร โดยนำแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาเป็นกรอบแนวคิดในการขับเคลื่อนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ลดอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและเกิดชุมชนลดโรคลดเสี่ยงภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดของอำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ที่ยั่งยืนต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

2.3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายหลัง การถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research :PAR) Streubert,H.J.& Carpenter,D.R.<sup>(8)</sup> ตามกรอบแนวคิดของแมกแท็คกาท (Mc Taggart)<sup>(9)</sup> ประกอบด้วย การดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ จำนวน 1 วงรอบ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในบริบทของพื้นที่ และนำเอาปัญหาที่ได้มาออกแบบในการวางแผน การปฏิบัติการแก้ไข้ปัญหา การติดตามการสะท้อนผลจนได้ร่างรูปแบบเพื่อแก้ไข้ปัญหา และนำเอาร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในประชากรกลุ่มเล็กและนำผลการศึกษาที่ได้มาปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานจนรูปแบบมีความเที่ยงตรง สอดคล้องกับการแก้ไข้ปัญหาจนสามารถนำเอารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาประกาศใช้ในพื้นที่ต่อไป

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ผู้ร่วมวิจัย (Participants) ประกอบด้วย 2 กลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 48 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ (1) บุคลากรผู้ให้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุข (รพ.สต.) ในเขตอำเภอห้วยน้ำขาว (2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้แก่ ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข พระภิกษุ ตัวแทนสถานศึกษา ตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า ตัวแทนชมรมผู้ออกกำลังกาย สมาชิกในครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และ (3) ผู้รับผิดชอบงาน

ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

2. กลุ่มตัวอย่างในการใช้ประเมินรูปแบบ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2566 ตำบลห้วยน้ำขาว จังหวัดมุกดาหาร โดยสุ่มแบบง่ายจากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยของอรุณจิรวัดณ์กุล<sup>(10)</sup> จำนวน 80 คน

โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าดังนี้ (1) ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในตำบลห้วยน้ำขาว อำเภอห้วยน้ำขาว จังหวัดมุกดาหาร อย่างน้อย 1 ปี (2) มีผลการคัดกรองระดับความดันโลหิตจากอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลปลายนิ้วได้มากกว่า 120 มก.เปอร์เซ็นต์และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน

เกณฑ์การคัดออก (1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม (2) มีภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - กรกฎาคม 2567

## ขั้นตอนการวิจัย

1. ระยะก่อนดำเนินการวิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานการแก้ไข้ปัญหาที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาในการดูแลกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลห้วยน้ำขาว ตลอดจนประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชน

## 2. ระยะออกแบบและพัฒนารูปแบบ

2.1 ขั้นวางแผน (Planning) กิจกรรมประชุมภาคีเครือข่ายในชุมชนและทีมสหวิชาชีพเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำใหญ่ เพื่อระดมสมองในการค้นหาปัญหา ปัจจัยสาเหตุ การวิเคราะห์ การสรรหาทรัพยากรและบุคลากรผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ การทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจมาเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านการรับรู้ และการเผชิญปัญหาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และกำหนดปฏิทินในการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ภาคีเครือข่ายในชุมชนทีมสหวิชาชีพเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลห้วยน้ำใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอห้วยน้ำใหญ่และองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) (1) กิจกรรมระดมสมองของผู้วิจัยและทีมเพื่อนำปัญหา ปัจจัยสาเหตุ ทรัพยากรในชุมชนมาออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมนำ (2) กิจกรรมสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและกิจกรรมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโดยชุมชน (3) การพัฒนาระบบบริการการดูแลกลุ่มเสี่ยง ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร (4) การสนับสนุนการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโดยชุมชน

2.3 ขั้นการสังเกต (Observation) การติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลห้วยน้ำใหญ่ ทีมบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำใหญ่และทีมตัวแทนบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่งในอำเภอห้วยน้ำใหญ่ ร่วมสรุปทบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews) ร่วมประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ (1) ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและ (2) ประเมินกระบวนการดำเนินงาน

2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) (1) จัดประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานต่อชุมชนเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังการพัฒนา รายงานผลการประเมินรูปแบบต่อทีมผู้วิจัยและเวทีการประชุมของอำเภอห้วยน้ำใหญ่ เพื่อหาข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและขยายการจัดกิจกรรมในวงล้อที่ 2 และ 3 (2) ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่มีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินงาน รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงาน (3) วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกันเพื่อสรุปและถอดบทเรียน สะท้อนผลการดำเนินงานในทุกขั้นตอนและวางแผนในการแก้ไขปัญหามุ่งต่อไป

3. ระยะหลังดำเนินการ หลังการดำเนินงานตามขั้นตอน PAOR ครบ 1 วงรอบ ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องร่วมสรุปผล

การพัฒนารูปแบบ และสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาเพื่อรักษาจุดแข็ง และวางแผนนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปใช้ซ้ำเพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบต่อเนื่องในกลุ่มที่ใหญ่ขึ้น

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามปลายเปิด สอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากหน่วยบริการสาธารณสุข ระบบ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร แบบสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมและแบบสรุปการดำเนินงาน (After Action Reviews) และการถอดบทเรียน

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ตอน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ มีค่าความเชื่อมั่น KR-21 เท่ากับ 0.86 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตน และส่วนที่ 7 แบบวัดการมีส่วนร่วมโดยมีค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.82, 0.78, 0.82, 0.76, 0.84 และ 0.82 ตามลำดับ ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายด้าน โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.82, 0.78, 0.82, 0.76, 0.84 และ 0.82 ตามลำดับ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากเก็บข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ เรียบเรียง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งใช้สถิติดังนี้ หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ยของข้อมูลค่าสถิติ paired t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เลขที่โครงการวิจัย 16.0033.2567 ลงวันที่ 23 เมษายน 2567

### **ผลการวิจัย**

ผู้วิจัยได้ออกแบบการดำเนินงานผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อคุณภาพ (PAOR) จำนวน 4 ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 16 สัปดาห์ โดยแบ่งกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอน้ำโสม จังหวัดมุกดาหาร ดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลด้านบริบทของพื้นที่ อำเภอน้ำโสม จังหวัดมุกดาหาร มีประชากรตามทะเบียนราษฎร ทั้งสิ้นจำนวน 14,583 คน ชาย 7,385 คน หญิง 7,198 คน<sup>(4)</sup> ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด 6 แห่ง ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

เนื่องจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดพบประเด็น ในเรื่องของระบบการสนับสนุนของวัสดุ อุปกรณ์ซึ่ง เดิมได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลหัวน้ำใหญ่ และเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจส่งผลให้การสนับสนุน เวชภัณฑ์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่มี ความชัดเจน รวมถึงแนวทางในการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งจำเป็นต้องพบแพทย์และการออกให้บริการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เดือนละ 1 ครั้ง หยุดชะงักลงเพราะยังไม่มีแนวทางหรือข้อตกลง ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด ทำให้เกิดคอขวดของการจัดบริการใน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2 ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานในการ ควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความ ดันโลหิตสูง ผลจากการประชุมระดมความคิดเห็น ของทีมพัฒนารูปแบบพบปัญหาในการดำเนินงาน ดังนี้ (1) อัตรากำลังการคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงในการ เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต สูงเพิ่มขึ้นสูงมากในระยะ 3-4 ปี ซึ่งอาจจะเกิดจาก เทคนิคของการคัดกรองที่สามารถทำได้เยอะขึ้นแต่ คุณภาพของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอาจจะไม่ตรง ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (2) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมส่งผล การเข้าถึงอาหารหรือการบริโภคได้ง่ายขึ้น มีระบบ ส่งต่อออนไลน์ สะดวกและมีเทคโนโลยีในการสร้าง รูปลักษณ์ในการสร้างการตลาดด้านอาหารที่ส่งผล ให้เกิดแรงจูงใจในการบริโภคของประชาชนเพิ่ม มากขึ้นและ (3) การตระหนักรู้ของประชาชนที่ ลดลง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิต สูงในระดับสูงกว่าปกติ

1.3 กระบวนการพัฒนารูปแบบการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบา หวานและความดันโลหิตสูงโดยกระบวนการมีส่วน ร่วมของภาคีเครือข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การ บริหารส่วนจังหวัด อำเภอหัวน้ำใหญ่ จังหวัด มุกดาหาร ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1-1 การวิเคราะห์ปัญหา** การ ประชุมกลุ่ม ระดมสมอง การรับฟังปัญหาของ ชุมชนและคืนข้อมูลด้านสุขภาพของผู้วิจัยโดย ผู้วิจัยและทีมได้ร่วมกันกำหนดประเด็นปัญหาที่พบ ในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในระยะ ถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต.สู่องค์การบริหารส่วน จังหวัด ได้แก่ คุณภาพของกระบวนการคัดกรอง การค้นหาความเสี่ยงและการส่งต่อรักษาในผู้ที่มี ภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทีมนำยั้งขาดความรู้ ทักษะและบทบาทในการ ดำเนินกิจกรรม กลุ่มเสี่ยงขาดความตระหนักใน การดูแลตนเอง ชุมชนยังไม่เข้ามามีส่วนร่วมและ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงฯ การใช้เทคโนโลยีและการประเมินความ เสี่ยงของการได้รับเทคโนโลยีในการสื่อสารเรื่อง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ขาดการใช้ทรัพยากรร่วมกันของชุมชนและไม่มีทีมติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

**ขั้นตอนที่ 1-2 การพัฒนารูปแบบ** ผู้วิจัยและทีมผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 48 คน ได้พัฒนาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวง สาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด มุกดาหาร จำนวน 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1

การพัฒนาสมรรถนะของทีมงานโดยการสร้างการรับรู้และปรับทัศนคติวิธีคิด แบบแผนการปฏิบัติ ตัวสู่การป้องกันควบคุมโรคและรู้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์สิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เน้นการสังเคราะห์ปัญหาการป้องกันและควบคุมโรค การสร้างเรียนรู้ เข้าใจและยอมรับว่า เข้าถึงความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละสังคม ชุมชน ซึ่งมีผลต่อการกำหนดแบบแผนพฤติกรรมการดำรงชีวิตของประชากรในการปฏิบัติตัว กิจกรรมที่ 3 การร่วมกันสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโดยปรับมุมมองของปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมงาน ตัวแทนชุมชนและกลุ่มเสี่ยง การออกแบบแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร กิจกรรมที่ 4 การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี การประเมินความเสี่ยงในการสื่อสาร การสร้างเครือข่าย ร่วมกันปรับกระแสแนวคิดให้ตรงกัน นำไปสู่การกำหนดเป้าประสงค์ร่วมกันและเกิดการระดมพลังชุมชน กิจกรรมที่ 5 การสร้างการมีส่วนร่วมในระดับครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง กิจกรรมที่ 6 สนับสนุนการดูแลกลุ่มเสี่ยงโดยชุมชน เช่น ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มในชุมชน โดยใช้งบประมาณจากภายในและภายนอกชุมชน กิจกรรมที่ 7 การสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การสร้างพื้นที่สีเขียว อุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายในชุมชนและกิจกรรมที่ 8 การติดตามประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม

**รูปแบบที่ได้** รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร คือ 2SPHTWE Model ประกอบด้วย

1. Self-awareness: การสร้างการรับรู้และสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองและกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. Service System: การปรับระบบบริการสุขภาพในเชิงรุก การกำหนดช่องทางในการประสานงาน การเข้าถึงช่องทางการรักษา การส่งกลับข้อมูล ระหว่างหน่วยงานเดิมและหน่วยงานใหม่ที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด การจัดระบบบริการแบบ ONE District One Province
3. Participation & Communication: การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
4. Health Promoting Environment: การมีนโยบายและกิจกรรมที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เช่น สวนสาธารณะ เครื่องออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมปลอดภัย สวนผักสีเขียว สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ สุราและสารเสพติด
5. Technology & Innovation: การใช้สื่อและเทคโนโลยีในการสื่อสาร ทักษะการประเมินความเสี่ยงจากการใช้สื่อโซเชียลมีเดีย
6. Wellness club การส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มในชุมชน เช่น ชมรมออกกำลังกาย กลุ่มผู้บริโภคอาหารสุขภาพ โดยใช้งบประมาณจากในและนอกพื้นที่
7. Evaluation & Empowerment: การดำเนินการและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและมีที่ปรึกษาในชุมชนคอยกำกับและติดตามการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว



ภาพที่ 1 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อำเภอร้วานใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

**ขั้นตอนที่ 2** การนำรูปแบบไปใช้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลห้วยใหญ่ในระยะเวลา 1 ปีและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 80 คนโดยทำการสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก

ผลการประเมินรูปแบบในประชากรกลุ่มเล็ก หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 2.60 คะแนน (95%CI=2.45-2.75) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของทัศนคติเพิ่มขึ้น 5.39 คะแนน (95%CI=4.41-6.37) ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น 7.17 คะแนน (95%CI=7.02-7.35) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการ

รับรู้ความสามารถแห่งตน เพิ่มขึ้น 4.75 คะแนน (95%CI=4.49-5.01) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้น 24.54 คะแนน (95%CI=23.97-25.19) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 4.89 คะแนน (95%CI=4.38-5.57) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ลดลง 6.44 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (95%CI=-7.67 to -5.21) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวบนลดลง 10.44 มิลลิเมตรปรอท (95%CI=-11.99 to -8.87) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตส่วนล่างลดลง 6.54 มิลลิเมตรปรอท (95%CI=-7.79 to -5.28) และค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายลดลง 0.84 กก./ม<sup>2</sup> (95%CI=-0.96 to -0.71) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วมและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=80 )

ประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา (n=80) Mean(S.D.)	หลังการพัฒนา (n=80) Mean(S.D.)	df	95%CI	t	p-value
ความรู้	7.08(0.71)	9.68(0.49)	2.60	2.45 - 2.75	34.748	<0.001*
ทักษะคิด	8.03(4.41)	23.43(1.26)	5.39	4.41 - 6.37	10.931	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรง	5.02(0.30)	12.19 (0.75)	7.17	7.02 - 7.35	85.958	<0.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	5.01(1.02)	11.81(0.64)	6.80	0.62 - 6.67	98.950	<0.001*
การรับรู้ความสามารถแห่งตน	6.89(1.08)	11.64(0.64)	4.75	4.49 - 5.01	36.169	<0.001*
การมีส่วนร่วมของชุมชน	13.05(0.20)	37.59(2.75)	24.54	23.97 - 25.19	80.108	<0.001*
พฤติกรรมการปฏิบัติตัว	17.07(0.12)	21.96(2.66)	4.89	4.38 - 5.57	16.743	<0.001*
ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว	123.53(6.89)	117.08(4.91)	-6.44	-7.67 to -5.21	-10.438	<0.001**
ระดับความดันโลหิตตัวบน	139.36 (7.83)	128.93(4.06)	-10.44	-11.99 to -8.87	-13.397	<0.001**
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง	82.96(8.09)	76.43(5.89)	-6.54	-7.79 to -5.28	-10.336	<0.001**
ดัชนีมวลกาย	23.93(0.21)	23.10(0.18)	-0.84	-0.96 to -0.71	-13.346	<0.001**

\*p-value= 0.000

**ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)**  
ทีมผู้วิจัยและทีมนำได้มีการประเมินติดตามโดยการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 2 ครั้งเพื่อประเมินการปรุงอาหารในครัวเรือน ลดเค็มลดน้ำตาล การควบคุมการรับประทานอาหารกลุ่มแป้งและน้ำตาล กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายที่ถูกต้องและส่งผลต่อสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและผู้วิจัยได้สรุปผลการออกเยี่ยมบ้านต่อที่ประชุมประจำเดือนของทีมพัฒนารูปแบบเพื่อหาแนวทางในการปรับกิจกรรมที่ยังเป็นอุปสรรคและสนับสนุนกิจกรรมที่กลุ่มเสี่ยงปฏิบัติได้ดีให้เกิดความต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เพื่อประเมินซ้ำในการปฏิบัติตาม

กิจกรรมของกลุ่มเสี่ยงที่ยังทำได้น้อยและสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้อยู่แล้วให้ดำเนินอย่างต่อเนื่อง และมอบหมายให้ อสม. บัดดีประเมินความถี่ของจำนวนครั้งของการเข้าใช้สวนสาธารณะและการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมที่เทศบาลตำบลห้วยน้ำใหญ่จัดตั้งขึ้นของกลุ่มเสี่ยงและกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติมรายบุคคล เพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและนำสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในการประชุมครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

**ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection)**  
โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อยและ

การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นและสะท้อนบทเรียนของการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างดำเนินการวิจัย และหลังการสิ้นสุดการวิจัยพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความตื่นตัวในการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การปรุงอาหาร การออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกายที่เทศบาลจัดขึ้น รวมถึงกิจกรรมการออกกำลังกายในรูปแบบอื่นๆ ที่กลุ่มเสี่ยงเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง และเกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับ อสม. พี่เลี้ยงในการสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง รวมถึงระบบการบริการสุขภาพที่ไม่มีช่องว่างระหว่างหน่วยราชการต่างสังกัดและมีแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุข ลดการขัดแย้ง และเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในตำบลในการเชิดชูโมเดลต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชุมชนต้นแบบ ซึ่งสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงได้

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อำเภอร้วานใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทของพบว่าตำบลร้วานใหญ่มีระบบการค้นหาและคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแต่ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มประชากรทั้งหมดและมีการเปลี่ยนผ่านการโอนย้ายไปสังกัดองค์การ

บริหารส่วนจังหวัดมุกดาหารทำให้เกิดการหยุดชะงักของการดำเนินงานในช่วงแรก ด้านอัตรากำลังคน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองและระบบการดูแลส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในการเข้ารับการรักษา และการประสานงานในการดำเนินงานดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกันระหว่างกระทรวงมหาดไทย ต้นสังกัดใหม่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลร้วานใหญ่ ยังไม่มีระบบประสานงานแนวทางที่ชัดเจนส่งผลให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการรักษาช้ากว่ากำหนดและสาเหตุอีกประเด็นที่เป็นสาเหตุหลักคือ ประชาชนยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทำให้ไม่ตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคที่ต้องรวมถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ดังนั้นผู้วิจัยและทีมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมคืนข้อมูล การประชุมกลุ่มระดมสมองและออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การค้นหาปัญหาของชุมชนร่วมกัน การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยง การจัดบริการสุขภาพด้านการรักษาให้ผู้รับบริการเข้าถึง การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมบัดดี้กลุ่มเสี่ยง(ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงและหมอมอคนที่ 1) ให้ความรู้แนวทางปฏิบัติตัวโดยหมอมอคนที่ 2 และให้การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพโดยหมอมอคนที่ 3 และการสนับสนุนการปฏิบัติตัวด้านการใช้สื่อ การสร้างสิ่งแวดล้อมสุขภาพและสนับสนุน

การตั้งกลุ่มภายในชุมชน จนได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในตำบลห้วยน้ำใหญ่ คือ HIGH RISK GROUB WAN YAI MODEL ได้แก่ 1) Self-awareness: การสร้างองค์ความรู้ และสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยง 2) Participation & Communication การมีส่วนร่วมของการแก้ไขปัญหาร่วมกันของชุมชน 3) Service System การปรับเปลี่ยนระบบบริการแบบไร้รอยต่อระหว่างกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ระดับฐานรากเพื่อประโยชน์ของประชาชน 4) Health Promoting Environment: สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพดี 5) Technology & Innovation: การใช้สื่อโซเชียลมีเดียในการติดตาม ประชาสัมพันธ์ ป้องปรามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและส่งเสริมองค์ความรู้ใหม่เพื่อดูแลสุขภาพ 6) Wellness club: สนับสนุนการตั้งกลุ่มชมรมคนห้วยน้ำใหญ่ สุขภาพดีมีความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกัน มีใจมุ่งสู่เป้าหมายอันเดียวกัน และ 7) Evaluation & Empowerment ประเมินติดตามเยี่ยมแบบเสริมพลัง โดยมีการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ระดับคะแนนความรู้ ทักษะการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน การมีส่วนร่วมและการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมถึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง รวมถึงการที่ภาคี

เครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ทำให้ได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์และความรุนแรงของปัญหาในพื้นที่ตำบลห้วยน้ำใหญ่ เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน นอกจากนั้นการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นการสร้างการรับรู้ สร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง และเนื่องจากการโอนย้ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งทีมพัฒนารูปแบบได้จัดทำระบบบริการที่เชื่อมโยงเพื่อปิดช่องว่างของการบริการให้เกิดความต่อเนื่องและไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านสุขภาพในรูปแบบเดิม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอห้วยน้ำใหญ่จึงต้องสนับสนุนให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงนั้นๆ ให้มีความเข้มแข็งในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องด้วยตัวบุคคลเองและเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของกลุ่มเสี่ยง จึงต้องมีระบบสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงการสร้างระบบบริการให้มีการเข้าถึง ไร้รอยต่อโดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ก็จะทำให้ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ มีประสิทธิภาพและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการสร้างวิสัยทัศน์ คือ “ลดเกลือ-ลดโรค” แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย แผนจัดเมนูสุขภาพ แผนสร้างกิจกรรมทางกาย แผนผ่อนคลาย และแผนการใช้ยาอย่าง

