



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support



Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน [ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ]

ISSN 277-0250 : Print ISSN 2774-017X : Online

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 (ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565) Vol.37 No.1 (October 2021 - March 2022)

คณะที่ปรึกษา

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์
ดร. นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ
นพ.สามารถ ธีระศักดิ์

บรรณาธิการ

นายมงคล ปิยปัญญา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายกฤษณชัย กิมชัย

นายภูรินทร์ สีกุด

กองบรรณาธิการ

รศ. ดร. ธนิตา ผาติเสนะ
ผศ. ดร. นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตตสาสุวรรณ
ผศ. ดร. ปวีณา ลิ้มปิติปรากฏ
ผศ. ดร. ธนกร ปัญญาใสโสภณ
ดร. นพ.ชาตรี เจริญชีวะกุล
ดร. ชูภาศิริ อภินันท์เดชา
ดร. อติศร วงศ์คงเดช
ดร. เฉลิมพร นามโยธา
ดร. สุทิน ชนะบุญ
ดร. วิชิต พุ่มจันทร์
ดร. ภูวดล พลศรีประดิษฐ์
ดร. ชาลีนี มานะยิ่ง
ดร. พรทิพย์ แก้วชิน
ดร. ปธานิน แสงอรุณ

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
วิทยาลัยนครราชสีมา
ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 นครราชสีมา
มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
วิทยาลัยนครราชสีมา
วิทยาลัยนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช



นายฐณะวัฒน์ ภูมิเจริญวัฒน์
นายกฤษณชัย กิมชัย
นางสาวนิตติญา คุ่มไพโร
นายพิพัฒน์พล พิณีจดี

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คณะทำงาน

นางวิรัชญา ทรัพย์ธรณี
นางพรพนม ปราชัยภูมิ
นางอภิญญา มีชิน
นายวีรยุทธ กิจสกุล
นางสาวทักษพร ทองอร่าม

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รูปเล่มและงานศิลป์

นายธีรวัฒน์ หมั่นแก้วคราม

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เจ้าของวารสาร

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 89 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทร 043 224605 โทรสาร 043 221679



บทบรรณาธิการ

ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ยังต้องให้ความสำคัญในการเฝ้าระวัง และป้องกันการเจ็บป่วยโรคโควิด 19 ที่สำคัญต้องขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทุกคน ให้รณรงค์เชิญชวนฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันการเกิดโรคโควิด 19 ลดการเจ็บป่วยรุนแรง และลดอัตราการเสียชีวิต โดยเฉพาะผู้มีโรคประจำตัวและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ฉบับนี้เป็น ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนตุลาคม 2564 ถึง มีนาคม 2565 เปิดรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 5 เรื่อง บทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง และแนวทางการดำเนินงานหรือกิจกรรมของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ

กองบรรณาธิการได้รับบทความที่มีคุณค่าจากนักวิชาการ บุคลากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข และคณาจารย์จากสถาบันการศึกษา ซึ่งล้วนแล้วมีความน่าสนใจและมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ สามารถนำไปเป็นแหล่งอ้างอิงตามหลักวิชาการ หรือนำไปประยุกต์ วางแผน ในการดำเนินงานได้ กองบรรณาธิการขอเชิญชวนท่านผู้ที่สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ซึ่งเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีผู้เชี่ยวชาญทรงคุณวุฒิ (Peer review journal) พิจารณากลับกรอง ตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยท่านสามารถส่งต้นฉบับตามหลักเกณฑ์และคำแนะนำที่อยู่ท้ายเล่มนี้ หรือได้ที่เว็บไซต์ <https://thaidj.org/index.php/pjne> เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน อันเป็นประโยชน์ให้กับผู้อ่านและผู้ที่เกี่ยวข้อง

นายมงคล ปิยปัญญา

บรรณาธิการ



หลักเกณฑ์และคำแนะนำในการส่งบทความ เพื่อตีพิมพ์วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ (ราย 6 เดือน) ฉบับที่ 1 (ตุลาคม-มีนาคม) และฉบับที่ 2 (เมษายน-กันยายน) ของทุกปี โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และเผยแพร่รูปแบบออนไลน์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสารที่ <https://thaidj.org/index.php/pjne>

1. ประเภทบทความวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) เปิดรับบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

1.1 บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิมและ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

1.2 บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่างานวิจัย สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่การกล่าวถึงความจำเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมาย และความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความจำเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

1.3 บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (State of the Art) เฉพาะทางที่มีการศึกษา ค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

2. การเตรียมต้นฉบับและคำแนะนำต่อไปนี ใช้สำหรับการเตรียมบทความทางวิชาการที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ แต่หลายหัวข้อก็ใช้สำหรับบทความประเภทอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบจากบทความแต่ละประเภทในวารสารฉบับที่พิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองไม่ต้องการความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผลนำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดเป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนท้ายของบทนำ

วิธีดำเนินการศึกษา (Methods หรือ Material and Methods) ระบุรูปแบบแผนการศึกษา (Study design, Protocol) เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-experiment กลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้ชัดเจน และกระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา (Results) แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

อภิปรายผล (Discussion) แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจัยผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวัง



อย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตาม
ประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมี เพื่ออธิบายส่วนที่
โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า
ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่และให้
ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือ
ให้ประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

ตาราง รูปภาพ และแผนภูมิ บทความ
เรื่องหนึ่งๆ ไม่ควรมีตารางหรือรูปภาพมากเกินไป
จำนวนที่เหมาะสมคือ 1 - 5 ตารางหรือรูปภาพ
โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือรูปภาพอยู่
ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นที่มีความชัดเจนสูง
อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่าย หรือ
กราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่
ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกเป็นไฟล์
ต่างหากพร้อมด้วย

เอกสารอ้างอิง (References) เป็น
การรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความ
ในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิง
แบบ American Psychological Association 6th
edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสาร
อ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้อง
สอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้าย
บทความทุกรายการ

3. รูปแบบบทความ

3.1 พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft
Word ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4

3.2 แบบอักษร TH SarabunPSK
โดยหัวข้อใช้ขนาด 16 Point (ตัวหนา) เนื้อหา
ใช้ขนาด 16 Point (ปกติ)

3.3 ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งบทความ

4. การส่งบทความ จัดส่งได้ 2 วิธี ดังนี้

4.1 ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ที่

<https://thaidj.org/index.php/pjne/index>

4.2 ส่งบทความแบบไฟล์ Word

พร้อมแผ่นซีดี ในรูปแบบหนังสือราชการ โดยระบุ
ชื่อที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และอีเมลของผู้นิพนธ์ให้
ชัดเจน และจ่ายหน้าซองมาที่ กองบรรณาธิการ
วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลขที่ 89 ถนนอนามย์
ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
รหัสไปรษณีย์ 40000

กองบรรณาธิการจะรับพิจารณา
บทความที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดเท่านั้น
และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้นิพนธ์ทราบ
หลังจากได้รับบทความแล้ว

5. ความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

5.1 ผู้นิพนธ์ ต้องมีความซื่อสัตย์

มีคุณธรรม และมีจรรยาบรรณในการดำเนินงาน
วิจัย และการเขียนรายงานผลการวิจัย

5.2 ผู้นิพนธ์ ต้องรับรองว่าผลงาน

ที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษา
ไม่บิดเบือนข้อมูลและไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ

5.3 ผู้นิพนธ์ ต้องอ้างอิงผลงานของ

ผู้อื่นที่ปรากฏอยู่ในงานของตน

5.4 ผู้นิพนธ์ ต้องไม่คัดลอกผลงาน

ของบุคคลอื่น

5.5 ผู้นิพนธ์ ต้องมีความรับผิดชอบ

ต่อผลงานของตน และรับรองว่าผลงานไม่เคยถูก
ตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการ
พิจารณาตีพิมพ์ที่ใด

5.6 ผู้นิพนธ์ ต้องระบุชื่อผู้เป็นเจ้าของผลงานร่วมทุกคน ระบุบทบาทหน้าที่และสัดส่วนของความรับผิดชอบอย่างชัดเจนในกรณีที่ไม่ได้เขียนคนเดียว

5.7 ผู้นิพนธ์ ต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนในการทำวิจัยนี้

5.8 ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ทำผิดข้อกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อ 2, 3, 4 และ 5 วารสารจะ

ตัดสิทธิ์การตีพิมพ์เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และวารสารจะแจ้งหน่วยงานที่ผู้นิพนธ์สังกัดหรือผู้นิพนธ์แล้วแต่กรณี

5.9 บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ถือเป็นผลงานและความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ มิใช่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการแต่ประการใด