ต่อเนื่อง ได้ดำเนินการตามแผน ปรับแผน และ ประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วม<sup>(11)</sup> และการศึกษา การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การพัฒนารูป แบบของกิจกรรม ตามแนวคิด PRECEDE MODEL และ HBM จนสามารถนำกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ก่อ ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างกลุ่มเสี่ยงส่งผลให้ ผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุม ระดับความดันโลหิตได้ปกติและใกล้เคียงปกติ<sup>(12)</sup> หรือการนำโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุโดยการให้ ความรู้เน้นการปฏิบัติและสร้างตัวแบบ ส่งผลให้ ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของ ตนเองได้และไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง<sup>(13)</sup> ซึ่งการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพก็มีส่วนสำคัญที่จะสนับสนุน และเอื้อให้เกิดการดูแลและปรับเปลี่ยนสุขภาพ ของบุคคลในชุมชนได้ ซึ่งระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิจึงเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับ ประชาชนและมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน เกิดการปรับเปลี่ยนสุขภาพได้ยั่งยืนมากขึ้น<sup>(14,15)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาคี เครือข่ายในชุมชนอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ที่มี ภาวะเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม จนทำให้มีระดับความดันโลหิต ลดลง<sup>(16)</sup> ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จึงสามารถใช้ เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูงได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การขยายระยะเวลาในการพัฒนารูป แบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มี

ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต สูงในพื้นที่ต่อไปในระยะเวลา 1 ปี เพื่อให้รูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องและสามารถแก้ไข ปัญหาในพื้นที่ได้จริง

2. การประยุกต์ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นร่วม กับเครื่องมือชนิดอื่นๆ เช่น การนำธรรมนูญตำบล เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในระดับฐานรากของ ชุมชนมากขึ้นและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ เพื่อสร้างกระแสอย่างต่อเนื่องและสร้างการรับรู้ใน วงกว้างต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Hypertension. 2022 [cited 2022 Oct 14]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1)
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน ประจำปี 2566. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/4155620240314033823.pdf>
3. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD). 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361)
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. ข้อมูล บริหารจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. 2565 [เข้าถึง เมื่อ 24 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://>

- mdo.moph.go.th/computer/web51v2/index.php
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร. รายงานการปฏิบัติราชการข้อมูลด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร; 2565.
  6. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน เล่มที่ 1. นนทบุรี: กองสุกศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2556.
  7. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
  8. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1995.
  9. McTaggart R. Participatory action research for change and development. IRME; 2010.
  10. อรุณ จิรวัดณ์กุล. สถิติในงานวิจัยเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสม. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์; 2557.
  11. นวพร วุฒิธรรม. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการมีส่วนร่วมของครอบครัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวกในจังหวัดราชบุรี. พยาบาลสาร 2562; 46(2):70-82.
  12. บุญเลิศ จันทร์หอม. ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ [รายงานการวิจัย]. อุตรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอน; 2564.
  13. ปฐมธิดา บัวสม, ยินดี พรหมศิริไพบุลย์, อติญาณ์ ศรเกษตรริน. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 5(4):549-67.
  14. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ระบบบริการปฐมภูมิกับการส่งเสริมสุขภาพ: ประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2565.
  15. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ประชาธิป กะทา. ปรัชญาสุขภาพปฐมภูมิ. นิตยสารสุขศาลา 2551; 1(1):42-7.
  16. นิภา อินทะนิล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ่ง อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาศักยภาพศรีสะเกษ 2566; 2(2):63-75.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ  
ในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย  
Predictive Factors of Coronavirus Disease 2019 Preventive Behaviors  
among the Elderly in Maechan Subdistrict, Maechan District,  
Chiang Rai Province

อารีย์ วงศ์บุญชัยเลิศ<sup>1</sup>, เทียนทอง ต๊ะแก้ว<sup>2\*</sup>

Aree Wongboonchailert<sup>1</sup>, Tienthong Takaew<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

<sup>2</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

<sup>1</sup>School of Public Health, University of Phayao

<sup>2</sup>School of Public Health, University of Phayao

\*Correspondence to: tienthongta@gmail.com

Received: Oct 27, 2024 | Revised: Nov 26, 2024 | Accepted: Dec 6, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของแดเนียล มีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ได้จำนวน 252 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ แบบถูกผิด และมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เครื่องมือมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้ IOC เท่ากับ 0.97 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่า KR20 ในแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.74 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ในแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการตัดสินใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.87, 0.82, 0.87, 0.85, 0.83 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 57.15, S.D. = 10.59) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ มีจำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (โรคประจำตัว) ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ) โดยทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

(Adj.  $R^2$ =.570,  $F$ =67.568,  $p$ <0.05) ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน การให้สุขศึกษา และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปัจจัยทำนาย

## Abstract

This descriptive research aimed to study the predictive factors of coronavirus disease 2019 (COVID-19) preventive behaviors among the elderly in Mae Chan Subdistrict, Mae Chan District, Chiang Rai Province. The sample size was determined using Daniel's formula and stratified random sampling, resulting in 252 participants. The tools used for data collection consisted of a questionnaire on personal information, health literacy, and preventive behaviors against COVID-19 among the elderly. The questionnaire included multiple-choice questions, true/false questions, and a 5-point Likert scale. The tool's content validity, measured by the Index of Consistency (IOC), was found to be 0.97. The reliability of the questionnaire was assessed using KR-20 for the health literacy questionnaire related to knowledge and understanding of COVID-19, which yielded a value of 0.74. The Cronbach's alpha coefficients for the health literacy questionnaire in the areas of access to health information and services, communication skills, self-management skills, media literacy, decision-making skills, and the COVID-19 preventive behaviors questionnaire for the elderly were 0.87, 0.82, 0.87, 0.85, 0.83, and 0.88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results showed that the COVID-19 preventive behaviors of the elderly were at a high level ( $\bar{X}$ =57.15, S.D.=10.59). The stepwise multiple regression analysis revealed that there were five factors that could predict COVID-19 preventive behaviors: personal factors (underlying diseases), health literacy factors related to COVID-19 (knowledge and understanding of COVID-19, self-management skills, decision-making skills, and access to health information and services). These five variables together could predict 57% of the COVID-19 preventive behaviors of the elderly with statistical significance at the 0.05 level (Adj.  $R^2$ =.570,  $F$  = 67.568,  $p$ <0.05). The results of this study can be applied as information for developing community health plans, providing health education, and promoting health literacy among the elderly to take care of their health and stay safe from COVID-19 or emerging diseases that may occur in the future.

**Keywords:** Coronavirus Disease 2019 Preventive Behaviors, Health Literacy, the factors predicting

## บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2565 ยอดผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลก 608 ล้านราย มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมกว่า 6.4 ล้านราย (คิดเป็นร้อยละ 1.07 ของจำนวนผู้ติดเชื้อ) ในขณะที่ผู้รักษาหายมีจำนวน 584 ล้านราย (คิดเป็นร้อยละ 96.07) ประเทศไทยมียอดผู้ติดเชื้อสะสมอยู่ที่อันดับ 29 ของโลก และยอดผู้เสียชีวิตอยู่ที่อันดับ 33 ของโลก จำนวนผู้ติดเชื้อในปี 2565 ข้อมูล วันที่ 1 กันยายน 2565 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสม 4,652,923 ราย เสียชีวิตรวม 32,328 ราย (มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 25 ราย)<sup>(1)</sup> จังหวัดเชียงราย พบผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม จำนวน 4,576 ราย ผู้ติดเชื้อเข้าข่ายสะสม จำนวน 226,386 ราย และเสียชีวิตสะสม จำนวน 125 ราย โดยอำเภอแม่จันพบผู้ติดเชื้อมากเป็นอันดับสามของจังหวัดเชียงราย ซึ่งส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในชุมชนหรือการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มกัน รวมถึงเป็นการสัมผัสกันในครอบครัว นอกจากนี้ส่วนใหญ่ของผู้เสียชีวิตในจังหวัดเชียงราย ยังคงเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงคือ สูงอายุ หรือมีโรคประจำตัว<sup>(2)</sup> จากผลการสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal Prevention) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1-12 พบว่า คนไทยมากกว่าร้อยละ 30 ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019<sup>(3)</sup>

จากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อแล้วมีอาการที่รุนแรงและเสียชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว<sup>(4)</sup> ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ทักษะทางปัญญาหรือสังคมที่ช่วยสร้างแรงจูงใจ รวมถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งผลลัพธ์จากการปฏิบัตินั้นจะมีผลดีต่อสุขภาพ<sup>(5)</sup> ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และช่วยลดการเกิดปัญหาสุขภาพที่จะตามมา อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุก็มีข้อจำกัดในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากปัญหาความเสื่อมถอย เช่น การมองเห็น และการได้ยินที่ลดลง รวมถึงปัญหาในการเรียนรู้และการจดจำ และปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ล้วนเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการเข้าถึงและการใช้เทคโนโลยีในกลุ่มผู้สูงอายุ<sup>(6)</sup>

ผู้สูงอายุในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย มีจำนวนร้อยละ 24.25 ของประชากรทั้งหมด จากสถิติตั้งแต่เดือนมีนาคม 2565 เป็นต้นมา มีผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 1,003 คน เป็นผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20 จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ติดเชื้อจากลูกหลาน และการเข้าร่วมงานบุญในชุมชน และมีความเสี่ยงที่จะมีอาการที่รุนแรงกว่า<sup>(7)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนสมาชิกครอบครัว<sup>(8)</sup> และพบว่า ผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่าผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ<sup>(9)</sup> ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้

ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เมื่อเผชิญโรคระบาด ประกอบกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ ที่สื่อสังคมออนไลน์และเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามามีบทบาทในการให้บริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ รวมถึงการใช้สื่อออนไลน์เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอยู่เสมอ<sup>(6)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีการศึกษาความสัมพันธ์หรืออิทธิพลของความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมและป้องกันโรคให้แก่ประชาชน จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน การให้สุขศึกษา และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ของกลุ่มผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

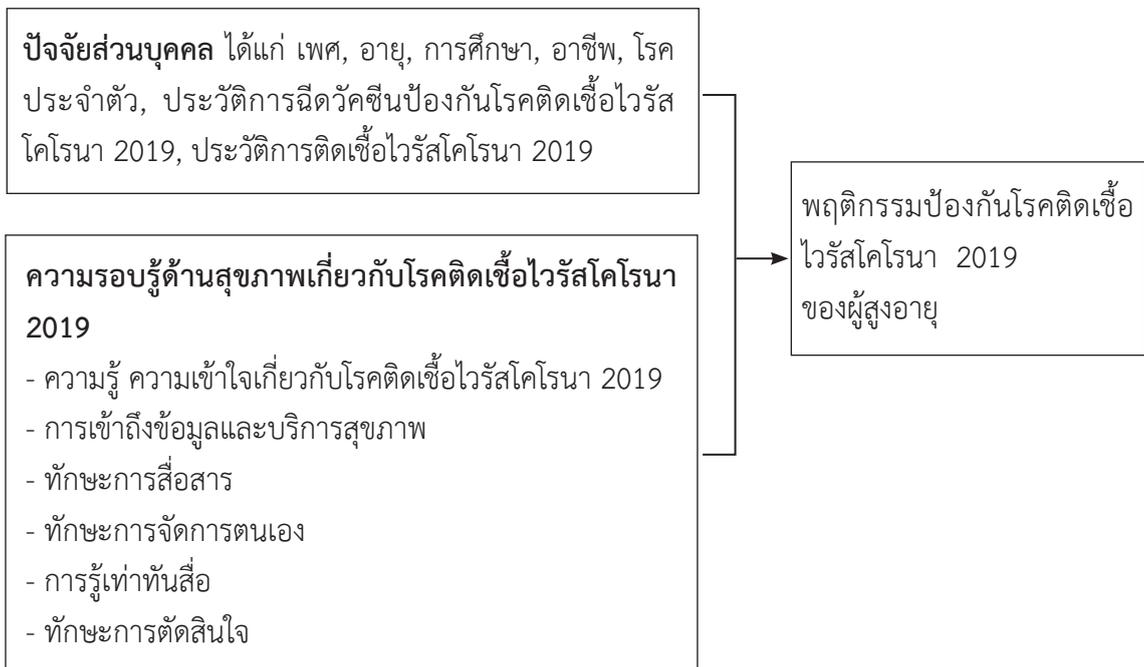
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของนัทปัม<sup>(10)</sup> และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิด ดังนี้



## ระเบียบวิธีการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา  
(Descriptive Research)

### ประชากร

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลแม่จัน  
อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย จำนวน 2,463 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการใช้  
สูตรของแดเนียล<sup>(11)</sup> โดยใช้ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95  
คำนวณ

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

$n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = จำนวนประชากรเป้าหมาย 2,463 คน

$Z_{\alpha/2}$  = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

$P$  = สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น  
ประจำ ร้อยละ 76<sup>(12)</sup>

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

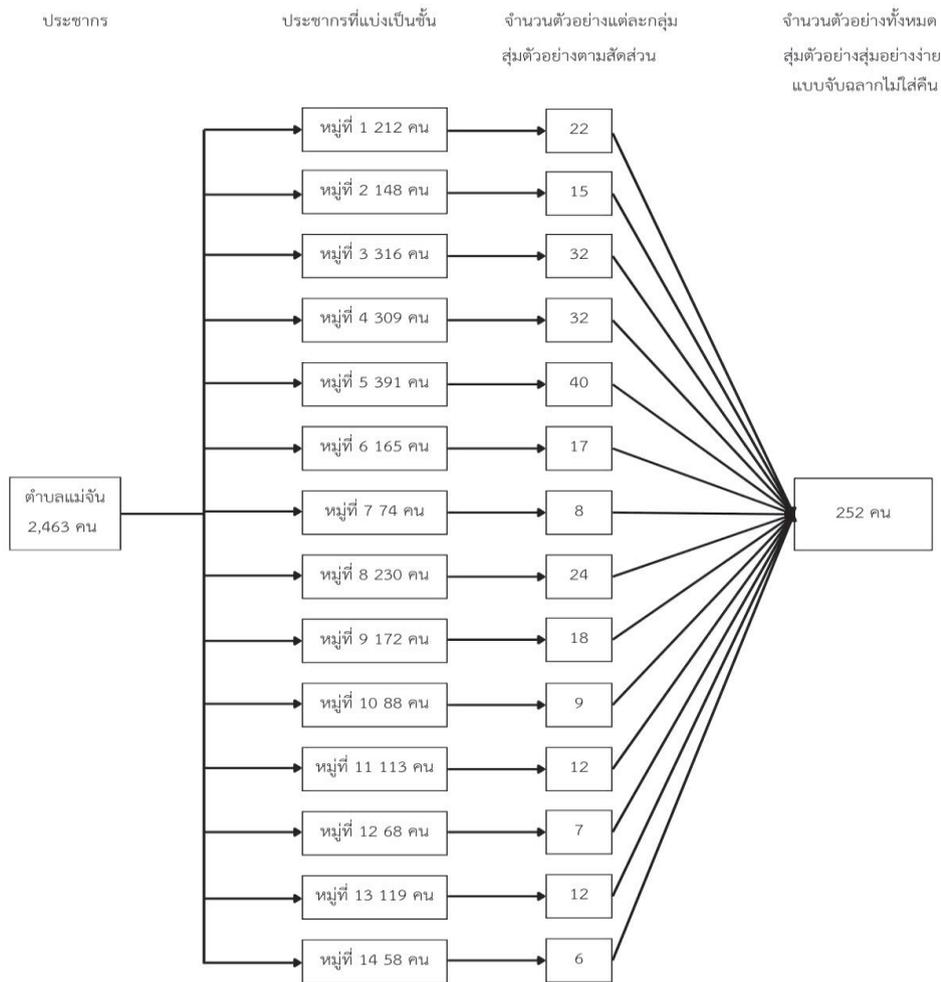
แทนค่า

$$n = \frac{2463(1.96)^2(0.76)(0.24)}{(2463-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.76)(0.24)}$$

$$n = 251.64$$

จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 252 คน  
สุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)  
จำแนกตามหมู่บ้านในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน

จังหวัดเชียงราย ทั้งหมด 14 หมู่บ้าน หลังจากนั้น  
สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยวิธี  
สุ่มอย่างง่าย แบบจับฉลากไม่ใส่คืน



ภาพที่ 1 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์จากกรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข<sup>(13)</sup> ประกอบด้วย 6 ด้าน ทั้งหมด 60 ข้อ ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบถูกผิด โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบใช่หรือไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เกณฑ์ของบลูม<sup>(14)</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (8-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) และระดับน้อย (0-5 คะแนน)

ด้านที่ 2 แบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 3 แบบสอบถามด้านทักษะการสื่อสาร จำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 4 ด้านทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 5 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 6 ด้านทักษะการตัดสินใจ จำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 2-6 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เรียงจากมากไปน้อย ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และมีคะแนน 5 4 3 2 1 คะแนนตามลำดับ

การแปลผลคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนนแต่ละอันตรภาคชั้น (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด/ จำนวนชั้น)<sup>(15)</sup> ได้แก่ ระดับดี (38-50 คะแนน) ระดับปานกลาง (24-37 คะแนน) และระดับน้อย (10-23 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(4)</sup> แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และด้านการออกกำลังกาย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ และมีคะแนน 5 4 3 2 1 คะแนนตามลำดับ

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุโดยรวม ตาม

ช่วงคะแนนแต่ละอันตรภาคชั้น (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด / จำนวนชั้น)<sup>(15)</sup> ได้แก่ ระดับดี (56-75 คะแนน) ระดับปานกลาง (36-55 คะแนน) ระดับน้อย (15-35 คะแนน)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อและวัตถุประสงค์ (Index of Consistency: IOC) ได้ IOC เท่ากับ 0.97

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

1. คำนวณด้วยวิธีของ Kuder and Richardson Method (KR20) ในแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.74

2. คำนวณด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการตัดสินใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.87 0.82 0.87 0.85 0.83 และ 0.88 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความเห็นชอบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เอกสารรับรองเลขที่โครงการวิจัย UP-HEC 1.2/026/66 ลงวันที่ 7 มกราคม 2566 ผู้วิจัยได้

ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดจากการตอบแบบสอบถามในผู้สูงอายุบางคน ผู้วิจัยจึงได้ช่วยอ่านแบบสอบถามให้ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

### ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.11 เพศชาย ร้อยละ 38.89 กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 68.66 ปี (S.D.=6.44) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 61.90 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.40 ได้เรียนหนังสือ โดยจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด

ร้อยละ 56.75 และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 24.60 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 49.60 มีอาชีพ ร้อยละ 50.40 ซึ่งประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 18.30 กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.30 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.70 พบเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 54.37 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74.60 ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 25.40 ซึ่งเคยติดเชื้อ 1 ครั้ง ร้อยละ 24.21

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.40 ( $\bar{X}=7.25$ ) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.30, 65.50, 63.90, 65.50 และ 68.30 ตามลำดับ ( $\bar{X}=32.48, 32.14, 32.05, 29.40, 32.39$  ตามลำดับ)

3. ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง-ดี ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล อยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.30 ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.10 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.30 และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.50

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=252)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</b>		
ระดับดี (8 – 10 คะแนน)	122	48.40
ระดับปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	93	36.90
ระดับน้อย (0 – 5 คะแนน)	37	14.70
Mean=7.25, S.D.=1.56, Min=3, Max=10		
<b>ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ</b>		
ระดับดี (38-50 คะแนน)	62	24.60
ระดับปานกลาง (24-37 คะแนน)	167	66.30
ระดับน้อย (10-23 คะแนน)	23	9.10
Mean=32.48, S.D.=7.40, Min=10, Max=50		
<b>ด้านทักษะการสื่อสาร</b>		
ระดับดี (38-50 คะแนน)	61	24.20
ระดับปานกลาง (24-37 คะแนน)	165	65.50
ระดับน้อย (10-23 คะแนน)	26	10.30
Mean=32.14, S.D.=7.52, Min=10, Max=50		
<b>ด้านทักษะการจัดการตนเอง</b>		
ระดับดี (38-50 คะแนน)	62	24.60
ระดับปานกลาง (24-37 คะแนน)	161	63.90
ระดับน้อย (10-23 คะแนน)	29	11.50
Mean=32.05, S.D.=7.92, Min=10, Max=50		
<b>ด้านการรู้เท่าทันสื่อ</b>		
ระดับดี (38-50 คะแนน)	33	13.10
ระดับปานกลาง (24-37 คะแนน)	165	65.50
ระดับน้อย (10-23 คะแนน)	54	21.40
Mean=29.40, S.D.=7.71, Min=10, Max=50		
<b>ด้านทักษะการตัดสินใจ</b>		
ระดับดี (38-50 คะแนน)	62	24.60
ระดับปานกลาง (24-37 คะแนน)	172	68.30