สารบัญ

	หน้า
นโยบาย แนวทาง และกิจกรรม	
➤ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดีเด่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2565.....	1
➤ หลักสูตร อสม. นวัตกรรมสังคม สู้ภัยโควิด 19.....	14
➤ หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล.....	15
บทความวิชาการ	
➤ ภาวะแทรกซ้อนทางด้านสุขภาพในระยะหลังโควิด ภูรินรินทร์ สีกุด.....	19
บทความวิจัย	
➤ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ธีระพงษ์ พรหมจันทร์.....	28
➤ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ชญานัญช ไพรวงศ์.....	37
➤ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่กรุงเทพมหานคร : ระยะที่ 1-2 ศึกษาสถานการณ์ไอโอดีน และกระบวนการพัฒนารูปแบบ จารินี ยศปัญญา.....	47
➤ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 ทิพัฒน์พล พินิจดี.....	56
➤ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ณัฐกาญจน์ ริยะบุตร และเพลาพิลาส โคตะพันธ์.....	66



อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดีเด่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับชาติ ประจำปี 2565

อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับชาติ
สาขา : นมแม่และอนามัยแม่และเด็ก



ชื่อ-นามสกุล : นางสาวคำพอง ประชาโชติ ปัจจุบันอายุ : 44 ปี
อาชีพ : เกษตรกรรม (ทำนา) ระยะเวลาเป็น อสม. : 19 ปี
การศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย จากศูนย์บริการการศึกษานอกโรงเรียน
ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่ 37 หมู่ที่ 2 ตำบลสะอาด อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม **ภูมิปัญญาท้องถิ่น** ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยใช้ของเล่นที่บ้านที่ทำขึ้นเองจากวัสดุในชุมชน ส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในชุมชนประดิษฐ์สิ่งของให้ลูกหลานได้เล่นตามวัย ส่งเสริมพัฒนาการด้วยการเล่นแบบพื้นบ้าน โดยชุมชนจะมีไม้เวียน ม้าก้านกล้วย เสริมสร้างพัฒนาการของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ โอบายปลาตะเพียน โอบายธง เสริมสร้างและพัฒนาการมองเห็น

กรณีตัวอย่าง เด็กชายแฝดน้องอายุ 9 เดือน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ตรวจประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM พบสงสัยล่าช้าด้านการเคลื่อนไหว Gross Motor (GM) ไม่สามารถตั้งไข่ได้ ไม่เกาะยืน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ให้คำแนะนำผู้ปกครองฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว และนัดประเมินซ้ำ 1 เดือน อสม.คำพอง ประชาโชติ และชมรมแม่รัก ได้มีส่วนช่วยผู้ปกครองฝึกกระตุ้นพัฒนาการ โดยฝึกกระตุ้นให้กล้ามเนื้อทั้ง 2 ข้างแข็งแรง เช่น การนวดกระตุ้นกล้ามเนื้อ ฝึกให้เด็กได้เกาะราวไม้ไผ่บนพื้นทรายทุกวัน เมื่อกลับมาประเมินพัฒนาการซ้ำ โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. คำพอง ประชาโชติ พบว่า เด็กยังไม่สามารถตั้งไข่และยืนเกาะได้ จึงได้รับการส่งต่อไปยัง รพ.ร้อยเอ็ด เด็กชายแฝดน้องได้เข้า



รับการรักษาและกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง และได้กลับมาดูแลต่อที่บ้าน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. คำพอง ประชาโชติ ได้ลงเยี่ยมเสริมพลัง ติดตามดูแล ฝึกกระตุ้นพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว โดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน นวัตกรรม “ไม้เวียนเปลี่ยนชีวิต” และ “รถเข็นผลัดเดิน” จนเด็กชายแฝดน้องสามารถเดินเองได้

2. นวัตกรรม **ธนาคารน้ำนมดีดี มีที่บ้าน** แม่ตัวอย่างในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานถึง 1 ปี 6 เดือน เพื่อเป็นต้นแบบแก่คนอื่นๆ ในชุมชน “แม่ฮัก ปีม-มิลค์-ฟอร์-เร็นท์” เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือคุณแม่ที่อยากให้ลูกกินนมแม่ แต่ขาดอุปกรณ์ จึงได้จัดตั้งเป็นชมรมธนาคารน้ำนมดีดี มีที่บ้าน โดยบริการให้เช่าพื้นที่เก็บน้ำนมและเครื่องปั๊มนม เดือนละ 100 บาท/คน/เครื่อง และส่งนมกลับบ้านให้ลูกได้กินนมแม่

3. นวัตกรรม **กล่องมหัศจรรย์ 5 วัน 5 วัย** เป็นชุดประเมินพัฒนาการที่จัดทำเองทั้ง 5 ช่วงอายุ สิ่งของในกล่องจะประกอบด้วยอุปกรณ์ที่ประดิษฐ์ขึ้นเอง เป็นชุดประเมินพัฒนาการการคัดแยกสิ่งของ เพื่อกระตุ้นการพัฒนารเด็กในแต่ละช่วงวัย