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (10-23 คะแนน)	18	7.10
Mean=32.39, S.D.=7.34, Min=10, Max=50		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=252)

พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล</b>		
ระดับดี (25.67-35 คะแนน)	152	60.30
ระดับปานกลาง (16.34-25.66 คะแนน)	92	36.50
ระดับน้อย (7-16.33 คะแนน)	8	3.20
Mean=27.03, S.D.=5.27, Min=7, Max=35		
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>		
ระดับดี (12-15 คะแนน)	144	57.10
ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน)	95	37.70
ระดับน้อย (3-7 คะแนน)	13	5.10
Mean=11.66, S.D.=2.38, Min=3, Max=15		
<b>ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม</b>		
ระดับดี (14.67-20 คะแนน)	167	66.30
ระดับปานกลาง (9.34-14.66 คะแนน)	74	29.40
ระดับน้อย (4-9.33 คะแนน)	11	4.40
Mean=15.39, S.D.=3.27, Min=4, Max=20		
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>		
ระดับดี (3.68-5 คะแนน)	102	40.50
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	60	23.80
ระดับน้อย (1-2.33 คะแนน)	90	35.70
Mean=3.07, S.D.=1.31, Min=1, Max=5		

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากตารางที่ 3 พบว่า มีปัจจัยที่นำเข้าสู่สมการทั้งหมด 8 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ การศึกษา และโรคประจำตัว)

และปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะ

การสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการตัดสินใจ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ มีจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (โรคประจำตัว (X1)) ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (X2), ด้านทักษะการจัดการตนเอง (X3), ด้านทักษะการตัดสินใจ (X4) และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (X5)) โดยทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติด

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 (Adj. R<sup>2</sup>=.570, F=67.568, p<0.05) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (โรคประจำตัว) รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ด้านทักษะการจัดการตนเอง, ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ) ตามลำดับ

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยแสดงปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=252)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	β	t	p-value
โรคประจำตัว (X1)	2.385	.947	.105	2.518	.012*
ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (X2)	1.187	.295	.175	4.019	.000*
ด้านทักษะการจัดการตนเอง (X3)	.439	.104	.328	4.229	.000*
ด้านทักษะการตัดสินใจ (X4)	.321	.116	.222	2.775	.006*
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (X5)	.252	.097	.176	2.596	.010*
Constant = 14.303, Adj. R <sup>2</sup> = .570, F = 67.568, *p-value < 0.05					

### วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการตัดสินใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุเผชิญกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคติด

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน และสื่อออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย<sup>(16)</sup> พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$ =57.15, S.D.= 10.59) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุปฏิบัติตามคำแนะนำ และมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อพิจารณาพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด ได้แก่ การสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน หรืออยู่ในที่มีคนเป็นจำนวนมาก รองลงมาคือ การเลือกรับประทานอาหารอาหารที่ร้อน หรือปรุงสุกใหม่ๆ และการล้างมือด้วยสบู่ และน้ำสะอาด หรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือหลังจากจับสิ่งของสาธารณะ เช่น ราวบันได ที่จับประตู เป็นต้น ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ<sup>(17)</sup> พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ มีจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (โรคประจำตัว) ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ด้านทักษะการจัดการตนเอง, ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ) โดยทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 (Adj.  $R^2$ =.570,  $F$  = 67.568,  $p < 0.05$ ) อภิปรายรายตัวแปรได้ดังนี้

โรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.30 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีกว่า อาจมีสาเหตุจากผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีความเสี่ยงต่อการมีอาการที่รุนแรงขึ้นเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีโรคเรื้อรังจะมีความกลัวต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(18)</sup> ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจึงมีความตระหนักและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย<sup>(19)</sup> พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากคนในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติด

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่ เขต  
จอมทอง กรุงเทพมหานคร<sup>(20)</sup> พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 ด้านทักษะการจัดการตนเอง  
พบว่า ทักษะการจัดการตนเอง สามารถทำนาย  
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
ได้ อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำ  
ตัว จึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ การจัดการ  
ตนเองให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่าง  
สม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกัน  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี สอดคล้อง  
กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่พบว่า ผู้สูง  
อายุที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยง  
ต่อการเป็นโรค เมื่อเป็นโรคจะมีความรุนแรงส่ง  
ผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติเพื่อ  
ป้องกันโรคนั้นจะเกิดผลดีในการลดความเสี่ยงต่อ  
การเป็นโรค จึงต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน  
โรคอย่างสม่ำเสมอ<sup>(21)</sup> สอดคล้องกับการศึกษา  
ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ให้บริการด้านการนวด  
ในสถานประกอบการด้านการแพทย์แผนไทย<sup>(22)</sup>  
พบว่า หากบุคคลมีความสามารถในการรักษาความ  
ต่อเนื่องของการกระทำและการจัดการตนเองใน  
ระดับที่เหมาะสม จนสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ รวมทั้งสามารถ  
แนะนำบุคคลรอบข้างให้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง  
และปลอดภัย บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการป้องกัน  
โรค COVID-19 ที่ดีกว่าผู้ที่มีการจัดการตนเองใน  
ระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผล  
ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงาน

เฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของอสม.<sup>(23)</sup>  
พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการ  
จัดการตนเอง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการ  
ป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาด  
โรคโควิด-19 ของ อสม ได้ถึงร้อยละ 40.90

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 ด้านทักษะการตัดสินใจ พบ  
ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจในระดับ  
ปานกลาง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกัน  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ อธิบายได้จาก  
ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน  
ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้และ  
ความเชื่อ การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทาง  
สังคมจากครอบครัวและเครือข่ายสังคม ผู้สูงอายุ  
ในชุมชนได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจาก  
คนในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้า  
หน้าที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เมื่อผู้สูง  
อายุเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นดี จะสามารถกำกับตนเอง  
และตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และ  
เหมาะสมได้<sup>(24)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย  
ทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัส  
ผู้ป่วยวัณโรค<sup>(25)</sup> พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ  
ด้านทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ  
พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคและสามารถทำนาย  
พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคได้

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและ  
บริการสุขภาพ พบว่า สามารถทำนายพฤติกรรมการ  
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ อาจเนื่อง  
มาจาก ช่วงที่มีการระบาดเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
และอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละหมู่บ้านมีการ  
ประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส  
โคโรนา 2019 และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

อย่างต่อเนื่อง มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงและสืบสวนโรคอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีความตื่นตัวและติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งจาก อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และทางสื่อออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ตำบลเวียงนาง จังหวัดมหาสารคาม<sup>(12)</sup> พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้สำรวจเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอแม่จันได้ เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคล และบริบทของชุมชนที่แตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่า โรคประจำตัว ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ด้านทักษะการจัดการตนเอง, ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้ ในเชิงบวก ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน การให้สุขศึกษา และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชน สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้

สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้สำรวจในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มอื่น ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูล และแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในทุกกลุ่มวัย
2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทุกตำบลในระดับอำเภอ เพื่อเป็นข้อมูลในการขับเคลื่อนนโยบายระดับอำเภอ ให้ผู้สูงอายุในอำเภอแม่จันมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีในระยะยาว
3. ควรมีการศึกษาโปรแกรม หรือกิจกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ

### เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์และการวิจัยและพัฒนา. รายงานข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ณ วันที่ 1 กันยายน 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid19.nrct.go.th/daily-report-1sep2022/>
2. ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จังหวัดเชียงราย. สถานการณ์โควิดของประเทศไทยและจังหวัด. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.chiangrai.go.th/covid/>
3. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทความสุขภาพ: ผลสำรวจคนไทยกว่าร้อยละ 30 ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงติดโควิด 19. [อินเทอร์เน็ต]. 2565.

- [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/07/172715/>
4. กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int\\_protection/int\\_protection\\_030164.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf)
  5. กัมปนาท โคตรพันธ์, นิยม จันทร์นวล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ มอบ. วิจัยครั้งที่ 16 Research and Innovation for SDGs in the Next Normal; 11-12 กรกฎาคม 2565; มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี: 2565. หน้า 148-60.
  6. วรณฤดี เชาว์อวยชัย, รัตติกาล พรหมพาหกุล, อารีญา ประเสริฐสังข์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(2):41-8.
  7. Mae Chan Community Health Center, Medical Records and Statistics Unit. Covid-19 Statistic in Mae Chan District, Chiangrai Province. Chiangrai: Mae Chan Hospital, Ministry of Public Health; 2022.
  8. ปิยะนันท์ เรือนคำ, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, ยุวณูช สัตยสมบุญ, แพทย์พัทตร์ อุทิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565; 31(SUPP2): 247-59.
  9. Adamchareon B, lemsawasdikul W. Relationship between health literacy and COVID-19 preventive behaviors in new normal era among working-age people in the Bangkok Metropolitan and its suburbs. Thai Journal of Nursing 2022; 71(3):27-35.
  10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social science & medicine 2008; 67(12):2072-8
  11. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: จามจุรี โปรดักต์; 2551.
  12. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปณิตดา งามเปี่ยม, สุรัตนา เหล่าไชย, ประภากร ศรีสว่างวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ตำบลเวียงน้ำ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564; 14(3):104-14.
  13. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, อังคินันท์ อินทรกาแหง. รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรคภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบดำเนินงานอำเภอรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรค. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
  14. Bloom BS. Toward a theory of testing which includes measurement-evaluation-assessment: University of California; 1968.

15. Best JW, Kahn JV. Research in Education. Boston: Allyn and Bacon; 1997.
16. กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรรณิกำจร, ดวงใจ ปันเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอำยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงรอำย. พยบาสลสาร มหำวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565; 49(1):200-12.
17. วิลำสินี หล่ำน้อย, ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, กำญจนำ พิบูลย์, ธรรมวัฒน์ อุปวงชำพัฒน์. ปัจจัยทำนอำยพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนำ 2019 ของผู้สูงอำยในอำคตะวันออกเฉียง. วารสารศุนย์อำยณำมัยที่ 9 2566; 17(1):394-407.
18. Ayaz-Alkaya S, Dülger H. Fear of coronavirus and health literacy levels of older adults during the COVID-19 pandemic. Geriatric Nursing 2022; 43:45-50.
19. อลิชำ เป็ยจันท์, สล็กจิต แจ้งเอ็ยม, วำสนำ บุญยมณี, ศิริล็กษณ์ วรรมลละเอ็ยด, วิมล อ่อนแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนำ 2019 ของประชำชนตำบลเมืองเกำ อำเภอมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม 2567; 8(6):227-39.
20. ปิยะนันท์ เร็อนค้ำ, สุนธำ คงศีล, สุขุม เจ็ยมตณ, ยุวณุช สัตยสมบูรณ, เพ็ญพัทตร์ อุทิต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนำ 2019 ของประชำกรผู้ใหญ่: กรณิศักชำเขตจอมทอง กรุงเทพมหำนคร. วารสารวิชำการสำธำรณสุข 2565; 31(SUPP2): 247-59.
21. ชื่นกมล สิทธิยอดยั้ง. แบบแผนควำมเชื่อด้ำนสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สำมำรถควบคุมควำมดันโลหิตได้ โรงพยบาสลนภำลัยจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสำรศำสตร์สุขภาพและกำศึกษำ 2565; 2(2):46-60.
22. นพวรรณ วัชรพุท. เรื่องปัจจัยพยำกรณ์พฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนำ 2019 (COVID-19) ของผู้ให้บริกำรด้ำนกำรนวดในสถำนประกอบกำรด้ำนกำรแพทยแผนไทย จังหวัดพิษณุโลก [วิทยำนิพนธ์ปริญญาสำธำรณสุขศำสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหำวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
23. เอกรำช มีแก้ว, วัลลภ ใจดี, สุนิชำ แสงจันท์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับควำมรอบรู้ด้ำนสุขภาพและพฤติกรรมกำป้องกันตนเองในกำรปฏิบัติกำรเฝำระวังกำรระบำนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนำ 2019 ของอำสำสมัครสำธำรณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดำว จังหวัดจันท์บุรี. วารสำรพยบาสลกรษทรวงสำธำรณสุข 2564; 32(1):74-87.
24. เบลูจมำศ ถำดแสง, พิรณุช ลำเซอร์. กำรสร้ำงเสริมควำมเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในกำรดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบำหวำนและโรคควำมดันโลหิตสูงให้มีสุขภาพดีทำมวิธีชุมชนตำบลตำลำนขัวญอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วารสำรรำชธำนีนวัตกรรมทำงวิทยำศำสตร์สุขภาพ 2561; 2(3):1-17
25. พลอยไพลีน จินตนำ, เท็ยนทอง ต๊ะแก้ว. ปัจจัยทำนอำยพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปำง. วารสำรสำนังงำนป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลรำชธำนี 2567; 22(1):78-89.

พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
ในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จันทบุรี

Development of a model to promote access to health services for the  
elderly with dependency in the elderly clinic Laem Sing Hospital,  
Chanthaburi Province

พรทิพย์ ปัญญาสิทธิ์<sup>1\*</sup>, พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์<sup>2</sup>  
Pornthip Punyasit<sup>1\*</sup>, Pichet Punyasit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี  
<sup>2</sup>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

<sup>1</sup>Laem Sing Hospital Chanthaburi Province

<sup>2</sup>Nayaam District Health Office, Chanthaburi Province

\*Correspondence to: anpornthip24@gmail.com

Received: Oct 7, 2024 | Revised: Nov 29, 2024 | Accepted: Dec 6, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมพัฒนา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 26 คน และกลุ่มที่รับบริการจากการนำรูปแบบไปให้บริการโรงพยาบาลแหลมสิงห์ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 คน ทำการพัฒนา 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนและพัฒนารูปแบบฯ การนำรูปแบบฯ ไปใช้ให้บริการ การประเมินผล และการสะท้อนผล เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม และเวทีการมีส่วนร่วมในการหาปัญหาและพัฒนารูปแบบฯ และแบบประเมินการเข้าถึงบริการและ ADL ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 66-70 ปี ร้อยละ 53.3 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.0 มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.3 และโรคไต ร้อยละ 16.7 มีผู้ดูแล ร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพที่ก่อรายได้ร้อยละ 53.3 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า UC ร้อยละ 80.0 ปัญหาการเข้าถึงบริการคือ ไม่มีบุคคลส่งมารับบริการที่โรงพยาบาล ช่องทางบริการที่ผู้สูงอายุไม่ทราบคือการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาคือ รูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุแบบบูรณาการในคลินิกผู้สูงอายุ จากการนำรูปแบบไปให้บริการ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 91.66 คะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธอเอตี้แอล (Barthel index of Activities of Daily Living: ADL) เพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ย 10.58 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น 5 คน และสามารถลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ 4 คน และพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการฯ ก่อนและหลังต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $> 0.001$

**คำสำคัญ:** คลินิกผู้สูงอายุ, การเข้าถึงบริการ, ภาวะพึ่งพิง, ดัชนีบาร์เธอเอตี้แอล

## Abstract

This action research aimed to develop a model to promote access to health services for the elderly who are dependent at the elderly clinic of Laem Sing Hospital, Chanthaburi Province. The target group that participated in the development were 26 people, consisting of doctors, nurses, and staff of the sub-district health promotion hospital, and the group that services providing at Laem Sing Hospital were 60 dependent elderly people. The development process involved 4 steps: planning and developing the model, implementing the model for service provision, evaluating the results, and reflecting on the results. The tools were questionnaires, a forum for participation in problem solving and model development, and an assessment form of access to services and ADL screening. Data was analyzed with descriptive statistics and Paired Sample t-test.

The results were found the dependent elderly in the clinic were mostly females, 66-70 years old (53.3%), primary school level (45.0%), have chronic diseases such as high blood pressure (23.3%), renal disease (16.7%), have caregivers (80.0%), work in income-generating occupations (53.3%), have universal health coverage UC (80.0%). The problem of accessing services was lack of the one bring them to the hospital clinic. The service channel that the elderly do not know is ECG. The service model name is the integrated elderly service model in the elderly clinic. Model evaluation after 3 months of implementation found the elderly could access health services by 91.66 percent. The score of the assessment of the ADL was increased with an average of 10.58, the ability to perform daily activities increased by 5 people, and the ability to sit from bed or bed to chair 4 people. It was found that the elderly were satisfied with the service model before and after, with statistical significance at  $> 0.001$ .

**Keywords:** geriatric clinic, access to services, dependency, ADL

## บทนำ

โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 ของประชากรโลก โดยปัจจุบัน ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)<sup>(1)</sup> ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ แล้วนั่นคือ การมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคม สูงอายุ ระดับสมบูรณ์ (Completed Aged Society) ใน พ.ศ. 2564 ซึ่งหมายถึงสังคมที่มี

ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากร คาดการณ์ว่า ใน พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุ ระดับสุดยอด (Super Aged Society) คือ มีผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 28 ของประชากร<sup>(2)</sup> จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชากรสูงอายุ ในสังคมไทย ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นตามไปด้วย หลายหน่วยงานมีความตื่นตัว ในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ (Aging society)

จึงเป็นที่มาของการจัดบริการและทำโครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2545-2564) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 6 มาตรการ ประกอบด้วย มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ป้องกันดูแลตนเอง เบื้องต้น มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน และสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ มาตรการด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เข้าใจข่าวสารและสื่อ และมาตรการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย<sup>(3)</sup>

เพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเน้นให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าเท่าเทียมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเข้าสู่สังคมสูงวัยและให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับชั้น<sup>(4)</sup> โดยมีเป้าหมายสำคัญคือเพื่อปิดช่องว่างความไม่เท่าเทียมและมุ่งสร้างความทั่วถึงด้านการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ กระจายโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้รับการดูแลรักษาตลอดจนช่วยเหลือการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและให้ผู้สูงอายุคงศักยภาพในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ<sup>(5)</sup>

จากการประเมิน ADL ในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ ในกลุ่มผู้สูงอายุ แบ่งตามกลุ่มศักยภาพการดูแลตัวเองในกิจวัตรประจำวัน จำนวน 2,335 คน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ปกติ) จำนวน 2,194 คน คิดเป็นร้อยละ 93.96 กลุ่มติดบ้าน (เริ่มมีปัญหา) จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 4.45 และกลุ่มติดเตียง (มีปัญหาต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัวและหน่วยบริการสุขภาพ) จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 1.58 จากการดำเนินงาน

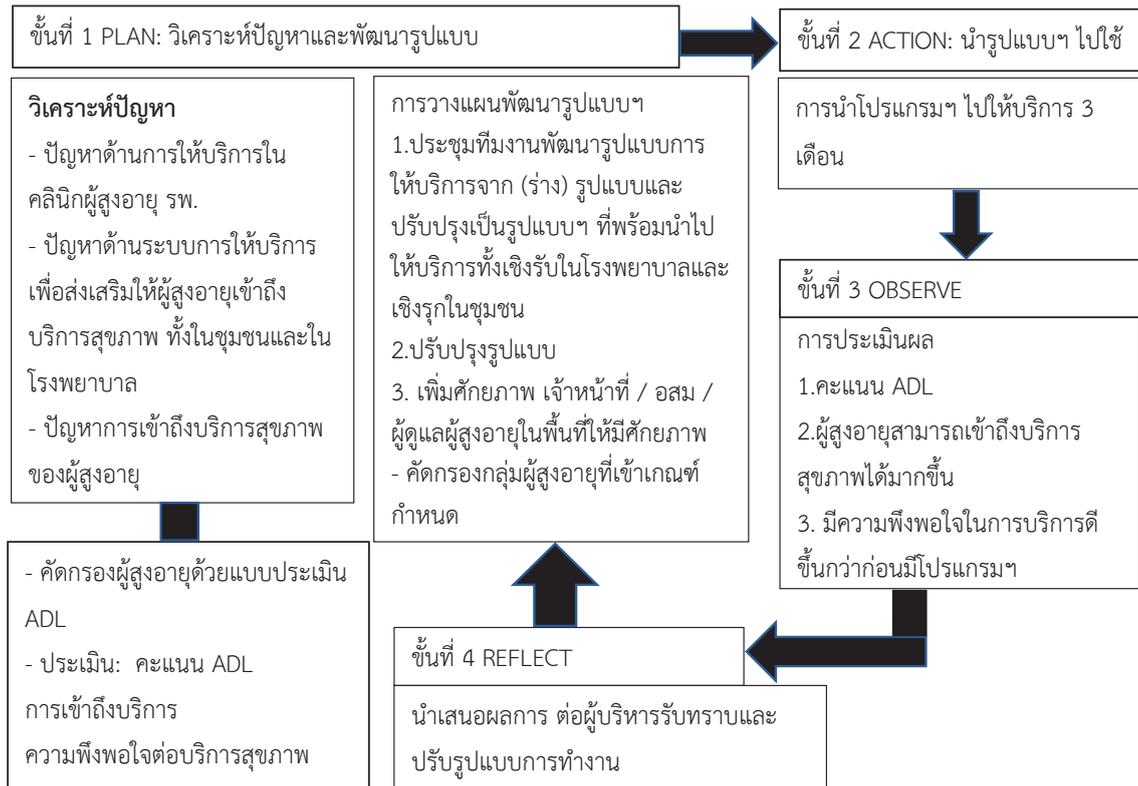
คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง กลุ่มติดปกติยังไม่ได้รับการเข้าถึงบริการในคลินิกผู้สูงอายุ และที่มารับบริการในคลินิกยังน้อยอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มและเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมยังได้รับการส่งต่อเข้ามาดูแลต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุน้อยมาก (กลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้มจำนวน 290 คน ได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 8.84 กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม จำนวน 58 คน ได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ 4 คน (คิดเป็นร้อยละ 6.89) ซึ่งยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการเป็นอย่างมาก