4. นวัตกรรม **ปฏิทิน 5 ด้าน 5 วัน 5 วัย** โดย อสม.คำพอง ประชาโชติ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้เครื่องมือ (DSPM) คัดกรองเด็กได้ 3 กลุ่ม 3 สี ชี้ให้เห็นพัฒนาการ ดังนี้

- สีเขียว คือ กลุ่มปกติ ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย
- สีเหลือง คือ กลุ่มสงสัยล่าช้า ต้องได้รับการฝึกกระตุ้น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคี

เครือข่ายด้านสุขภาพ

- สีแดง คือ กลุ่มพัฒนาการล่าช้า ต้องได้รับการส่งต่อ

จากการที่ อสม.คำพอง ประชาโชติได้ลงติดตามเยี่ยมเสริมพลัง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปกครอง หรือ ปู่ ย่า ตา ยาย ไม่สะดวกที่จะอ่านคำแนะนำในเล่มคู่มือ DSPM ซึ่งมีเนื้อหาที่มาก จึงได้จัดทำเป็นปฏิทิน 5 ด้าน 5 วัน 5 วัย จะแยกกิจกรรมที่ใช้ฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กไว้ 5 ด้าน 5 ช่วงอายุ ได้แก่ 9 เดือน, 1 ปี 6 เดือน, 2 ปี 6 เดือน, 3 ปี 6 เดือน และ 4 ปี 6 เดือน ดังนี้

- 1) ด้านการเคลื่อนไหว Gross Motor (GM)
- 2) ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา Fine Motor (FM)
- 3) ด้านการเข้าใจภาษา Receptive Language (RL)
- 4) ด้านการใช้ภาษา Expressive Language (EL)
- 5) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม Personal and Social (PS)

อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาขา : การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ



ชื่อ-นามสกุล : นายวิฑูรย์ แก้วแก่น ปัจจุบันอายุ : 52 ปี
อาชีพ : เกษตรกรรม ระยะเวลาเป็น อสม. : 17 ปี
การศึกษา : ปริญญาตรี สาขาปรัชญา จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่ 41 หมู่ที่ 6 ตำบลไผ่ล้อม อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม **หมอดูทำนายใจ** เป็นแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชาชน โดยการกรอกประวัติเบื้องต้น ประกอบด้วย อายุ, ส่วนสูง (ซม.), เส้นรอบเอว (ซม.), ค่าความดันโลหิต และพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยประเมินผลออกเป็น 3 จากนั้นให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยยึดหลัก 3อ. 2ส.

2. นวัตกรรม **ถังปั่นมหัศจรรย์** เพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขนป้องกันการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและการเกิดข้อยึดติด จากการใช้งานในผู้ป่วย จำนวน 2 ราย โดยให้ผู้ป่วยทำวันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 3-5 รอบ รอบละ 10 ครั้ง ทุกวันเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย สามารถเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขน ป้องกันการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และการเกิดข้อยึดติดได้

3. นวัตกรรม **พรมเช็ดเท้า 2 in 1** ชุมชนบ้านไผ่ล้อมมีอาชีพเสริมคือ การทำพรมเช็ดเท้า อสม. จึงได้ประยุกต์การทำพรมเช็ดเท้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยให้พรมเช็ดเท้ามีคุณสมบัติเช็ดเท้าและนวดเท้าร่วมด้วย เพื่อกระตุ้นระบบประสาทและการไหลเวียนเลือดที่เท้า ลดภาวะแทรกซ้อนการเป็นแผลที่เท้า



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สาขา : กทันตสุขภาพ



ชื่อ-นามสกุล : นางวิสัย อ้อยนอ ปัจจุบันอายุ : 40 ปี
 อาชีพ : เกษตรกรรม ระยะเวลาเป็น อสม. : 11 ปี
 การศึกษา : มัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนบ้านนาค้อ จังหวัดเลย
 ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่ 52 หมู่ที่ 4 บ้านแก่งปลาปก ตำบลชมเจริญ อำเภอปากชม จังหวัดเลย

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม **ธงพาย สบายเขี้ยว** จากการลงตรวจสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร่วมกับ เจ้าหน้าที่ทันตกรรม รพ.สต.หัวขี้เหล็ก สังเกตเห็นว่ามีผู้ใส่ฟันปลอมและผู้ที่ไม่ใส่ฟันใช้งาน ส่งผลให้ฟันล้ม และเคี้ยวอาหารไม่ละเอียดส่งผลต่อระบบย่อยอาหารได้ จึงได้จัดทำ “ธงพาย สบายเขี้ยว” เพื่อส่งเสริมให้ผู้ใส่ฟันปลอมมีความรู้ในการดูแลฟันปลอมและทำความสะอาดช่องปากของตนเอง ในธงพาย ประกอบไปด้วย โมเดลสอนการแปรงฟัน ผ้าก๊อช และแผ่นภาพช่วยในการย้าเตือน อสม.จะออกพื้นที่ให้ความรู้และสอนการแปรงฟัน ทำความสะอาดช่องปาก และฟันปลอมให้แก่ผู้ใส่ฟันปลอมและผู้ที่ไม่ใส่ฟันใช้งานในทุกๆ วันศุกร์ที่ 1 ของทุกเดือน

2. นวัตกรรม **คำฐิ อักขาเขี้ยว** จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้การใช้ชีวิตของเรามีการปรับเปลี่ยนไป รวมทั้งการเข้ารับการรักษาที่ทางโรงพยาบาลในส่วนการพบทันตแพทย์ เพื่อขอคำแนะนำหรือเข้ารับการรักษาช่องปาก จึงได้คิดค้นนวัตกรรม “คำฐิ อักขาเขี้ยว” เป็นสื่อการใช้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องปากในแต่ละกลุ่มวัย โดยจัดทำคลิปเสียงการให้ความรู้ส่งให้ผู้ใหญ่บ้าน เปิดสื่อความรู้ทุกเช้าผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ร่วมกับ อสม.ให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มวัย เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องปากในทุกกลุ่มวัยอย่างทั่วถึงเพิ่มมากขึ้น

อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สาขา : การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม



ชื่อ-นามสกุล : นายวันชัย ผาสุดตะ ปัจจุบันอายุ : 48 ปี
อาชีพ : เกษตรกรรม ระยะเวลาเป็น อสม. : 17 ปี
การศึกษา : ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) สาขาเกษตรกรรม
ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่ 20/1 หมู่ที่ 13 ตำบลพระยีน อำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม **แสงสร้างชีวิต** ชุมชนบ้านศิลาทิพย์ ตำบลพระยีน อำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีรายได้น้อยไม่เพียงพอจากรายจ่าย และยังประสบปัญหาภัยคุกคามด้านสุขภาพ เช่น การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โรคเรื้อรัง และสารพิษตกค้างในพืชผักสวนครัว จึงได้นำความรู้จากการอบรม Young Smart Farmer มาจัดการในมิติด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม นำพลังงานที่ดีสะอาดจากธรรมชาติมาใช้ ไม่ก่อให้เกิดมลพิษ ส่งผลดีต่อสิ่งแวดล้อมและประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับประทานพืชผักสวนครัวที่สะอาดปลอดภัยไร้สารพิษตกค้าง และสร้างรายได้ให้กับประชาชน โดยเริ่มต้นจากร่วมกลุ่มปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษ และก่อสร้างแผงโซลาร์เซลล์เพื่อดึงพลังงานแสงอาทิตย์มาเป็นพลังงานสูบน้ำจัดเก็บน้ำขนาดใหญ่ ส่งต่อน้ำเพื่อการเกษตรให้กับประชาชนในหมู่บ้านอย่างครอบคลุม โดยเก็บค่าน้ำเพียงหน่วยละ 2 บาท และได้จัดตั้งวิสาหกิจชุมชน เพื่อส่งเสริมการสร้างรายได้จากการปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษให้กับประชาชน ปัจจุบันประชาชนมีรายได้จากการปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษ ครัวเรือนละ 200-700 บาทต่อวัน และสามารถดึงรายได้เข้าชุมชน ประมาณ 270,000 บาทต่อเดือน และประชาชนไม่มีสารพิษตกค้างในร่างกาย



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาขา : การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน



ชื่อ-นามสกุล : นายสรารุช ณะณะขาว ปัจจุบันอายุ : 35 ปี
อาชีพ : เกษตรกรรม ระยะเวลาเป็น อสม. : 8 ปี
การศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย จากศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่ 176 หมู่ที่ 3 บ้านพิมาน ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม **วัดไซส์ ก่อนใส่ ก่อนเสียบ** จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ประชาชนบ้านพิมานใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกต้อง ไม่ถูกไซส์ ทำให้เกิดปัญหาถุงยางอนามัยแตก และถุงยางอนามัยหลุด จึงได้คิดค้นนวัตกรรม “วัดไซส์ ก่อนใส่ ก่อนเสียบ” เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ถูกไซส์ของตนเอง โดยใช้ร่วมกับ “นวัตกรรมถุงยางออนไลน์” ซึ่งประชาชนสามารถติดต่อขอถุงยางออนไลน์ได้ โดยการแจ้งขนาด และมารับได้ที่ อสม. สรารุช ณะณะขาว ภายหลังจากใช้นวัตกรรม พบว่า มีสถิติการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเดือนกุมภาพันธ์และเมษายน และปัจจุบันไม่มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน

อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาขา : ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ



ชื่อ-นามสกุล : นางสมัย มังทะ ปัจจุบันอายุ : 56 ปี
อาชีพ : เกษตรกรรม ช่างสะสม และค้าขาย ระยะเวลาเป็น อสม. : 29 ปี
การศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย จากศูนย์การศึกษาจากระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่ 140 หมู่ที่ 4 บ้านโคกสะอาด ตำบลอุ่มจาน อำเภอกุสุมาลย์
จังหวัดสกลนคร

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม เครื่องต้มจมูกข้าวมะลิแดง เนื่องจากประชาชนบ้านโคกสะอาด ยังสับสนปัญหาสุขภาพด้วยโรคเบาหวาน และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนหนึ่งเป็นมาจากการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง และรับประทานข้าวเหนียวพันธุ์พื้นเมืองทุกวัน ซึ่งเป็นอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลสูง จากการศึกษาของสุนีย์ สหัสโพธิ์, ริฎู เจริญศิริ และรัชณี คงคาอุยฉาย พบว่า ข้าวเจ้าพันธุ์พื้นเมือง มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ โดยเฉพาะข้าวเจ้ามะลิแดงที่มีน้ำตาลเพียง ร้อยละ 5 เท่านั้น และข้อมูลจากศูนย์พันธุ์ข้าวตลาดเฉพาะ ระบุว่า ข้าวกล้องหอมมะลิแดง มีคุณสมบัติเด่นทางด้านภาวะโภชนาการ ช่วยในการป้องกันและบรรเทาโรคเบาหวานได้ดี อสม.สมัย มังทะ ได้คิดค้นนวัตกรรม “เครื่องต้มจมูกข้าวมะลิแดง” ซึ่งเป็นข้าวที่ตนและกลุ่มข้าวหอมดอกฮังปลูกอยู่ เครื่องต้มจมูกข้าวมะลิแดง เป็นเครื่องต้มที่เหมาะสมกับทุกวัย ชงดื่มง่ายและสะดวก และมีคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งกะเพาะเปลือกข้าวโดยไม่ขัดสี และคัดเลือกเมล็ดข้าวที่มีจมูกข้าวติดอยู่ ผ่านกระบวนการความร้อนโดยคั่วไฟอ่อนและบดละเอียดบรรจุถุงสุญญากาศ นำมาชงดื่มด้วยน้ำร้อนได้ทันที ผลลัพธ์ที่ได้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ดื่มเครื่องต้มจมูกข้าวมะลิแดง ร่วมกับรับทานยาตามแพทย์สั่ง จำนวน 4 ราย สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ทั้ง จำนวน 4 ราย



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาขา : การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ



ชื่อ-นามสกุล : นายเพียรชนะ สมบัติศรี ปัจจุบันอายุ : 54 ปี
อาชีพ : เกษตรกรรม ระยะเวลาเป็น อสม. : 29 ปี
การศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย
ที่อยู่ปัจจุบัน : หมู่ที่ 6 บ้านดอนยาวน้อย ตำบลหนองลาด อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม **เช็ค ชัวร์ แשר** สืบเนื่องจากปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคส่วนใหญ่ประชาชนซื้อยาแก้ปวดทานเองตามร้านค้าในชุมชน และผลิตภัณฑ์สุขภาพตามสื่อออนไลน์ต่างๆ เช่น อาหารเสริม ยาสมุนไพรต่างๆ และยังพบนักบวชหรือแม่ชี ฉันทยาลูกกลอนที่มีญาติโยมนำมาถวายหรือแนะนำ ซึ่งเป็นอันตรายและส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ อสม.เพียรชนะ สมบัติศรี ได้ผ่านการอบรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและมีความรู้เรื่องการเช็คและตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการขึ้นทะเบียน หรือผ่านการรับรองจากอย. จึงได้จัดตั้งกลุ่มไลน์ “เช็ค ชัวร์ แשר” เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนสามารถตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐานก่อนนำมาบริโภค ประชาชนสามารถถ่ายรูปสินค้าและฉลากผลิตภัณฑ์มาช่วยตรวจสอบก่อนตัดสินใจซื้อบริโภค และลงพื้นที่ให้ความรู้กับประชาชน และนักบวช ในชุมชนให้รู้จักวิธีตรวจสอบผลิตภัณฑ์ด้วย ผลลัพธ์มีประชาชนให้ความสนใจเป็นอย่างมาก และเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยผ่านการรับรองและได้มาตรฐาน

อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สาขา : การบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
และการสร้างหลักประกันสุขภาพ



ชื่อ-นามสกุล : นางประเนียร รุ่งโรจน์

ปัจจุบันอายุ : 72 ปี

อาชีพ : ธุรกิจส่วนตัว

ระยะเวลาเป็น อสม. : 23 ปี

การศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย จากศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย

ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่ 449 ถนนจระ ต่าบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม **ล้อเลื่อนเพื่อนใจ** เป็นสิ่งประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ในชุมชน โดย อสม.ประเนียร รุ่งโรจน์ คิดค้นและจัดทำขึ้น เพื่อหวังว่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยที่ต้องไม่มีค่าใช้จ่ายที่สูง และสามารถเป็นประโยชน์กลับผู้ป่วยที่แขนขาอ่อนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายและฟื้นฟูกำลังแขนและขา โดยมีเครื่องทุ่นแรงสามารถช่วยพยุงและพาผู้ป่วยให้เลื่อนไหลไปตามล้อเลื่อน ออกแบบให้ใช้งานง่ายและสามารถทำได้เอง ผลลัพธ์ที่ได้ก็นำนวัตกรรม ล้อเลื่อนเพื่อนใจ มาช่วยฟื้นฟูร่างกายกับผู้ป่วยที่แขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ จึงทำให้มีการขยายผลไปยังชุมชนข้างเคียง



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาขา : การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน



ชื่อ-นามสกุล : นางมนันสนันท์ โพธิ์รักษา ปัจจุบันอายุ : 52 ปี
อาชีพ : ธุรกิจส่วนตัว, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ระยะเวลาเป็น อสม. : 9 ปี
การศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย
ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเรืองเจริญ หมู่ที่ 12 ตำบลนิคมคำสร้อย อำเภอนิคมน้ำอ้อม จังหวัดมุกดาหาร

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม เรื่องเจริญ ชุมชนอุ้นรัก ที่มาจากโครงการพัฒนาเครือข่ายการบำบัดรักษา ยาเสพติดในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเรืองเจริญ มีแนวทางการดำเนินงานโดยจัดตั้งศูนย์ ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด ทำ MOU ร่วมกันทุกครัวเรือน ทุกคนในชุมชนกล้าเปิดเผยข้อมูล และยอมรับการเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด แต่งตั้งคณะทำงานโดยผู้ที่ชุมชนศรัทธาเชื่อมั่น และไว้วางใจ ชุมชนให้โอกาส ให้พื้นที่แก่ผู้ป่วยได้แสดงออก ร่วมกิจกรรมและยอมรับพฤติกรรม ไม่ตีตรา ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการเยี่ยมเสริมพลัง และติดตามอย่างต่อเนื่อง มีภาคีเครือข่ายให้ความช่วยเหลือ โดยการสร้างงานสร้างอาชีพ จนเป็นที่ยอมรับ ผลลัพธ์ที่ได้ ผู้ใช้สารเสพติดสามารถใช้ชีวิต ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สาขา : สุขภาพจิต



ชื่อ-นามสกุล : นางสาวเพ็ชร ภาคะ

ปัจจุบันอายุ : 52 ปี

อาชีพ : เกษตรกรรม

ระยะเวลาเป็น อสม. : 15 ปี

การศึกษา : อนุปริญญาศิลปศาสตร (อ.ศศ.) สาขาการปกครองท้องถิ่น จังหวัดยโสธร

ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่ 39 หมู่ที่ 1 ตำบลดงแคนใหญ่ อำเภอนิคมคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม **ไปรษณีย์ส่งความทุกข์** จากการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาหลายปี ได้ลงเก็บรวบรวมข้อมูลและลงเยี่ยมเสริมพลังมาตลอด พบว่า หลายคนที่กำลังกลายเป็นคนดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และเป็นโรคเครียด ทำให้ปวดเจ็บและไม่กล้าที่จะพูดกับใคร อายุที่จะพูด หรือกลัวพูดไปแล้วเกรงว่าจะมีคนเอาไปนินทา หรือกลัวคนในชุมชนไม่ยอมรับ จึงทำให้ อสม.เพ็ชร ภาคะ คิดค้นและออกแบบแก้ปัญหาพร้อมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้จัดทำตู้ไปรษณีย์ส่งความทุกข์ ไปวางไว้ในจุดต่างๆ ในชุมชน เพื่อระบายความทุกข์ในกระดาก หรือขอคำแนะนำในเรื่องต่างๆ โดยไม่ต้องระบุชื่อ และนำไปหยอดลงในตู้ไปรษณีย์ส่งความทุกข์ หลังจากนั้นจะมี อสม. ในพื้นที่รับผิดชอบไปเปิดทุกวัน หรือไม่เกิน 3 วัน โดยมีคณะกรรมการรวบรวมจดหมาย นำมาวิเคราะห์แยกเพื่อแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำ และตอบกลับ โดยคำตอบนั้นจะเขียนหรือพิมพ์ไปติดไว้ที่บอร์ดส่งสุข เพื่อให้เจ้าของความทุกข์มาอ่าน และรับทราบแนวทางไปปฏิบัติ ผลลัพธ์มีประชาชนมีความพึงพอใจมาก และใช้บริการ จำนวน 42 ราย และได้รับตอบกลับและให้คำแนะนำทั้ง 42 ราย