กลุ่มการพยาบาล โดยคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จึงคิดพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ ภายใต้โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จันทบุรี เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เข้าถึงบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหา (specific caregiving situations or problems)<sup>(6)</sup> เกิดความต่อเนื่องและตอบสนองนโยบายผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข เปิดช่องทางให้กลุ่มผู้สูงอายุได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม เป็นการสร้างระบบที่ดีมีประสิทธิภาพกับผู้สูงอายุต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จันทบุรี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ<sup>(7)</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผน (Plan) การนำไปปฏิบัติ (Action) การสังเกตและประเมินผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบ ทำการศึกษาในพื้นที่ศึกษา ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากโรงพยาบาลแหลมสิงห์ และ รพ.สต. กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิง ADL 5-11 คะแนน โดยความสมัครใจ อ่านออกเขียนได้ หรือรับรู้ด้านการสื่อสารได้ และเคยมารับบริการ

ที่คลินิกผู้สูงอายุ ขั้นตอนการพัฒนาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

**ขั้นตอนที่ 1** การวิเคราะห์ปัญหาและการพัฒนารูปแบบ ทำการเก็บข้อมูลสถานการณ์ปัญหากับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และข้อมูลกระบวนการให้บริการจากการประชุมทีมผู้ให้บริการ เพื่อให้เห็นภาพของการให้บริการที่มีอยู่เดิม หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาช่องว่างปัญหาและนำมาพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการโดยการมีส่วนร่วมของทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลแหลมสิงห์ และ รพ.สต. เพื่อให้ได้เป็นรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพใน

ผู้สูงอายุ โดยการทบทวนกิจกรรม การดำเนินงาน คลินิก และการจัดเวทีประชุมแบบมีส่วนร่วมวางแผน และทำการพัฒนารูปแบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การทำงานด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วมเพื่อกำหนดรูปแบบการให้บริการ และ ทำการตรวจสอบรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอก ในระดับจังหวัดสองคน และผู้ปฏิบัติร่วมกันตรวจสอบรูปแบบก่อนนำไปใช้

**ขั้นตอนที่ 2** ทีมผู้ให้บริการร่วมวางแผน การนำรูปแบบฯ ไปใช้ ผ่านความเห็นชอบของทีม บริหารโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ ทีม สสอ. ดังนี้

การนำรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไปใช้ให้บริการ

1) จัดเวทีประชุมทีมเสนอรูปแบบเชิงนโยบาย ในระดับอำเภอเพื่อนำรูปแบบไปปฏิบัติ ทีมสหสาขา วิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์ (แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ พยาบาลสุขภาพจิต นักจิตวิทยา นักกายภาพ นักโภชนาการ เภสัชกร นักแพทย์แผนไทย ทันตแพทย์ ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ทุก รพ.สต. ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จัดทำรูปแบบกิจกรรมการดำเนินงาน จนได้ รูปแบบสอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเข้ารับ การดูแลต่อเนื่องที่คลินิกผู้สูงอายุตามแผน

2) จัดอบรมผู้ปฏิบัติทีมงานในระดับอำเภอ เรื่องความรู้ในการให้บริการผู้สูงอายุ เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบ จัดประชุมเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ ผู้เกี่ยวข้องงานผู้สูงอายุรับทราบระบบ รูปแบบ การให้บริการตามแบบพัฒนา ช่องทางการเข้าถึง บริการ และช่องทางการส่งต่อผู้สูงอายุร่วมกันทุก

จุดบริการ ขั้นตอนการประเมินผลการดูแลเป็นการ เข้าถึงบริการในคลินิกผู้สูงอายุกำหนดการดำเนิน กิจกรรมร่วมกัน

3) ดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริม การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ โดยทีม สหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาล และพื้นที่ชุมชน/ อสม.

4) จัดเวทีเสนอผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ ในการลงปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งในรูปแบบการปรึกษาหารือ สนทนา การระดมสมอง ทีมบริหาร ทีมย่อย แบบกลุ่ม และภาพรวมในการลงพื้นที่แต่ละครั้ง เพื่อ รับทราบปัญหา-อุปสรรค เก็บรวบรวมข้อมูล

**ขั้นตอนที่ 3** การประเมินผลการนำรูปแบบไป ใช้โดยใช้แบบสอบถาม เน้นเนื้อหาในการประเมิน 3 ประเด็น คือ คะแนน ADL การเข้าถึงบริการ สุขภาพของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการ บริการ

**ขั้นตอนที่ 4** การสะท้อนผลการรูปแบบฯ ไปใช้โดยทีมวิจัยและผู้ให้บริการ โดยสะท้อนผล ให้กับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และทีมผู้บริหาร โรงพยาบาล เพื่อนำรูปแบบฯ ไปปรับใช้ใน โรงพยาบาลแหลมสิงห์

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิง พรรณนา ใช้ Pair t-test เปรียบเทียบความพึงพอใจ ก่อนและหลัง การนำรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึง บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม วิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษยจังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 หมายเลข โครงการวิจัย 044/66

## ผลการศึกษา

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จากการสำรวจการประเมิน ADL ในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ ในกลุ่มผู้สูงอายุ แบ่งตามกลุ่มศักยภาพการดูแลตัวเองในกิจวัตรประจำวัน จำนวน 2,335 คน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ปกติ) จำนวน 2,194 คน คิดเป็นร้อยละ 93.96 กลุ่มติดบ้าน (เริ่มมีปัญหา) จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 4.45 และกลุ่มติดเตียง (มีปัญหาต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัวและหน่วยบริการสุขภาพ) จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 1.58 จากการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง กลุ่มผิปกตติยังไม่ได้รับการเข้าถึงบริการในคลินิกผู้สูงอายุ และที่มารับบริการในคลินิกยังมีน้อยอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม และเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมยังได้รับการส่งต่อเข้ามาดูแลต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุน้อยมาก กลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้ม จำนวน 290 คน ได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 8.84 กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม จำนวน 58 คน ได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.89

ข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์เป็นเพศหญิง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 73.0 อยู่ในช่วงอายุ 66-70 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ค่าเฉลี่ย 70.90 อายุสูงสุด 83 ปี อายุต่ำสุดที่มารับบริการ 60 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 มีโรคประจำตัว จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 รองลงมาโรคไต จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 80.0 ต้องประกอบอาชีพที่หารายได้ จำนวน 32 คน คิด

เป็นร้อยละ 53.3 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 4,973.33 บาท คิดเป็นร้อยละ 61.7 มีรายได้ไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 51.7 มีภาระหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 21.7 มีสิทธิรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า UC คิดเป็นร้อยละ 80.0

ผลการวิเคราะห์กระบวนการให้บริการก่อนการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนาแบบมีแนวทางการพัฒนา Flow การดำเนินงานผู้สูงอายุ ก่อนมีการพัฒนารูปการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ ที่มีการให้บริการเป็นส่วนๆ ไม่เชื่อมโยงกัน และพบว่าในรูปแบบเดิม มีรายละเอียดมากและหลายประเด็นในการคัดกรอง ดูแลรักษาและการติดตาม ทำให้เกิดความยุ่งยากทั้งในผู้ให้บริการงานผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มารับบริการ รวมถึงญาติและผู้ดูแล ต้องใช้เวลานานในการให้บริการ ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการมาโรงพยาบาล เนื่องจาก

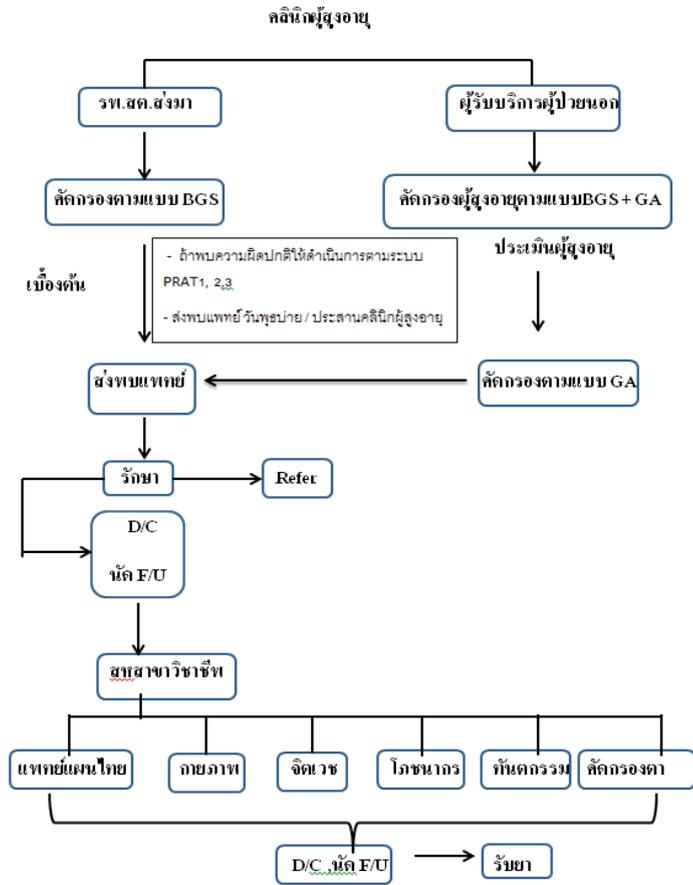
1. ผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน เป็นเจ้าหน้าที่ให้บริการงานผู้ป่วยนอกซึ่งยังไม่มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ทำให้เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นหน้างาน เกิดความล่าช้าในการให้บริการ รอคอยนาน

2. เจ้าหน้าที่ยังไม่มีแนวทางการในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดความสับสนทั้งการบริการ การประสานกับหน่วยงาน สหสาขาวิชาชีพ

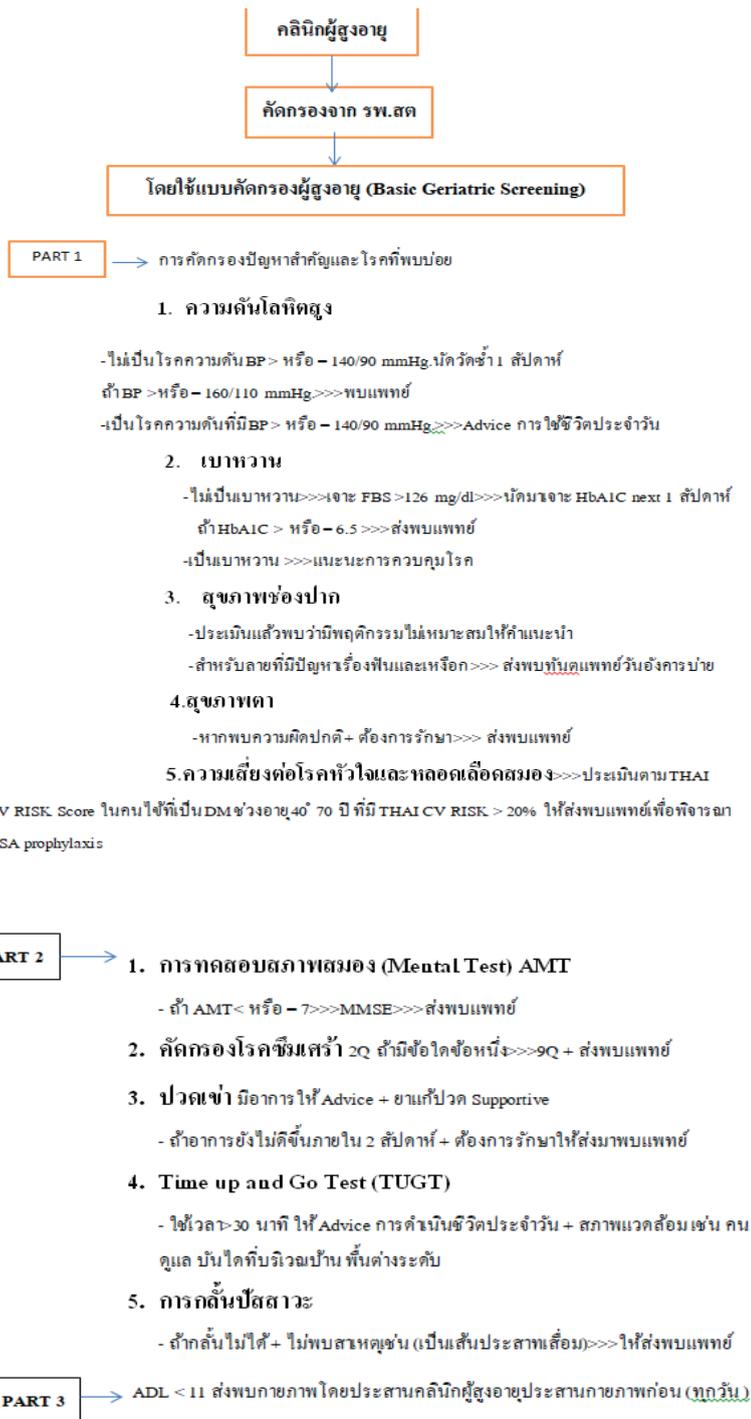
3. ขั้นตอนและกิจกรรมเจ้าหน้าที่ยังไม่มี ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ

4. เมื่อในชุมชนมีการคัดกรองผู้สูงอายุและพบกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ขาดช่องทางในการส่งต่อหรือติดต่อประสานงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ทำให้จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุน้อย

5. ผู้สูงอายุที่มารับบริการไม่ได้ต้องการ หรือผู้สูงอายุต้องการรักษาอาการหรือโรคที่เป็น  
 คลินิกผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งอาจยังเห็นความสำคัญ เท่านั้น



ภาพที่ 1 การให้บริการผู้สูงอายุภาพรวมในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ ก่อนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์

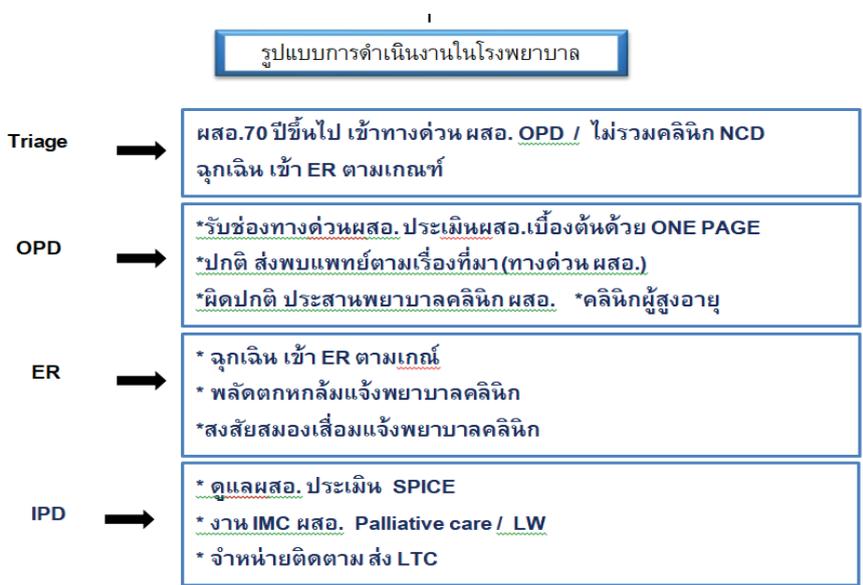
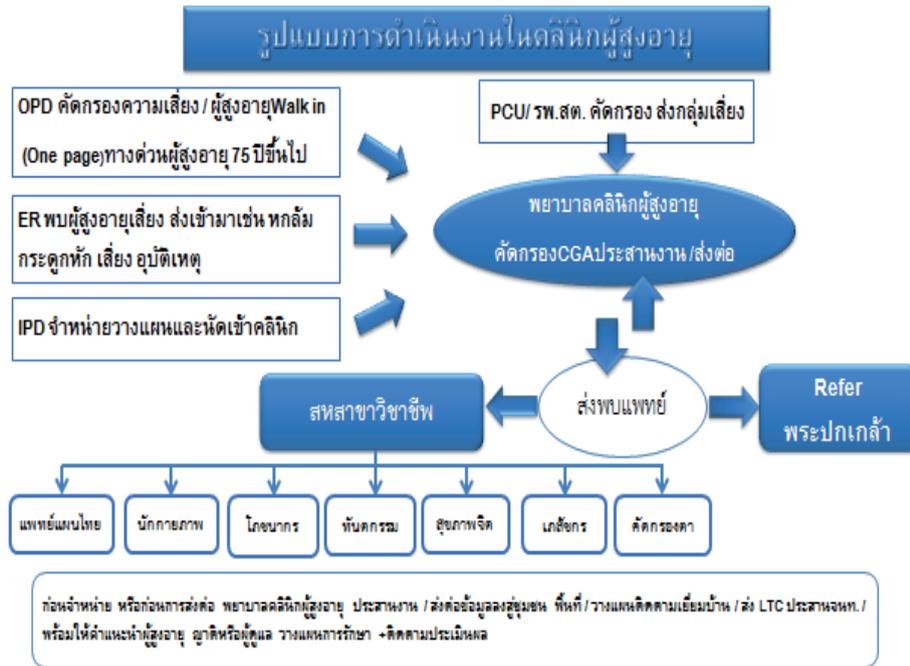


**ภาพที่ 2** การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์

รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการใน รพ.สต. ความคิดเห็น ประกอบด้วย ผู้บริหาร/หัวหน้างาน  
ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแหลมสิงห์ ที่ได้จาก ผู้รับผิดชอบงานทั้งในส่วน of โรงพยาบาลพร้อม  
กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ภาคเครือข่าย รพ.สต.ใน

พื้นที่ / อสม. ทำให้เกิดรูปแบบใหม่ คือ รูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุแบบบูรณาการในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดการพัฒนางานแบบมี

ส่วนร่วมด้วยกัน ได้ระบบงานที่ชัดเจนมากขึ้น มีขั้นตอน มีผู้รับผิดชอบงานเป็นมีช่องทางในการดำเนินงาน มีช่องทางการเข้าระบบการให้บริการ โดยมีรูปแบบใหม่ ดังนี้ (ภาพที่ 3)



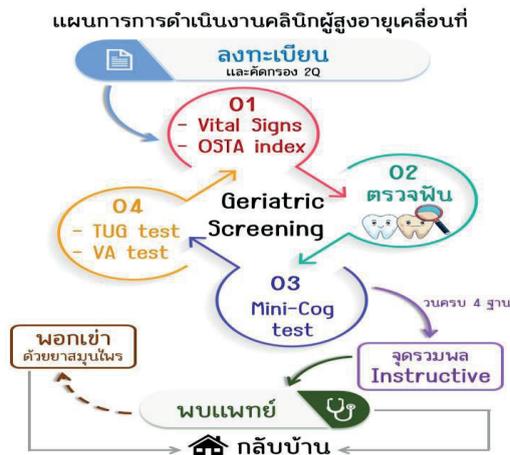
ภาพที่ 3 รูปแบบการให้บริการแบบบูรณาการโดยคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์

แนวทางการการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการให้บริการในโรงพยาบาลแหลมสิงห์ ได้มีการวางแผนทิศทางงานยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ โดยงานผู้สูงอายุอยู่ในแผนสำคัญของโรงพยาบาล ตามวิสัยทัศน์: โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำ ในการดูแลผู้สูงอายุและชุมชนท่องเที่ยวแหลมสิงห์ เป็นงานใน 4 ยุทธศาสตร์ 8 โครงการ 29 ตัวชี้วัด และเป็น Roadmap 3 โครงการผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตดี มี KPI 4 ตัว จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการดำเนินงานที่ชัดเจนมากขึ้น การนำไปใช้ในรูปแบบนโยบายของโรงพยาบาล โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ทีมเครือข่าย สาธารณสุขอำเภอ ทีมพื้นที่ รพ.สต. อสม. ร่วมกันทำงานอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการทำงานเป็นทีม มีการประสานงานและวางแผนปรับระบบเพื่อพบปัญหาอุปสรรค ร่วมกับการติดตามงานและการประชุมเพื่อการปรับแผนงานในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้แผนการออกคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ (ได้เพิ่มเติมจากเดิมที่ตั้งรับการให้บริการเฉพาะในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว) และเกิดแนวทางการดำเนินต่อเนื่องซึ่งเป็นผลจากการระดม

สมองเรื่องการวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง ดังนี้

1) การป้องกันเชิงรุกในชุมชน การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุม และเหมาะสมในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยง และได้รับการให้คำแนะนำการป้องกันหกล้ม พร้อมผู้ดูแลอบรม จัดประชุม Care giver อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีการประชาสัมพันธ์ให้มีความสำคัญของผู้สูงอายุ ฝ่าระวังการพลัดตกหกล้ม เพื่อร่วมกันดูแลในชุมชน เช่น เสี่ยงตามสายของวิทยุชุมชน Line

2) การป้องกันเชิงรับ การจัดบริการผู้สูงอายุในรูปแบบ ผู้สูงอายุ OPD IPD คลินิกผู้สูงอายุ จัดบริการ ผู้สูงอายุ 70 ปี เข้าทางด่วนผู้สูงอายุ วางแผนการจำหน่าย มีการติดตามผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้ม เพื่อการประเมิน ช่วยเหลือไม่ให้เกิดหกล้มซ้ำ พร้อมสอบถามผู้ดูแลให้ชัดเจน การประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ที่เสี่ยงต่อการหกล้ม การติดตามต่อเนื่อง ส่งข้อมูลไปพื้นที่ บวกกับการติดตามเยี่ยมบ้าน การวางแผนปรับปรุงพัฒนาระบบให้เหมาะสมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป



ภาพที่ 4 รูปแบบการให้บริการแบบบูรณาการโดยคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแหลมสิงห์

ผลลัพธ์จากการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการให้บริการที่ได้ ประกอบด้วย ผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 10.13 คะแนน มีปัญหาการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.0) ภายหลังจากนำรูปแบบฯ ไปใช้พบว่า คะแนน ADL เพิ่มขึ้นมีค่าเฉลี่ย 10.58 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น การรับประทานอาหาร (Feeding) จำนวน 5 คน (ร้อยละ 8.33) ลูกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) จำนวน 4 คน (ร้อยละ 6.6)

การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลมีบุคคลมาส่งที่โรงพยาบาล จำนวน 48 คน (ร้อยละ 80.0) ภายหลังจากการนำรูปแบบฯ ไป

ใช้ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก และมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยมีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 91.66 ความสะดวกในการเดินทางมีความไม่สะดวกเลย จำนวน 39 คน (ร้อยละ 65.0) ปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถมารับบริการตามนัดได้ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลมาส่งจำนวน 28 คน (ร้อยละ 46.7) การมารับบริการที่โรงพยาบาลทราบว่าได้ติดต่อช่องทางใดก่อนและหลังไม่ทราบ จำนวน 46 คน (ร้อยละ 76.6) หากมีการตรวจเพิ่มเติมระหว่างที่มาโรงพยาบาลทราบช่องทางที่จะไปติดต่อ 1) การเจาะเลือดทราบ จำนวน 49 คน (ร้อยละ 81.7) 2) ห้องเอกซเรย์ทราบ จำนวน 43 คน (ร้อยละ 71.7) 3) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่ทราบ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 61.7) 4) ช่องรับยาทราบ จำนวน 51 คน (ร้อยละ 85.0)

**ตารางที่ 1** การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการนำรูปแบบฯ ไปให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบฯ		หลังใช้รูปแบบฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	48	80.0	55	91.6
2. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และวิธีการปฏิบัติตัวได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ	33	40.0	54	90.0
3. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาได้รับและเข้าใจดี	36	40.0	59	98.3
4. การมารับบริการที่โรงพยาบาลทราบว่าได้ติดต่อช่องทางใดก่อนและหลังไม่ทราบ	32	53.3	58	96.6
5. คะแนน ADL	ค่าเฉลี่ย = 10.13		ค่าเฉลี่ย = 10.58	

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุ ระยะเวลารอคอยตั้งแต่รับคิวจนถึงแพทย์อยู่ในค่าเฉลี่ย 3.0 ชั่วโมง (S.D.=0.774) สูงสุด 5 ชั่วโมง ต่ำสุด 2 ชั่วโมง จำนวน 41 คน (ร้อยละ 81.7) การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 91.6) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

และวิธีการปฏิบัติตัว ได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ จำนวน 54 คน (ร้อยละ 90.0) การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ได้รับและเข้าใจดี จำนวน 59 คน (ร้อยละ 98.3) การมารับบริการที่โรงพยาบาลทราบว่าได้ติดต่อช่องทางใดก่อนและหลัง ไม่ทราบ จำนวน 58 คน (ร้อยละ 96.6)

ผลของการประเมินความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์ ในภาพรวมก่อนการพัฒนาในรูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง  $\bar{X}=2.67$ , S.D.=0.22 พิจารณารายด้านพบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์มากที่สุดคือ ด้านคุณภาพการให้บริการ  $\bar{X}=3.48$ , S.D.=0.83 ผลหลังการประเมินความพึงพอใจในการพัฒนา

รูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุที่จัดทำขึ้นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก  $\bar{X}=3.37$ , S.D.=0.16 พิจารณารายด้านของความพึงพอใจพบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์มากที่สุดคือ บุคลากรให้บริการโดยปฏิบัติด้วยความเสมอภาคเป็นธรรมชาติให้บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม  $\bar{X}=4.35$ , S.D.=0.56

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์

ประเมิน	การทดสอบ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
ความพึงพอใจ	ก่อน	60	2.67	0.23	18.58	0.000
	หลัง	60	3.37	0.17		

การประเมินความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $>0.001$  มีระดับความพึงพอใจสามารถให้บริการกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกได้อย่างดีและต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ด้านการเกิดการเรียนรู้และมีโอกาสในการพัฒนางานต่อไปโดยทำให้เห็นว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ต้องอาศัยความร่วมมือภาคีเครือข่ายสุขภาพ เช่น ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ รพ.สต. อสม. และหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน ภาคเอกชน เพื่อการร่วมมือทำให้งานเป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น ทีมจึงมีความสำคัญมาก

การดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ การประเมินสุขภาพขั้นสูงรายบุคคลอาจใช้ระยะเวลาสั้นในแต่ละคน จำเป็นต้องประเมินและให้การ

ดูแลอย่างครอบคลุม อาจใช้เวลาประมาณ 40-60 นาทีต่อคน จึงจำเป็นต้องให้คำแนะนำเรื่องเวลาเพื่อความร่วมมือ กิจกรรมบางรายอาจยังไม่สิ้นสุดในครั้งแรกที่มา ต้องมีการนัดติดตาม หรือประสานพื้นที่ออกติดตาม การเยี่ยมบ้านจึงเป็นส่วนที่สำคัญเช่นกัน

ผู้สูงอายุที่คัดกรองและพบปัญหาความเสี่ยงภาวะสุขภาพ บางคนอาจมีอุปสรรคในการเดินทาง ผู้นำส่ง จึงพัฒนารูปแบบเป็นคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ ออกไปตามภาคเครือข่าย รพ.สต. โดยอาศัยความร่วมมือกับพื้นที่ในการจัดกิจกรรม ทำให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี และยังพบปัญหาเรื่องการจัดระบบบริการแบบเคลื่อนที่ จึงต้องมีการประเมินและปรับแผนให้เหมาะสมในแต่ละครั้งที่ออกพื้นที่ การให้ความสำคัญการวางแผนดูแลผู้สูงอายุและเป้าหมายที่ชัดเจนของผู้สูงอายุพร้อมครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญในแต่ละบุคคลและ

ครอบครัวซึ่งอาจแตกต่างกันในแต่ละบริบทของชีวิตประจำวันแต่ละคน

## วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมสิงห์มีระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการจากเดิมอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.001$  ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 91.66 คะแนน ADL เพิ่มขึ้นมีค่าเฉลี่ย 10.58 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษา<sup>(7)</sup> การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ คุณภาพบริการด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการการจัดระบบบริการให้ดีและมีคุณภาพบริการด้านความเห็นอกเห็นใจ ผู้รับบริการรวมถึงการมีคู่สมรสและการมีบุตรหลานดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ข้อมูลทั่วไปสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า มีปัญหาด้านสุขภาพอาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงกับสภาวะการเกิดโรคของตนเองเป็นปัญหาด้านสุขภาพทำให้การดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีทั้งร่างกายและจิตใจรวมถึงสภาวะสภาพสิ่งแวดล้อมที่ดำรงชีวิตประจำวันไม่มีการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองประกอบกับเวลาที่ใช้ในชีวิตประจำวันลดน้อยลงกับการประกอบอาชีพสอดคล้องกับการศึกษา<sup>(8)</sup> ผลต่อความสนใจในเรื่องสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี การประเมินการเข้าถึงบริการผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องเดินทางโดยมีบุคคลหรือญาติส่งมาโรงพยาบาลไม่ค่อยสะดวกมากเท่าไรเพราะบุคคลในครอบครัวต้องประกอบอาชีพและตนเองก็เกิดความกังวลนำมาซึ่งปัญหาและอุปสรรคที่ไม่

สามารถมารับบริการตามนัดได้ตลอดจนเมื่อมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลก็ต้องทราบช่องทางติดต่อชัดเจนโดยผู้สูงอายุเองญาติต้องมั่นใจในการตรวจรักษาสอดคล้องกับการศึกษา<sup>(7)</sup> ครอบครัวถือเป็นสถาบันหลักของคนไทยที่จะทำหน้าที่ในการดูแลบุพการี เมื่อเจ็บป่วยจึงดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ต่อกัน ผูกพันกัน ทำให้มีโอกาเข้าถึงบริการสุขภาพได้และการจัดระบบบริการให้ดีขึ้น ด้วยการจัดบริการให้มีขั้นตอนการให้บริการที่สะดวก เข้าใจง่าย มีเจ้าหน้าที่พร้อมให้คำปรึกษา มีการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการใช้บริการเป็นระยะๆ จะทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพสูงขึ้น การเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องการระยะเวลา รอคอยไม่นานและต้องการตรวจพบแพทย์ได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคตนเองและวิธีปฏิบัติทั้งด้านร่างกายจิตใจ การแนะนำการใช้ยาเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมั่นใจและญาติเกิดความสบายใจเมื่อกลับบ้านหรือมาตามนัดครั้งต่อไปสอดคล้องกับการศึกษา<sup>(9)</sup> ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเหตุผลที่ไม่ไปใช้บริการเช่นความกังวลต่อคุณภาพบริการ ยา และบุคลากร ความไม่สะดวกจากการมีขั้นตอนจำนวนมาก ความแออัด การรอคิวและข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ความพึงพอใจการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพในขั้นตอนการให้บริการ พบว่า ความรวดเร็วในการให้บริการมีผลต่อการมารับบริการในส่วนเจ้าหน้าที่ให้บริการผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในบุคลากรให้บริการโดยปฏิบัติด้วยความเสมอภาคเป็นธรรมให้บริการตามลำดับอย่างยุติธรรมสอดคล้องกับการศึกษา<sup>(10)</sup> การตอบสนอง (Responsiveness) ประกอบด้วย ความเต็มใจที่จะให้บริการ ความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลา มีการติดต่ออย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการเป็นอย่างดีและมีมาตรฐาน ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

พบว่า คลินิกที่ให้บริการสะอาดจะมีผลต่อความพึงพอใจสอดคล้องกับการศึกษา<sup>(11)</sup> การมีทำเลที่ผู้รับบริการเดินทางมารับบริการได้สะดวก มีที่จอดรถเพียงพอ มีความปลอดภัย สะอาด ตกแต่งทันสมัยเหมาะสม ไม่แออัด และมีอากาศถ่ายเทได้สะดวกมีความสำคัญเชิงบวกเป็นอย่างมากในการสร้างความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ด้านคุณภาพการให้บริการผลประเมิน พบว่าคุณภาพการให้บริการโดยรวมมีผลต่อความพึงพอใจสัมพันธ์กับการศึกษา<sup>(12)</sup> การบริการเป็นรูปธรรมมีระบบบริการรวมที่ดีทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกมั่นใจ ในสิ่งที่ได้รับทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นของการบริการส่งผลถึงการรับรู้ถึงคุณค่าและเชื่อมั่นว่าการบริการที่ได้รับมีคุณภาพและได้รับบริการที่ดีที่สุดทุกครั้งที่มาใช้บริการ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิก ให้บริการสถานะด้านสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจเริ่มมีความเสื่อมถอยลงและมีความต้องการเฉพาะเจาะจงกับปัญหา (specific caregiving situations or problems) เพื่อให้ตนเองและญาติสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ การบริการรูปแบบเดิมจะถูกรวมกับคลินิกอื่นๆ และผู้ปวยนอกทำให้เกิดความล่าช้าไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเฉพาะประกอบด้วยทางโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีคลินิกเฉพาะทางผู้สูงอายุ ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองตามมาตรฐานการให้บริการเฉพาะทาง การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการส่งผลให้ประชาชนผู้สูงอายุและญาติสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้ชะลอความเสื่อมไม่เสี่ยงภาวะอันตรายจากสภาวะโรค genetic syndrome

## ข้อเสนอแนะ

1) รูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุแบบบูรณาการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแหลมสิงห์สามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการในผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้โรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกันสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในคลินิกของโรงพยาบาล ตามบริบทที่เหมาะสมได้

2) ควรทำการศึกษาระบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อและวิจัยรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพคลินิกเคลื่อนที่แบบเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการและการเข้าถึงบริการตามบริบทของพื้นที่

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Report on Aging and Health. [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 10] Available from: [https://www.researchgate.net/publication/288832120\\_WHO\\_world\\_report\\_on\\_Ageing\\_2015](https://www.researchgate.net/publication/288832120_WHO_world_report_on_Ageing_2015)
2. ณีภูษพัชร สโรบล, เอกจิตรา คำมีศรีสุข. บทเรียนความสุข 5 มิติ ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตบ้านฟ้า รังสิต. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์ การพิมพ์; 2558.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด. [เข้าถึงเมื่อ 12 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. การศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับสังกัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2567 [เข้าถึงเมื่อ

- 10มิ.ย.2567].264หน้า.เข้าถึงได้จาก:[http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2024/06/05062567\\_002.pdf](http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2024/06/05062567_002.pdf)
5. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. คู่มือ แนวทางการจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: [http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book\\_5.pdf](http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_5.pdf)
  6. ทศพร คำผลศิริ, โรจน์ จินตนาวัฒน์, ณิชฐยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. การศึกษาศักยภาพของชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรณีศึกษา: ตำบลท่าศาลา จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2563; 15(2):86-98.
  7. ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มจรส ทิพยมงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. วารสารเกื้อการุณย์ 2561; 25(2):91-104.
  8. นิรุวรรณ เทิร์นโบล, วิลาวรรณ ซาดา, วิพา ชูปวา, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, สุธิน ชนะบุญ, เบญจพล แสงไสว และคณะ. ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563 ; 30(3):35-49.
  9. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง[รายงานการวิจัย]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2556.
  10. ศิริ พันธุ์ทา. การสร้างความพึงพอใจต่อการให้บริการในยุคของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมปัจจุบัน. วารสารพัฒนาการเรียนรู้ยุคใหม่ 2562; 4(2):32-47.
  11. ร้อยเอกหญิงสุมิตตา ทองมิตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า [สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิตล; 2562. 102 หน้า.
  12. รุ่งทิพย์ นิลพัท. คุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการโรงพยาบาลเปาโลรังสิต [การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2561. 110 หน้า.

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุม  
ปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในจังหวัดอำนาจเจริญและมุกดาหาร  
An Evaluation of Health Literacy in Preventing and Controlling  
PM 2.5 exposure in Amnat Charoen and Mukdahan Province

ฤชอร วงศ์ภิรมย์\*, พศจิกภาพรณ ปัญญาคมจันทพูน, ฉัตรพงษ์ ศรีสูงเนิน, ศุภวัจน ศรีสูงเนิน  
Ruchuorn Wongpirom\*, Phruetsachikaporn Panyakhomchanthaphun  
Chatpong Srisungnern, Supawat Srisungnern

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี  
Office of Disease Prevention and Control Region 10, Ubon ratchathani

\*Correspondence to: anastatuss@gmail.com

Received: Nov 1, 2024 | Revised: Dec 2, 2024 | Accepted: Dec 6, 2024

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชนในจังหวัดอำนาจเจริญและมุกดาหาร 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 400 คน ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง ( $M=3.61$ ,  $SD=0.98$ ) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลของการรับรู้ ร้อยละ 100.0 แหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงมากที่สุด 5 แหล่ง เรียงตามลำดับได้ดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุข 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี 4) อินเทอร์เน็ต และวิทยุ ความพึงพอใจภาพรวมต่อข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก ( $M=4.11$ ,  $SD=0.53$ ) ระดับความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน อยู่ในระดับน้อย ( $M=1.43$ ,  $SD=0.96$ ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับมีปัญหา ( $M=3.87$ ,  $SD=0.60$ ) พฤติกรรมการป้องกันโรครอยู่ในระดับมาก ( $M=3.01$ ,  $SD=0.96$ ) ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.151, 0.185, -0.130, -0.379, 0.222)

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

## Abstract

This study were aimed to 1) assess of health literacy in prevention and control of PM 2.5 exposure, 2) the correlation of preventive behavior and the factors of information of perception, information of sources, knowledge of diseases, Health Literacy, Satisfaction in information. Data were collected using questionnaires sample 400 persons in January to July 2024, and analyzed by pearson's correlation coefficient The results showed that the average score of information preception was at a moderate level (M=3.61, SD=0.98). There were 100.0% access to information sources. The top 5 sources of informations with the highest accessibility were: Public Health Personnel, Village Health Volunteer, Television/ Cable and Internet and Radio. Satisfaction in information, the average satisfaction score was at a highly satisfied level (M=4.11, SD=0.53). Knowledge on disease was at a low level (M=1.43, SD=0.96). Health Literacy was at a problematic level (M=3.87, SD=0.60). Preventive behaviors against diseases was at a high level (M=3.01, SD=0.96). Perception of information, source of information, satisfaction in information, Knowledge on disease and health literacy were significantly correlated with control preventive behaviors against diseases (0.151, 0.185, -0.130, -0.379, 0.222).

**Keywords:** Health Literacy, PM 2.5 exposure

## บทนำ

ปัจจุบันปัญหามลพิษทางอากาศเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ในเขตพื้นที่เมืองใหญ่ต่างๆ จากการรายงานสภาพปัญหามลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทย โดยกรมควบคุมมลพิษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 เป็นต้นมา พบปริมาณฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) เกินค่ามาตรฐานของประเทศ ตั้งแต่ปี 2554-2561<sup>(1)</sup> ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงต่อโรคระบบทางเดินหายใจและหัวใจเพิ่มสูงขึ้น<sup>(2)</sup> และยังสามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมได้ เช่น ส่งผลกระทบต่อทัศนวิสัยในการมองเห็น ก่อให้เกิดความเสียหายต่อวัตถุและสิ่งก่อสร้าง

เกิดการกัดกร่อนของโลหะ การทำลายผิวหนังของสิ่งก่อสร้าง การเสื่อมของผลงานทางด้านศิลปะ เป็นต้น

ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาฝุ่นละอองมีหลายปัจจัย ได้แก่ แหล่งกำเนิดฝุ่นในพื้นที่ เช่น การเผาในที่โล่งเพื่อเตรียมพื้นที่การเกษตร<sup>(3)</sup> การคมนาคมและยานพาหนะ โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมือง กิจกรรมก่อสร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน สภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศ เช่น ลักษณะภูมิประเทศแบบราบสูง ทำให้การกระจายตัวของฝุ่นละอองเป็นไปอย่างช้า สภาพอากาศแห้งและมีลมน้อยในช่วงฤดูแล้ง ส่งผลให้ฝุ่นลอยตัวค้าง<sup>(4)</sup> และกิจกรรมทางการเกษตร เช่น การเผาตอซังข้าวและพืชไร่ ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดหลักของฝุ่นละอองและการทำไร่ไถนาและการเผาพื้นที่เพาะปลูก

ภาพรวมของปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดอำนาจเจริญและมุกดาหาร ประสบปัญหาหมอกพิษทางอากาศจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการจัดการและแนวทางแก้ปัญหาในพื้นที่ ได้แก่ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มาตรการควบคุมการเผาในที่โล่ง และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนคุณภาพอากาศ แต่อาจจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ

จากการทบทวนงานวิจัย การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชนจังหวัดมุกดาหาร พบว่าประชาชนได้รับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน เป็นระยะเวลา 10 ปี ร้อยละ 10.40 มีอาการป่วยเนื่องจากได้รับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก ร้อยละ 19.50 โดยพบว่า มีอาการไอ ร้อยละ 65.47 ซึ่งผู้ที่มีอาการส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 45.20 สำหรับข้อมูลการสัมผัสฝุ่นละออง ควันเขมา และเถ้าที่ปลิวเข้ามาในบ้านหรือบริเวณบ้าน ในระยะเวลา 48 ชั่วโมง พบว่าแหล่งกำเนิดที่พบมากที่สุด คือ ฝุ่นควันจากโรงงานน้ำตาล ร้อยละ 58.90 รองลงมา คือ ควันจากการประกอบอาหาร ร้อยละ 55.60 และฝุ่นควันจากยานพาหนะ ร้อยละ 53.70<sup>(6)</sup>

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่อยู่ในที่ๆ มีฝุ่นละออง PM 2.5 สูงในระยะยาวอาจส่งผลให้เกิดโรคสมองเสื่อม และผู้ที่หายใจรับฝุ่นพิษฝุ่นละออง PM 2.5 จะลดอายุขัยเฉลี่ยได้จึงเกิดคำว่า “ผู้ที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร” จากการศึกษาวิจัย<sup>(7)</sup>

การตรวจวัดฝุ่นละอองขนาดเล็กในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ บริเวณพื้นที่ให้

บริการผู้ป่วยนอกและห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลในแต่ละฤดู โดยทุกจุดตรวจวัดเดือนละครั้ง ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณ PM แต่ละจุดตรวจวัดและทุกฤดูกาล มีค่าไม่เกินมาตรฐานกำหนด (5 มก/ลบ.ม.) โดยบริเวณพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยนอกมีปริมาณ PM สูงสุด และในฤดูหนาวมีค่าสูงสุดเนื่องจากความชื้นสัมพัทธ์ค่อนข้างต่ำทำให้ฝุ่นละอองกระจายในบรรยากาศได้ง่าย ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในช่วงฤดูหนาวค่อนข้างสูง เนื่องด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดหนึ่งในการนำพาฝุ่นละอองขนาดเล็กเข้าสู่พื้นที่บริการภายในโรงพยาบาลอำนาจเจริญถึงแม้ว่าปริมาณ PML, ที่ทำการตรวจวัดจะมีค่าไม่เกินมาตรฐานกำหนด แต่ควรมีการตรวจติดตามปริมาณ PM ต่อไปเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น<sup>(8)</sup>

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในจังหวัดมุกดาหาร ปี 2563 พบว่า ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมีปัญหา ซึ่งยังมีช่องว่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน<sup>(9)</sup>

ดังนั้น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ให้สามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลที่ได้รับ มีการโต้ตอบซักถาม ตัดสินใจ และนำข้อมูลไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพจะได้ สามารถจัดการตนเอง ครอบครัว และชุมชน<sup>(5)</sup> ในการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ได้และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

## วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน

## ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ 1) ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร 2) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน 3) แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน 4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน 5) ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และ 6) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

## วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นและตรวจสอบเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนทั่วไป ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นประชาชนทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่าง<sup>(10)</sup>

ใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างตามตารางสำเร็จรูป<sup>(11)</sup>ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร

และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวนประชากรเท่ากับ 385 คน และเพิ่มค่าประมาณการตอบปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูล คือ แบบสอบถามการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชน ปี 2566 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่าง ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน จำนวน 3 ข้อ

## เกณฑ์การให้คะแนน

ตอนที่ 2, 3 และ 4 ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ/เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ทำได้ง่ายมาก (5 คะแนน) ได้รับบ่อยครั้ง/พึงพอใจมาก/เห็นด้วย/ทำได้ง่าย (4 คะแนน) ได้รับบางครั้ง/พึงพอใจ/ไม่แน่ใจ/ทำได้ยาก (3 คะแนน) ได้รับนานๆ ครั้ง/ไม่พึงพอใจ/

ไม่เห็นด้วย/ทำได้ยากมาก (2 คะแนน) ไม่เคยได้รับ/ไม่พึงพอใจมาก/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่เคยทำเลย (1 คะแนน)

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ มี 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบให้ 0 คะแนน

ตอนที่ 6 ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ประจำ (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยทำเลย (1 คะแนน) ไม่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน) สำหรับข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ประจำ (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (4 คะแนน) ไม่เคยทำเลย (5 คะแนน) ไม่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน)

#### การแปลผลคะแนนแบบสอบถาม

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามใช้เกณฑ์ดังนี้

การแปลผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม<sup>(12)</sup> ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ระดับดีเยี่ยม คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 90.00 – 100.00

ระดับพอเพียง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 75.00 – 89.99

ระดับมีปัญหา คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60.00 – 74.99

ระดับไม่พอเพียง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.00 – 59.99

การแปลผลคะแนนความรู้เรื่องโรค ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย โดยประยุกต์จากวิธีการวัดการเรียนรู้<sup>(13)</sup> ดังต่อไปนี้

ระดับมาก คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 80.00 – 100.00

ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60.01 – 79.99

ระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.00 – 60.00

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันควบคุมโรค ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย โดยประยุกต์จากวิธีการวัดการเรียนรู้<sup>(13)</sup> ดังต่อไปนี้

ระดับมาก คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 80.00 – 100.00

ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60.01 – 79.99

ระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.00 – 60.00

การแปลผลคะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารแหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

ระดับมาก คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 66.68 – 100.00

ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 33.34 – 66.67

ระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.00 – 33.33

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น หากคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้

การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคและภัยสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 5 คน ตรวจสอบ

ความแม่นยำตามเนื้อหา คัดเลือกข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรง ตั้งแต่ 0.60-1.00<sup>(14)</sup> มาใช้ในการวิจัย และนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุง ตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ โดยการปรับปรุงในประเด็นความสอดคล้องของคำในข้อคำถาม และเพิ่มเหตุผลในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ หลังจากที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน

การหาค่าอำนาจจำแนกโดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้วยสถิติ t-test และหาค่า r อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และค่า Item-Total Correlation เท่ากับหรือมากกว่า 0.20<sup>(15)</sup>

การหาค่าความเชื่อมั่น

1) วิธี Kuder-Richardson สูตร KR-20 ในแบบสอบถามส่วนของความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ หาค่าความเชื่อมั่น ที่ระดับ 0.756 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

2) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถามส่วนอื่นๆ ได้ค่าความเชื่อมั่นตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 2 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.868

ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนได้ ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.819

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.907

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้<sup>(16)</sup>

### การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อใช้ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.3 เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 26-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.8 (อายุเฉลี่ย 43.71 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.51) กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 42.3, 23.3 และ 15.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.5 รองลงมาเป็นรับจ้างทั่วไป และนักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.3 และ 6.5 ตามลำดับ

#### ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านต่างๆ

2.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่อง การป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน

2.5 ไมครอน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 100 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็น ร้อยละ 59.8, 27.2, 10.0 และ 3.0 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ( $M=3.61$ ,  $SD=0.98$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน และระดับของการรับรู้

ระดับของการรับรู้		กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	(4 - 5 คะแนน)	239	59.8
ปานกลาง	(3 คะแนน)	109	27.2
น้อย	(2 คะแนน)	40	10.0
M = 3.61, SD = 0.98, ระดับ = ปานกลาง			

2.2 แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.5 รับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่พบผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร คิดเป็น ร้อยละ 46.5, 40.3, 11.8 และ 1.5 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารอยู่ในระดับมาก ( $M=3.50$ ,  $SD=0.91$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล		กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	(30 - 45 คะแนน)	118	29.4
ปานกลาง	(16 - 29 คะแนน)	231	57.8
น้อย	(10 - 15 คะแนน)	51	12.8
รวม		400	100

จำแนกตามแหล่งข้อมูล พบว่า กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงแหล่งข้อมูลในระดับมาก ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โทรศัพท์/เคเบิลทีวี อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ยูทูป เป็นต้น) และ วิทยุ (เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน จำแนกตามแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)			
	ร้อยละ	Mean	SD	ระดับ
อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตราแกรม ยูทูบ เป็นต้น)	100	3.32	1.50	ปานกลาง
โทรทัศน์/เคเบิลทีวี	100	3.64	0.93	ปานกลาง
วิทยุ (เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น)	99.6	3.32	1.18	ปานกลาง
หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร	100	2.45	1.15	ปานกลาง
สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ หนังสือ คู่มือ เป็นต้น)	100	2.72	1.04	ปานกลาง
บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)	100	4.04	0.77	มาก
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	100	3.84	0.86	มาก
ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ประชาชนชาวบ้าน	100	3.05	1.10	ปานกลาง
เพื่อน/ญาติ / คนในครอบครัว	100	3.15	1.03	น้อย
<b>รวม</b>	<b>899.6</b>	<b>26.21</b>	<b>9.56</b>	<b>ปานกลาง</b>

2.3 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่อง การป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ อยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” (M=4.11, SD=0.53) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันควบคุม ปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน และระดับของความพึงพอใจ

ระดับของความพึงพอใจ	กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึงพอใจมาก (80 คะแนนขึ้นไป)	357	89.2
พึงพอใจ (60 – 79.99 คะแนน)	39	9.8
ไม่พึงพอใจ (0.00 – 59.99 คะแนน)	4	1
<b>รวม</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

2.4 ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมปัญหา  
ฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน พบว่า  
กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้อง ในระดับน้อยทุกข้อ  
คำถาม เมื่อวิเคราะห์ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้  
เรื่องการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาด

ไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในระดับมาก ปานกลาง และ  
น้อย คิดเป็นร้อยละ 55.8, 52.8 และ 34.8 ตาม  
ลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่  
ในระดับน้อย (M=1.43, SD=0.96) ดังตารางที่ 5  
และตารางที่ 6

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มี  
ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ได้ถูกต้อง จำแนกตามรายข้อคำถาม

ข้อคำถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับของการตอบ ถูกต้อง
1. กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (เช่น โรคปอด, โรคหัวใจ ฯลฯ) หญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยง สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	223	55.8	ปานกลาง
2. การใส่เพียงหน้ากากผ้าสามารถป้องกันฝุ่น PM2.5 ได้*	210	52.5	ปานกลาง
3. ปิดประตู หน้าต่างให้มิดชิด หมั่นเช็ดทำความสะอาดบ้าน ช่วยป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ได้	139	34.8	ปานกลาง

\*ข้อคำถามทางลบ

**ตารางที่ 6** ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน และระดับ  
ความรู้ (n = 400)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (80 คะแนนขึ้นไป)	43	10.75
ปานกลาง (60 - 79 คะแนน)	176	44.0
น้อย (0 - 59.99 คะแนน)	181	45.25
<b>รวม</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

2.5 ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกัน  
ควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5  
ไมครอน ของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง  
ส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน  
ระดับพอเพียงถึงร้อยละ 59.2 รองลงมาเป็นระดับมี

ปัญหา ไม่พอเพียง และดีเยี่ยม เท่ากับร้อยละ 25.5,  
7.8 และ 7.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย  
ความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับมีปัญหา (M=59.61,  
SD=9.20) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (n = 400)</b>		
ดีเยี่ยม (72.00 - 80.00)	41	10.3
พอเพียง (60 - 71.99)	179	44.7
มีปัญหา (48.00 - 59.99)	73	18.3
ไม่พอเพียง (0.00 - 47.99)	107	26.7
<b>รวม</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

2.6 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับระดับมาก (M=3.01, SD=0.96) โดย (ข้อที่ 2) ฉันทวมหน้ากาก N95 หรือหน้ากากที่สามารถป้องกันฝุ่น เมื่อออกนอกบ้านในช่วงที่ค่าฝุ่น PM2.5 สูง (M=3.15, SD=1.22) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

(ข้อที่ 1) ฉันทติดตามสถานการณ์ค่าฝุ่น PM2.5 จากช่องทางต่างๆ เช่น แอปพลิเคชัน เครื่องวัด ฟังข่าว (M=3.10, SD=1.05) และประเด็น (ข้อที่ 3) ฉันทไม่ออกจากบ้าน และไม่ทำกิจกรรมกลางแจ้ง ในช่วงที่ค่าฝุ่น PM2.5 สูงเกินค่ามาตรฐาน และอยู่ในระดับที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (M=2.76, SD=1.05) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน จำแนกตามรายข้อคำถาม

พฤติกรรมการป้องกันโรค	Mean	S.D.	ระดับ
1. ฉันทติดตามสถานการณ์ค่าฝุ่น PM2.5 จากช่องทางต่างๆ เช่น แอปพลิเคชัน เครื่องวัด ฟังข่าว	3.10	1.05	ปานกลาง
2. ฉันทวมหน้ากาก N95 หรือหน้ากากที่สามารถป้องกันฝุ่น เมื่อออกนอกบ้านในช่วงที่ค่าฝุ่น PM2.5 สูง	3.15	1.22	ปานกลาง
3. ฉันทไม่ออกจากบ้าน และไม่ทำกิจกรรมกลางแจ้ง ในช่วงที่ค่าฝุ่น PM2.5 สูงเกินค่ามาตรฐาน และอยู่ในระดับที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	2.76	1.25	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 การทดสอบปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของประชาชน จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร ความ

พึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทางสถิติ ในระดับต่ำ (0.151, 0.185, -0.130, -0.379, 0.222) ดังตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชน (n = 400)

ปัจจัย	ค่า p-value
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	0.151*
แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร	0.185*
ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร	-0.130
ความรู้เรื่องโรค	-0.379*
ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค	0.222*

\*significant at level <0.05

### สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก โดยแหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารผ่านทางสื่อบุคคล ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รองลงมาได้แก่ ผ่านช่องทางโทรทัศน์/เคเบิลทีวี วิทยู (เช่น วิทยูทั่วไป วิทยูชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น) ดังนั้น จึงควรใช้ช่องทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการพัฒนาทักษะการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในบุคคลกลุ่มนี้เป็นลำดับแรก เพื่อให้สามารถคัดกรองและแนะนำข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และต้นแบบที่ดีในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนต่อไป ส่วนอีกช่องทางหนึ่งที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้มากรองลงมา คือ สื่ออินเทอร์เน็ต และวิทยูชุมชน ซึ่งในปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายขึ้นมาก สอดคล้องกับการศึกษาบุคลากรองค์กรแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่เกิดจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับมากที่สุด<sup>(17)</sup>

ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันควบคุมปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชน พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” การที่ประชาชนมีความพึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ซึ่งแสดงให้เห็นว่าข้อมูลข่าวสารมีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ทันสมัย และมีประโยชน์ต่อประชาชนทำให้เกิดความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร

ความรู้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ได้รับมานั้นไม่สามารถจดจำรายละเอียดของข้อมูลได้ทั้งหมด และคิดว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นมาในระยะเวลาไม่กี่ปี

ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรค ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับมีปัญหา และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก สอดคล้องการศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยพื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละออง

ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน อยู่ในระดับดี ( $X=3.76$ ) แต่มีข้อเสนอในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมทักษะ ความรอบรู้และพฤติกรรม ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง เข้าใจข้อมูล และการตรวจสอบฝุ่นละอองขนาด ไม่เกิน 2.5 ไมครอน รวมถึงการเฝ้าระวังสุขภาพ ตนเอง และผลการประเมินพฤติกรรมด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก พบว่าโดยรวมระดับพฤติกรรมการป้องกันผล กระทบต่อสุขภาพ ระดับปานกลาง<sup>(18)</sup>

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ แหล่ง ข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เป็นความสามารถระดับบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลมี ความสามารถในการรับรู้ปัจจัยต่างๆ ไม่เท่ากัน สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบบูรณาการของความ รอบรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นความเชื่อมั่นในความ สามารถของบุคคลในการหาข้อมูลและพยายาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กได้ ถ้า ข้อมูลนั้นไม่ซับซ้อน หรือเข้าใจยากจนเกินไป<sup>(19)</sup> และแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของของ Bloom ที่บุคคลจะสามารถเรียนรู้และถ่ายโยงความรู้และ ทักษะได้ เมื่อผู้เรียนมีความเข้าใจในข้อมูลนั้นๆ ผู้เรียนสามารถที่จะใช้ความรู้ ทักษะ หรือเทคนิค วิธีการในสถานการณ์ใหม่ๆ ผ่านการประยุกต์ใช้ เมื่อประยุกต์ใช้แล้ว ทักษะเหล่านั้นจะทำให้บุคคล สามารถระบุและตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลนั้นได้ อย่างเหมาะสม<sup>(20)</sup> เนื่องจากการมีประสบการณ์และ มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ<sup>(21)</sup> และส่งผล ต่อการตัดสินใจป้องกันสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา ประชาชนเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้มากที่สุด แหล่งข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางสื่อบุคคล ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุข ในพื้นที่ควรมีการทบทวนความรู้และพัฒนาทักษะ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้แก่ อสม. เป็นระยะๆ เพื่อสนับสนุนให้เป็นผู้เชี่ยวชาญใน พื้นที่ มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อมูล ต่างๆ และสามารถนำมาใช้ถ่ายทอดความรู้ด้าน สุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและ ถูกต้องต่อไป

2. การเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพของ ประชาชน สื่ออินเทอร์เน็ต และวิทยุ เป็นแหล่ง ข้อมูลที่มีค่าเฉลี่ยและร้อยละของการเข้าถึงใน ระดับมาก ดังนั้น ควรมีการวางแผนนโยบายและให้ ความสำคัญกับการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพผ่าน สื่ออินเทอร์เน็ต โดยให้มีการสื่อสารในช่องทางที่ ประชาชนนิยมใช้ เช่น เฟซบุ๊ก หรือดีท็อก มีการ ออกแบบสื่อที่เหมาะสมกับแพลตฟอร์มนั้นๆ และ ดำเนินการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ทันต่อสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แต่อย่างไรก็ดีผลการ วิจัยยังแสดงให้เห็นว่า ยังมีประชาชนกลุ่มใหญ่ ยังคงเข้าถึงข้อมูลผ่านช่องทางสื่อวิทยุชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตนอกเมือง ดังนั้น การจัดให้มีช่องทางในการสื่อสารที่เหมาะสมกับ บริบทของกลุ่มประชาชนเหล่านี้ด้วยเช่นกัน

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะระดับ บุคคล ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประชาชนมี ความสามารถในการเข้าถึง รับรู้ เข้าใจและความ สามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่าง กัน ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาบริบท

ของชุมชนก่อนทำการสื่อสาร โดยจัดให้มีรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย และปรับรูปแบบการสื่อสารให้เข้ากับบริบทของผู้รับบริการที่แตกต่างกันได้ โดยเฉพาะประชาชนที่เป็นกลุ่มอ่อนไหว เช่น ผู้สูงอายุ เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2561. กรุงเทพมหานคร: ทจก. ส.มงคลการพิมพ์; 2562.
2. Sripaiboonkij P, Tipayamongkhogul M, Limswat N. Health impacts of PM2.5 exposure in rural communities. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18(12):6345.
3. Chiarakorn K, Pochanart V, Jurawan W. Source apportionment of PM2.5 in northeastern Thailand. *Environmental Research Letters* 2019; 14(9):094016.
4. Prasitwattanachai S, Wangwongwatana S, Suttinun O. Temporal and spatial variations of particulate matter in the upper northeastern region of Thailand. *Atmosphere* 2020; 11(7):737.
5. สุทธิดา สืบทรัพย์, นิสิต อินลี, ประยูทธ เตียตระกูล, ศรีนภัสร์ ยืนยงกิติกุล. การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชนจังหวัดมุกดาหาร. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี* 2566; 11(1):77-83.
6. อรสา ทองทศ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษทางอากาศของประชากรในกรุงเทพมหานคร[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2545 [เข้าถึงเมื่อ 29 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin92/6214155551.pdf>
7. วิภาดา สอนองราชกูร์, นราธิป ชมพูบุตร. การตรวจวัดฝุ่นละอองขนาดเล็กในโรงพยาบาลในจังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมไทย* 2559; 30(3):11-8.
8. ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจ, จักรกฤษณ์ พลราชม, นิรันดา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2563. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เอส.ออฟเซ็ท กราฟฟิค ดีไซน์; 2563.
9. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยและงาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2562.
10. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30(3):607-10.

12. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, จำเนียร โลหะคุณโสภาค. การพัฒนาและทดสอบแบบประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรคกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข. วารสารร่วมพฤษ์ มหาวิทยาลัยเกริก 2564; 32(2):1-15.
13. Bloom B. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals- handbook 1. New York: David McKey; 1956.
14. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. แผนงานควบคุม โรคและภัยสุขภาพ กรอบแนวทางการจัดทำ แผนปฏิบัติการราชการเชิงยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. เอกสารอัดสำเนา.
15. Creswell JW, Plano Clark VL, Gutmann ML, Hanson WE. Advanced mixed methods research designs. In: A. Tashakkori, C. Teddlie (Eds.). Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003. p.209-40.
16. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2545.
17. ญาณิศา พึ่งเกตุ, ปัญจพัชรภร บุญพร้อม, เบญจมาศ ทองไข่มุกต์, นवलนิตย์ แสงศิริวุฒิ, อุมารัตน์ ศิริจรูญวงศ์. การรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ของบุคลากร กรณีศึกษา: องค์กรแห่งหนึ่งใน เขตกรุงเทพมหานคร. วารสาร มฉก.วิชาการ 2565; 26(1):98-107.
18. ศิริชัย รินทะราช. ความรอบรู้และพฤติกรรม ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผล กระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ไม่เกิน 2.5 ไมครอนต่อกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพ 2567; 17(1):198-210.
19. Sørensen K, Brand H. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. Health Promot Int. 2014 Dec; 29(4):634-44. doi:10.1093/heapro/ dat013
20. Adams NE. Bloom's taxonomy of cognitive learning objectives. J Med Libr Assoc. 2015 Jul; 103(3):152-3. doi:10.3163/1536-5050.103.3.010
21. Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. BMC Health Serv Res. 2018 May 31; 18(1):394. doi:10.1186/s12913-018-3197-4

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกบริการ  
ของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี  
Model Development on elderly with HIV caring in HIV Clinic of community  
hospitals, Ubon Ratchathani Province

พรรณธิดา มุลประดับ<sup>1\*</sup>, บุปผชาติ พวงจันทร์<sup>2</sup>, พลอยไพลิน เทพาทีปกรณ<sup>1</sup>, อภิญญา จำปา<sup>1</sup>  
Pantida moolpadab<sup>1\*</sup>, Buppachat phungjan<sup>2</sup>, Ploypailin tapateapakorn<sup>1</sup>, Apinya jampa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี  
โรงพยาบาลสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

<sup>1</sup>The office of disease prevention and control region 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani province

<sup>2</sup>Somrong district hospital, Ubon Ratchathani province

\*Correspondence: pantida93@gmail.com

Received: Nov 26, 2024 | Revised: Dec 12, 2024 | Accepted: Dec 13, 2024

### บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกโรงพยาบาล เน้นการให้บริการรักษาตามมาตรฐาน การให้บริการของประเทศตามบริบทที่เหมาะสม การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการและต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลชุมชนในคลินิกบริการโรงพยาบาลชุมชน ของจังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาครั้งนี้ เน้นนำเสนอเฉพาะขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ และการนำรูปแบบไปใช้เท่านั้น หน่วยในการศึกษาคือ คลินิกในโรงพยาบาลชุมชนสองแห่ง กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 12 คน กลุ่มอาสาสมัครเครือข่ายผู้ติดเชื้อและตัวแทนผู้ติดเชื้อ จำนวน 15 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ให้ออกผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จำนวน 43 คน แบ่งกระบวนการพัฒนาเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การพัฒนารูปแบบฯ และการนำรูปแบบไปให้บริการในคลินิกของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ กระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วมเพื่อร่วมพัฒนารูปแบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา สถานการณ์ปัญหาพบว่าผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่ตรงตามเวลาทุกครั้ง ร้อยละ 16.3 ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.1 และได้รับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และการเยี่ยมบ้านในชุมชนภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 0.46 ด้านการให้บริการในคลินิก พบว่า ผู้ติดเชื้อขาดการดูแลแบบองค์รวมในฐานะผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางพิเศษ และขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุมาช่วยวางแผนให้บริการในคลินิก นำมาสู่การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการที่เหมาะสมจากคลินิกโรงพยาบาลชุมชน รูปแบบที่ได้คือ HCQ Model (Holistic Care, Continuous Care, and Quality of life) ประกอบด้วย การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของผู้สูงอายุ การดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน และการให้ความสำคัญกับ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต อย่างสมศักดิ์ศรี รูปแบบการให้บริการดังกล่าว เป็นภารกิจสำคัญของโรงพยาบาลในการให้บริการ โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ครอบคลุมทุกมิติ ในฐานะที่เป็นกลุ่มเปราะบางพิเศษ และนำไปประกาศเป็นนโยบายการให้บริการ ในคลินิกโรงพยาบาล เป้าหมายสองแห่งร่วมกัน

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, เชื้อเอชไอวี, รูปแบบการดูแล

## Abstract

The care of the elderly with HIV infection in hospital clinics emphasizes providing treatment services according to the national service guideline and hospital contexts appropriately. This action research aimed to develop an integrated and continuous care model for the elderly with HIV infection (EHIV) from the hospital to the community in the HIV clinic of the community hospital of Ubon Ratchathani Province. This study focused on presenting only two steps of model development and implementation. The study units were clinics in two community hospitals. The target groups for model development were 12 people, including nurses, pharmacists, and medical technicians; 15 people, including volunteers from the network of PHA (People Living with HIV) and representatives of EHIV and 43 EHIV who provided information on the problem situation analysis. The development process was divided into problem situation analysis, model development, and model implementation in PHA clinic of district hospital. The tools used included questionnaires, interview guides, group processes, and participation in brainstorming to develop the model. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results were found: the problem were 16.3% of elderly persons with HIV did not take their antiretroviral drugs on time, not being a member of the elderly club, 79.1 %, and found the lowest level of screening for the elderly's health in 9 aspects and home visits in the community, (mean= 0.46) In aspects of the service providing in the hospital clinics, it was found that the infected persons lacked holistic care as they were a particularly vulnerable elderly group, and there was a lack of geriatric specialists to create the services plan in the clinics. This led to the development of an integrated service model for HIV-infected elderly from hospital clinics to communities. The resulting model is the HCQ Model (Holistic Care, Continuous Care, and Quality of Life), which consists of holistic care covering all dimensions of the elderly, continuous care from the hospital to the community, and giving importance to the quality of life of the elderly until the end

of life with dignity. This service model is an important mission of the hospital in providing services. The goal is for the elderly to receive comprehensive services in all dimensions as a special vulnerable group. This has been announced as a service policy in the two target hospital clinics together.

**Keywords:** Elderly, HIV, Care model

## บทนำ

โรคเอดส์ถูกพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2524 ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (CDC) คำจำกัดความสำหรับการเฝ้าระวังและเรียกกลุ่มอาการป่วยจากภูมิคุ้มกันบกพร่องนี้ว่า “เอดส์” (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ต่อมาได้มีการค้นพบเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์และกำหนดให้เรียกเชื้อไวรัสนี้ว่า “HIV” (Human Immunodeficiency Virus) โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดไปทั่วโลกจนกลายเป็นปัญหาในระดับโลก เนื่องจากยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้<sup>(1)</sup> จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 33.4 ล้านคน โดยเป็นผู้ใหญ่ประมาณ 31.3 ล้านคน ผู้หญิงประมาณ 15.7 ล้านคน และเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.1 ล้านคน นอกจากนี้ยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 2.0 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 2.7 ล้านคน ทวีปที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ Sub-Saharan Africa โดยมีสัดส่วนผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากถึงร้อยละ 67 รวมถึงเด็กกำพร้ากว่า 14 ล้านคนในภูมิภาคนี้<sup>(2)</sup>

ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมกว่า 1.1 ล้านรายตั้งแต่เริ่มการระบาด โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์แล้ว 98,721 ราย<sup>(3)</sup> แม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจะมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากการเข้าถึงยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ปัจจุบันยังคงมีความสำคัญในการดูแล

รักษาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลยังต้องศึกษาและพัฒนาระบบบริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการในโรงพยาบาลให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากรายงานผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ติดเชื้อ จากการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาก่อนเริ่มการรักษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่สอดคล้องในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง<sup>(4)</sup> การดูแลผู้สูงอายุและติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการบริการแบบองค์รวม การมีคุณภาพชีวิตที่ดีการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อกันและกัน การวิจัยนี้จะเป็นการศึกษาแบบที่เหมาะสมในการบริการสุขภาพ การดูแลจนถึงที่บ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างสมศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ HIV การแพทย์แผนตะวันตกและระบบสุขภาพในปัจจุบันมีส่วนทำให้เกิดการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลหรือได้รับการรักษาถึงแม้ว่าจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมากที่สุดแล้วแต่พวกเขาก็ยังคงมีความรู้สึกที่ได้รับการรักษาเหมือนกับว่าเขาเป็นสัตว์หรือสิ่งของ ระบบบริการสุขภาพของสังคมไทยถูกครอบงำด้วยการแพทย์แผนตะวันตกที่มีลักษณะแยกส่วน คุณค่าของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลเพียงมิติทางกายภาพทำให้ขาดการดูแลในมิติอื่นๆ ของสุขภาพและขาดการเชื่อมโยงมิติทาง

จิตใจ จิตวิญญาณสุนทรียภาพ สังคมและความเป็นมนุษย์<sup>(5)</sup> การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยในโรงพยาบาล และติดตามการดูแลที่บ้าน โดยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นหลักการ Quality of Life และดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติ การเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และป้องกันการแพร่ระบาดเพิ่มเติม ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ในปี 2573 ตามที่องค์การสหประชาชาติได้วางแผน และกำหนดเป้าหมายไว้ และยังมีผลงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ยืนยันว่าการดูแลแบบองค์รวมและการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ใช้บริการ

กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการนำนโยบายการด้านการยุติปัญหาเอดส์สำหรับนำไปปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือการไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อติดเชื้อ การไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติ การลดการตายจากโรคเอดส์ สำหรับการปฏิบัติอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรมตามมาตรฐานและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติ ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากเริ่มก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งนำมาซึ่งความท้าทายใหม่ในด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุเหล่านี้มักเผชิญกับปัญหาสุขภาพซับซ้อน<sup>(6)</sup> เช่น โรคเรื้อรัง และการจัดการกับการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องยังเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกและโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญในการให้บริการรักษาที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยให้การให้บริการในโรงพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและสร้างระบบบริการที่

มีความเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตอย่างมีคุณภาพและพึ่งพาตนเองได้แม้ในสภาพที่ร่างกายเสื่อมถอย

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ในคลินิกบริการโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี แบบบูรณาการ และต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ไปประกาศเป็นนโยบายปฏิบัติ ในคลินิกบริการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดเครือข่ายการดูแลผู้ติดเชื้อและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี ในบทความนี้ขอนำเสนอชั้นเฉพาะขั้นตอนการพัฒนาสองขั้นตอนคือ Plan คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ และ Act คือการนำรูปแบบไปปฏิบัติ เท่านั้น ส่วนการประเมิน (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) อยู่ระหว่างรอการดำเนินการใช้รูปแบบครบ 12 เดือน

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ<sup>(7)</sup> เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างครอบคลุมต่อเนื่อง และการบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ว่ามีรูปแบบการดำเนินการเป็นอย่างไร ทำการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี

โดยเลือกศึกษาในคลินิกบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง คือโรงพยาบาลสำโรง และโรงพยาบาลวารินชำราบ

**กลุ่มเป้าหมาย** แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานในคลินิกบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาล 4 คน เภสัชกร 2 คน เจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2 คน ผู้ให้คำปรึกษา 4 คน และเป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิกตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 12 คน อาสาสมัครเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่ทำงานในคลินิกบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน และตัวแทนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาในคลินิกของโรงพยาบาลที่มีสัญชาติไทย เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี สามารถอ่านออกเขียนได้ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป รับประทานไวรัสตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป เนื่องจากหลังรับประทานไวรัส 5 เดือน ผู้ติดเชื้อฯ จะได้รับการตรวจแนวโน้มผลการรักษาล้มเหลว ยาด้านไวรัส (virological failure) จำนวน 6 คน และกลุ่มที่เป็นผู้ติดเชื้อสูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ข้อมูลประเมินสถานการณ์ปัญหาการให้บริการในคลินิกโรงพยาบาล ที่มารับบริการเข้าในคลินิกจาก 2 โรงพยาบาล ทั้งหมดจำนวน 43 ราย

**เครื่องมือ** ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป สถานะสุขภาพ การกินยา การดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี แบบสัมภาษณ์ ระบบการให้บริการของโรงพยาบาล การดูแลรักษาผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีของคลินิกบริการ ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการให้บริการ การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือด้วยการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านตรวจสอบ

**การเก็บข้อมูล** ด้วยการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Informal Interview) ทั้งแบบการสัมภาษณ์เดี่ยว และการสัมภาษณ์กลุ่ม โดยการสัมภาษณ์เปิดกว้างไม่จำกัดคำตอบ เพื่อจับประเด็นและนำมาตีความหมาย และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) จากตัวแทนผู้สูงอายุที่ติดเชื้อที่มารับบริการในคลินิกโรงพยาบาล มีจุดสนใจในการสัมภาษณ์ ในเรื่องระบบบริการและการดูแลรักษาผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีที่คลินิกของโรงพยาบาล

**ขั้นตอนการศึกษา** แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (PLAN) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการให้บริการ ผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกโรงพยาบาล 2 แห่ง และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง การบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 2 (ACT) การนำรูปแบบฯ ไปใช้ ด้วยการประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อนำรูปแบบไปปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 12 เดือน ประเมินความพึงพอใจระบบรูปแบบบริการเบื้องต้น ในระยะ 3 เดือนแรก

ขั้นตอนที่ 3 (OBSERVE) การประเมินผลลัพท์การนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการให้บริการผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี ในระยะแรกคือ 3 เดือน โดยทำการประเมินความต่อเนื่องในการกินยา ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load) คุณภาพชีวิต (QOL) และความสามารถในการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 (REFLECT) การสะท้อนผลลัพท์ของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ให้บริการในคลินิกโรงพยาบาล ทั้ง 2 แห่ง และปัญหาอุปสรรคในการนำรูปแบบฯ ไปใช้

หมายเหตุ: ในบทความนี้นำเสนอขั้นตอนการ

ศึกษาและผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี ในระยะ 3 เดือนแรกของการนำรูปแบบฯ ไปให้บริการในโรงพยาบาล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การรวบรวมจัดกลุ่มข้อมูลและวิเคราะห์ด้วย Content Analysis

**จริยธรรมวิจัย** ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 15

## ผลการศึกษา

### การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1) ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.5 อายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 97.7 และอายุ 75-81 ปี ร้อยละ 2.3 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 4.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 500 บาท ร้อยละ 95.3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า สูบบุหรี่ ร้อยละ 11.6 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 23.3

2) ข้อมูลการรักษาและการกินยาด้านไวรัส พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าระดับเม็ดเลือดขาว (CD4) มากกว่า 350 ร้อยละ 79.1 ระดับไวรัสในกระแสเลือดล่าสุด (Viral load) Not-detected ร้อยละ 69.8 ไม่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 83.7 ระยะเวลาที่กินยาด้านไวรัส 11-12 ปี ร้อยละ 55.8 พบปัญหาด้านการมารับยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 20.9 สาเหตุจากการลืมวันนัด ร้อยละ 44.4 ปัญหาด้านการกินยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ตรงตามเวลา ร้อยละ 16.3

3) ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนการดูแล

ต่อเนื่องในชุมชน และการยอมรับจากสังคม พบว่า ยังมีผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อถึงร้อยละ 30.2 ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเรื่องเงินจากหน่วยงานอื่นๆ ถึงร้อยละ 46.5 ไม่ได้ใช้ชีวิตในชุมชนเหมือนคนปกติทั่วไป ร้อยละ 25.6 ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.1 ไม่มีผู้ดูแลในฐานะเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 41.9

4) ข้อมูลการดูแลตนเองในชุมชนระดับน้อย ในด้านการได้รับการดูแล คำแนะนำการกินยาด้านไวรัส และคำปรึกษาในชุมชน ค่าเฉลี่ย 1.42 (S.D.=0.94) และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมจากเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชน ค่าเฉลี่ย 0.98 (S.D.=0.65) และได้รับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และการเยี่ยมบ้านในชุมชนภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 0.46 (S.D.=0.75)

**ข้อมูลและสถานการณ์ปัญหา** พบประเด็นช่องว่าง/ปัญหาการให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อฯ 3 ประเด็น ดังนี้

1) ความครอบคลุมในการบริการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า การบริการในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเพียงพอ โดยการดูแลที่จำเป็น เช่น การประเมินภาวะความเสี่ยงสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และการประเมินและตรวจสุขภาพอย่างองค์รวม ยังไม่ได้รับการดำเนินการอย่างเต็มที่ สาเหตุหนึ่งคือข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่และการกระจายทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ การประเมินความเสี่ยงต่างๆ มักจะทำในคลินิกเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ให้บริการไม่เฉพาะเจาะจงผู้สูงอายุ การบริการยังไม่ครอบคลุมที่เป็นองค์รวมในฐานะกลุ่มเปราะบางพิเศษ ดังข้อคิดเห็นจากการระดมสมอง

ต่อไปนี้ การไม่ได้รับการดูแลและประเมินสุขภาพ 9 ด้าน ภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุตามนโยบายของ กระทรวง สาเหตุจากอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่พอ เนื่องจากการประเมินผู้สูงอายุจะทำเฉพาะในคลินิก ผู้สูงอายุเท่านั้น โดย รพ.สต. ผู้สูงอายุมีปัญหาความ จำเสื่อม การดูแลด้านการกินยา การสื่อสารกับ ญาติ จึงควรมีการประเมินสุขภาพด้านความจำ โภชนาการ ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้สูงอายุเริ่ม มีสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอย และมีภาวะโรคร่วม เป็นการประเมินปัญหา และจัดการปัญหาจากมาก ไปน้อย ในขณะที่ รพ.สต.สามารถจัดการ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านเบื้องต้น และมีการ ลงบันทึกสุขภาพ 9 ด้าน เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการ ดูแลร่วมกับโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาที่ซับซ้อน ในผู้สูงอายุมีหลายด้าน ดังนั้นผู้สูงอายุที่ติดเชื้อฯ ต้องมีการประเมินรอบด้าน การวิเคราะห์ปัญหา ผู้สูงอายุ และครอบครัว จะช่วยการแก้ปัญหาให้ ครอบครัวทุกมิติ<sup>(8)</sup> ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเอง

2) อุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมักประสบปัญหาในการ เดินทางเพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านการเดินทางและสุขภาพ ผู้สูงอายุ หลายคนไม่มีผู้ดูแลหรือไม่สามารถเดินทางได้ สะดวก เนื่องจากสภาวะการเจ็บป่วยบางครั้งไม่สามารถมารับยาด้วยตนเองได้ การมารับบริการ แต่ละครั้งมีผู้มารับบริการเยอะ ต้องรอนาน ผู้สูง อายุส่วนใหญ่เดินทางด้วยรถประจำทางมีข้อจำกัด ในการเดินทาง การเดินทางไป-กลับ ระยะเวลาเร่ง รีบให้ทันเวลากับรถโดยสาร เมื่อมาถึงโรงพยาบาล บางครั้งต้องใช้เวลาในการรอรับบริการ ทำให้ เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาด้านสุขภาพ จิต ไม่มีเงินค่าเดินทาง มีปัญหาครอบครัวเศรษฐกิจ

ต้องการช่องทางบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดวันและเวลาพิเศษ หรือช่องทางพิเศษที่ สามารถให้บริการได้รวดเร็วและสะดวกยิ่งขึ้น ถ้า ไปตามจุดต่างๆ จะวิตกกังวล กลัวความลับตัวเอง เปิดเผย เนื่องจากผู้ป่วยบางคนยังไม่เปิดเผยการ เป็นผู้ติดเชื้อ

จากการจัดรูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดบริการเช่นนี้ นำไปสู่ความล่าช้าในการ เข้าถึงยาและการตรวจสุขภาพ กรณีส่งต่อคลินิกผู้ ติดเชื้อของโรงพยาบาลแบบแยกแผนก แยกส่วน ในการดูแลผู้ป่วยต่อหนึ่งคนที่มีการเจ็บป่วยหลาย ด้านและปัญหานี้จะเพิ่มความยากลำบากในกรณี ตัวอย่าง จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้ป่วยมี อาการปวดหลังร้าวลงขา หรือปัญหาด้านกระดูก หรือโรคระบบอื่นๆ จะถูกส่งไปพบแพทย์ที่ห้อง ตรวจแผนกอื่น หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ หลายแผนกหรือคลินิกอื่นๆ ในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมี ความต้องการให้มีการเอื้ออำนวยความสะดวก ให้ บริการผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมอื่นๆ ให้มีเจ้าหน้าที่ช่วย ประสานระหว่างคลินิกให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ที่สะดวกสบายมากยิ่งขึ้น

3) ขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร ที่มีทักษะในการประเมินการดูแลสุขภาพสำหรับ ผู้สูงอายุโดยเฉพาะสภาวะการเจ็บป่วยและเป็น ผู้สูงอายุ การมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมัน และปัญหาสุขภาพจิต ผู้ให้บริการในคลินิก หรือโรงพยาบาลหลายแห่งขาดการอบรมเฉพาะ ทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี การจัดการ ปัญหาด้านการรับยาหรือการดูแลภาวะสุขภาพจิต ที่ซับซ้อนจำเป็นต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง แก่นนำชุมชนที่ให้ข้อมูลและดูแลสุขภาพเบื้องต้น แก่ผู้ป่วยมักขาดการฝึกอบรมเฉพาะทางในด้านนี้

ทำให้การดูแลไม่สามารถครอบคลุมทุกมิติได้อย่างเหมาะสม ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยคือ ควรมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมแก่แกนนำและเจ้าหน้าที่ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมาก เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกไม่ได้ผ่านการอบรม/ การดูแลผู้สูงอายุ แกนนำที่ให้บริการในคลินิก ยังไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีแกนนำดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ เช่น การรับยาแทน ควรมีจุดบริการจบในจุดเดียว มีแพทย์ดูแลเฉพาะ มีแกนนำที่ผ่านการอบรมเฉพาะการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้สูงอายุควบคู่ไปด้วยกัน เกสซกร ผู้ให้บริการที่คลินิก ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาการกินยาร่วมกับทำหน้าที่ประเมินผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ<sup>(9)</sup>

**กระบวนการพัฒนารูปแบบฯ** ทำการพัฒนารูปแบบฯ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ แกนนำผู้ติดเชื้อ และตัวแทนผู้ติดเชื้อ จาก 2 โรงพยาบาล ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนภาพการให้บริการ และปัญหาทั้ง 3 ประเด็น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบตรวจสอบและระดมความคิดเพื่อหาแนวทางในการจัดการปัญหา ใช้เวลา 2 วัน ผลที่ได้คือร่างความต้องการในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของตัวแทนผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี และทีมผู้ให้บริการ หลังจากนั้นทีมวิจัยได้จัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำการตรวจสอบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการและต่อเนื่อง ใช้เวลา 1 วัน โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญภายนอก 3 ท่าน จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และตัวแทนแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มผู้นำ

รูปแบบฯ ไปปฏิบัติ จากโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง 10 คน และกลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 คน เพื่อเข้าร่วมตรวจสอบรูปแบบฯ มีประเด็นสำคัญในข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง คือ

(1) ควรเพิ่มเติมในส่วนของการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน ผู้สูงอายุไร้ผู้ดูแล ช่วยเหลือผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เพื่อให้ครอบคลุมสอดคล้องกับทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและครอบคลุมหลายมิติ รวมถึงสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม<sup>(10)</sup>

(2) มุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ได้ให้ทรรศนะต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในหน่วยบริการสุขภาพ แนวทางนี้ต้องครอบคลุมถึงวิธีการรักษาแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม และการรักษาสิทธิของผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี การเข้าถึงการรักษา โดยต้องไม่ถูกละเมิดสิทธิส่วนตัว สิทธิทางด้านสุขภาพ วิธีการจัดการกับการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพรวมถึงในชุมชน รวมถึงการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลอย่างองค์รวม เป็นการวัดการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ ทั้งด้านส่วนบุคคล และสังคม<sup>(11)</sup>

(3) การสะท้อนข้อมูลจากการระดมความคิดจากข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับขั้นตอนการบริการในปัจจุบัน ได้ค้นพบข้อสังเกต และข้อมูลต่างๆ ผู้ใช้บริการมีความต้องการให้จัดบริการโดยกลุ่มแกนนำ และกลุ่มผู้รับบริการร่วมกัน ควรมีวันเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ/ควรมีช่องทางด่วนผู้สูงอายุ

ถ้ามีการแยกกลุ่มผู้สูงอายุควรได้รับการก่อน เพื่อลดเวลาการรอนาน ผู้รับบริการต้องการให้มีวันนัดสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ต้องการแพทย์ให้ข้อแนะนำเพิ่ม มีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ให้บริการเสร็จสิ้น ณ จุดเดียว มีช่องทางบริการรับยาในกลุ่มผู้สูงอายุในคลินิก ชั้นตอนการตรวจเลือดควรให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุ ก่อน และระยะเวลารอผลการตรวจเลือดไม่ควรรอนาน

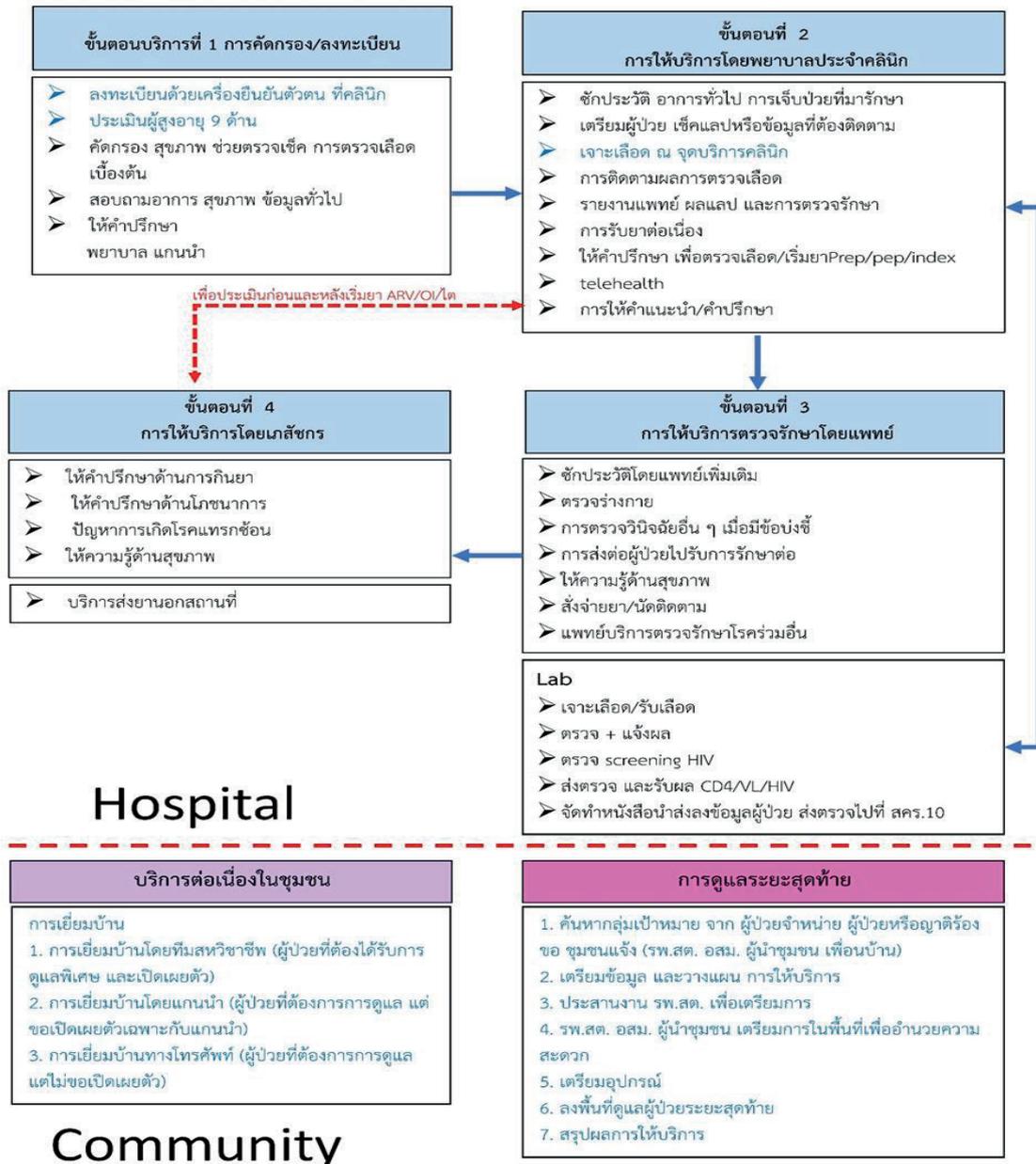
(4) การติดตามลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ต้องมีทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุและติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดปัญหาเรื่องความวิตกกังวลของผู้ถูกเยี่ยม<sup>(12)</sup> การไม่นำความลับทางด้านสุขภาพไปเปิดเผยในที่สาธารณะ ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจกับคนไข้ สร้างการยอมรับ เพื่อการเปิดใจยอมรับบริการติดตามเยี่ยมบ้าน และควรให้แกนนำเป็นผู้ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านลงพื้นที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากผู้ป่วยมีความไวใจ สัมพันธภาพที่ดีกับแกนนำผู้ติดเชื้อฯ มากกว่าเจ้าหน้าที่ เนื่องจากมีความคุ้นเคยและรู้สึกมีความเป็นเพื่อนกันมากกว่า คำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย การไม่ละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย<sup>(13)</sup> การจัดการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ยาต้านไวรัสที่มีคุณภาพสูงในการยับยั้งการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Therapy-ART) การให้ความสำคัญในเรื่องการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ รวมถึงการประเมินสุขภาพผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเป็นการให้การดูแลรักษาที่สนับสนุน การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ที่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสรายใหม่ ซึ่งปัจจุบันการใช้ยาต้านไวรัสได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายและยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต

ที่ดี แนวทางการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ครอบคลุมทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การส่งเสริมสุขภาพจิต และการสนับสนุนด้านสังคม เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีแนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่าง ไม่เลือกปฏิบัติ และคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างเข้มงวด<sup>(14)</sup>

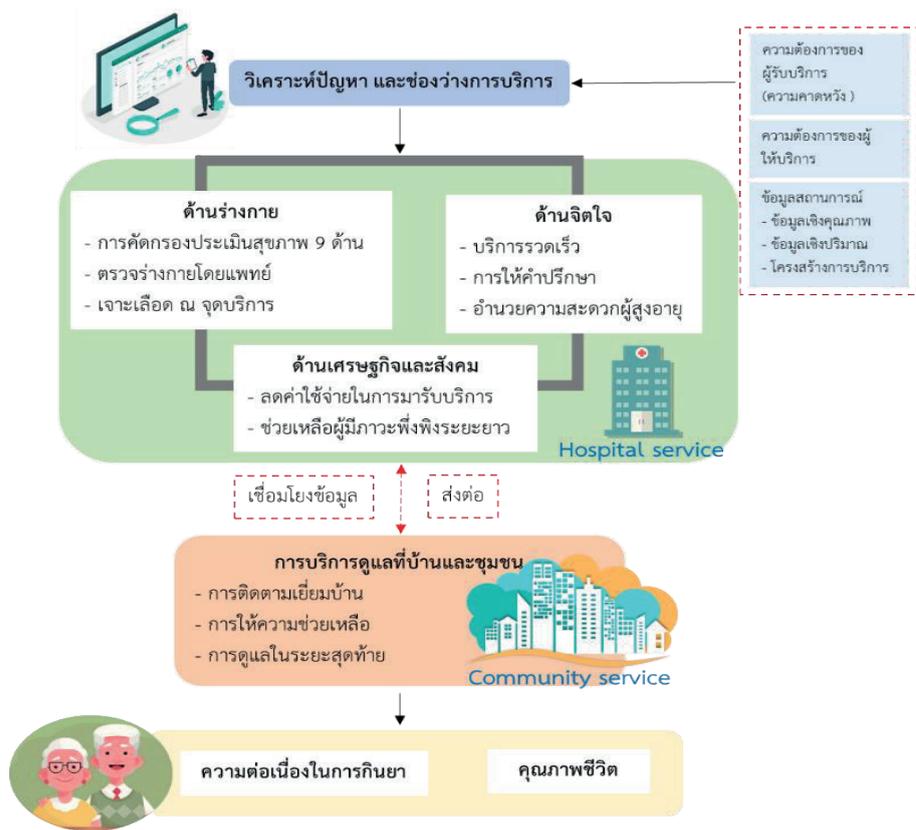
**ผลลัพธ์ ด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการและต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน** จากการให้ข้อแนะนำและการอภิปรายการให้บริการในรูปแบบฯ ข้างต้น นำมาสู่การปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี แบบบูรณาการและต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน เป็นดังนี้ การให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (An integral care model for aging with HIV from hospital to community) ซึ่งหัวใจสำคัญในการจัดรูปแบบบริการในโรงพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุฯ เป็นการดูแลครบทุกมิติ คือการดูแลแบบองค์รวม การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีการเชื่อมโยงระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน จนกระทั่งผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เรียกว่า หลักการ (HCQ Principles) ประกอบด้วย 1) Holistic Care หมายถึง การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของผู้สูงอายุ ได้แก่ กาย ใจ และสังคม 2) Continuous Care หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ถึง ชุมชน และ 3) QOL (Quality of life) หมายถึง การให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี แผนภาพที่ 9 โมเดลการให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (An integral

care model for aging with HIV from hospital to community) (รายละเอียดดังภาพที่ 1) เมื่อทำการเปรียบเทียบขั้นตอนการให้บริการก่อนและหลังการพัฒนาแบบการให้บริการฯ จากการสังเคราะห์กระบวนการให้บริการ พบว่า แบบเก่าเน้นการดูแลในคลินิกโรงพยาบาลเป็นหลัก นอกโรงพยาบาลเป็นบทบาทของอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อ และขาดการดูแลและตรวจคัดกรองใน

ฐานะที่เป็นผู้สูงอายุ ส่วนรูปแบบใหม่ เน้นการทำงานแบบทีมบูรณาการ เพิ่มการดูแลในฐานะการเป็นผู้สูงอายุด้วยการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุในคลินิกและเชื่อมต่อข้อมูลกับทางโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องรายโรค และเพิ่มการดูแลในชุมชนแบบบูรณาการและการดูแลจนถึงบั้นปลายชีวิต รายละเอียดดังภาพที่ 1 และภาพที่ 2



ภาพที่ 1 การบริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลชุมชน หลังการพัฒนาแบบฯ



ภาพที่ 2 รูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (An integral care model for aging with HIV from hospital to community)

**สรุป** ความแตกต่างของรูปแบบการให้บริการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า การให้บริการหลังการพัฒนารูปแบบฯ เพิ่มเติมจากการให้บริการก่อนการพัฒนารูปแบบฯ แบ่งตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 มีการเพิ่มเติมการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน การจัดลำดับความสำคัญในการให้บริการ และการจัดให้มีระบบนัดหมายที่เหมาะสม เช่น Tele Health ขั้นตอนที่ 2 เพิ่มการให้บริการแบบองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์และผู้ป่วยด้วยการปรับปรุงบริการเจาะเลือดภายในคลินิก ขั้นตอนที่ 3 วางแผนการรักษาแบบระบบสหวิชาชีพ และให้บริการแบบสะดวกกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการ

consult แพทย์เฉพาะทางที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาจากการคัดกรองสุขภาพ ขั้นตอนที่ 4 มีการส่งยาให้ถึงบ้านสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเดินทาง และปรับปรุงการให้บริการอย่างต่อเนื่อง และขั้นตอนที่ 5 มีการเยี่ยมทางออนไลน์หรือไลน์ และบริการเชิงรุก เช่น การส่งยา refill สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเดินทางมารับยาตามวันนัด

การให้บริการเพิ่มเติมนอกเหนือจาก 5 ขั้นตอนคือ การดูแลในชุมชนด้วยการติดตามเร่งด่วน ในกรณีที่ไม่สามารถเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยประสานกับชุมชนและสถานบริการสุขภาพ บริการ telemedicine เพื่อช่วยผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล

ขั้นตอนการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ด้วยการ

ประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาลในการนำรูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ไปปฏิบัติในคลินิกของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ร่วมกับการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี และอสม. เพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนการให้บริการ และการฝึกทักษะการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน เพื่อนำไปใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกบริการ ร่วมกับการวางแผนการนำรูปแบบฯ ไปให้บริการในคลินิกเป็นระยะ

เวลา 12 เดือน

การประเมินผลเบื้องต้น ระยะ 3 เดือนแรกของการนำรูปแบบไปให้บริการในคลินิกโรงพยาบาล เฉพาะการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีต่อการให้บริการ พบว่า ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการยาต้านไวรัสต่อสถานที่ให้บริการยาต้านไวรัส และต่อภาพรวมเมื่อเข้ามาใช้บริการ ระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.40, 4.28, และ 4.23 ตามลำดับ และมีความพึงพอใจในภาพรวมทั้ง 3 ด้านมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.30

### ตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ

ความพึงพอใจต่อการรับบริการ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
ความพึงพอใจในภาพรวมเมื่อท่านเข้ามาใช้บริการ	4.23	0.68	มากที่สุด
ความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการยาต้านไวรัส	4.40	0.66	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อสถานที่ให้บริการยาต้านไวรัส	4.28	0.63	มากที่สุด
<b>รวม</b>	<b>4.30</b>	<b>0.56</b>	<b>มากที่สุด</b>

### อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีฯ พบว่า ข้อดีของกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ คือ การให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเป็นการเพิ่มความสะดวกและลดความซับซ้อนในการให้บริการ ด้วยการพัฒนาระบบการลงทะเบียนที่สะดวกและรวดเร็ว ช่วยลดขั้นตอนที่ซับซ้อนในกระบวนการรับบริการ ช่วยประหยัดเวลาและทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการรักษาได้ง่ายขึ้น การจัดการบริการที่ครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การประเมินสุขภาพ 9 ด้าน และการแบ่งกลุ่มการดูแล จะช่วยให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น การพัฒนารูปแบบ

การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ (ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ) ส่งเสริมการดูแลแบบครบองค์รวม (Holistic Care) จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและครอบคลุมทุกด้านของสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น การส่งต่อข้อมูลและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การใช้เทคโนโลยีในการเก็บและส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ช่วยให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความต่อเนื่องและลดภาระการเดินทาง ส่งผลให้คะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี ต่อรูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน และภาพรวมค่าเฉลี่ย 4.30

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี คุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการ เป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การนำแนวทางเหล่านี้

ไปปฏิบัติและนำเสนอเป็นนโยบายจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลและชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืน งานวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม และการมีคุณค่าอยู่ในสังคม ชุมชน อย่างสมศักดิ์ศรี จนกระทั่งสามารถดูแลตนเองได้ ลดความเจ็บป่วย มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทฤษฎี Quality of Life - QOL<sup>(15)</sup> เป็นกรอบทฤษฎีใช้ประเมินผลกระทบของสุขภาพต่อการดำเนินชีวิตองค์ประกอบต่างๆ เช่น สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และความเป็นอยู่ทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ที่ประชาชนความสามารถเข้ามาใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพเมื่อจำเป็น การเข้าถึงบริการสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน การขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเพียงพอสามารถนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าประชากรในพื้นที่ห่างไกลหรือที่มีรายได้ต่ำมักจะประสบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัดซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้นการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่โรงพยาบาลถึงที่บ้านที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญจำเป็น

### ข้อเสนอแนะ

1. การใช้เทคโนโลยีเพื่อยืนยันตัวตนของผู้มารับบริการในคลินิกเอชไอวีของโรงพยาบาล และใช้ในการติดตามและแจ้งเตือนการรับประทานยา การ

นัดหมาย และการประเมินสุขภาพ เพื่อลดปัญหาความไม่สม่ำเสมอ การกินยาและการมารับการตรวจรักษาในคลินิก

2. ควรมีการอบรมเจ้าหน้าที่ในคลินิกเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพ 9 ด้าน ประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อมและการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

### เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pneumocystis pneumonia: Los Angeles. Morbidity and Mortal Weekly Report (MMWR) 1981; 30(21): 1-3.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization (WHO). AIDS epidemic update: December 2009 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2024 Dec 12]. Available from: <https://www.un.org/youthenvoy/2013/08/unhiv-2009-12-15>
3. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. HIV Info Hub: การรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
4. ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร ครุฑทาศ, อุษณีย์ เทพวรชัย, เยวรัตน์ อินทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

- โรคเอดส์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ 2553; 4(2):45-58.
5. Stephen Kemmis, Robin McTaggart, Rhonda Nixon. The Action Research Planer: Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer publication; 2013.
  6. พนารัตน์ วิศเวทพนิมิต, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์. การดูแลแบบองค์รวมและการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: กรณีศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร; 2560.
  7. วรณพร พัฒนิบุลย์, จิรพันธ์ ปทุมอ่อน, จุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 2564; 15(3):12-25.
  8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในระดับปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ihppthaigov.or.th>
  9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
  10. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สสส.; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 26 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th>
  11. จิตติมา บุญเกิด. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): How to change the system of primary care. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2555.
  12. สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
  13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นโยบายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สปสช; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก <https://www.nhso.go.th/>
  14. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/siti>
  15. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>