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สาขา : ส่งเสริมสุขภาพ



ชื่อ-นามสกุล : นางสาวสมปอง ลาสระคู ปัจจุบันอายุ : 45 ปี
 อาชีพ : เกษตรกรรม, ส.อบต. ระยะเวลาเป็น อสม. : 25 ปี
 การศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย จากศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
 ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านน้ำเกลือ หมู่ที่ 8 ตำบลหัวช้าง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม โรงเรียนชานาสร้างสุข จากแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสมาชิกและชุมชน เพื่อลดปัญหาสารเคมีตกค้างในเลือด และส่งเสริมสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้กิจกรรมการปลูกข้าวและผักปลอดสารพิษ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และสมาชิกร่วมกับคนในชุมชนออกกำลังกาย โดยการเดินแอโรบิกทุกวัน ผลจากการดำเนินงาน ระยะเวลา 1 ปี ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม จากการตรวจระดับสารเคมีตกค้างในเลือด พบว่า กลุ่มสมาชิกมีค่าระดับสารเคมีตกค้างในเลือดลดลง และอยู่ในระดับปลอดภัยทุกคน และค่าเฉลี่ย BMI ลดลง ร้อยละ 29.52 สมาชิกทั้งหมดไม่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเกษตร โดยยึดหลักเกษตรปลอดสารพิษ

อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาขา : การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ



ชื่อ-นามสกุล : นางเข็มทอง ศรีมาคำ ปัจจุบันอายุ : 61 ปี
อาชีพ : เกษตรกรรม ระยะเวลาเป็น อสม. : 20 ปี
การศึกษา : มัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่ 80 หมู่ที่ 9 ตำบลศรีแก้ว อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

นวัตกรรมเด่น

1. นวัตกรรม ซาเล็งห่วงใย ด้านภัยโควิด-19 จากสภาพปัญหาในสถานการณ์การระบาดโควิด 19 ส่งผลให้ชุมชนมีความวิตกกังวล ตื่นตระหนก หวาดกลัว ประกอบด้วยมีผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงสูงเข้ามาในพื้นที่ จากการดำเนินงานกลไก 3 หมอ หมอคนที่ 1 อสม. และหมอคนที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงได้เกิดนวัตกรรม ซาเล็งห่วงใย ด้านภัยโควิด-19 โดยหมอคนที่ 1 อสม. ได้ใช้รถซาเล็งเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโควิด-19 และผู้ที่สัมผัสเสี่ยงสูงไปยังสถานที่กักตัว และใช้รถซาเล็งออกลงชุมชนเชิงรุกเคาะประตูบ้านให้ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 อุปกรณ์ป้องกันตามหมู่บ้านในชุมชน และกิจกรรมซาเล็ง Grab drug ส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังด้วย ผลการดำเนิน สามารถขนส่งผู้ป่วยไปยังสถานที่กักตัวได้อย่างครอบคลุมทุกราย และประชาชนมีความพึงพอใจอย่างมาก อากาจากความวิตกกังวลลดลง และประชาชนก็ออกมาให้กำลังใจในการทำงานของ อสม. และเจ้าหน้าที่ด้วย



ข่าวประชาสัมพันธ์



เนื้อหา ประกอบด้วย

1. อสม.นวัตกรสังคัม
2. รื้อรอบชุมชนกับการคิดเชิงระบบ
3. การสร้างสรรค์และการออกแบบนวัตกรรม

เพื่อชุมชนวิถีชีวิตใหม่

4. การจัดการนวัตกรรม
5. การใช้เทคโนโลยี แอปพลิเคชัน เพื่อการสร้างวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19



ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เปิดพื้นที่แห่งการเรียนรู้การสาธารณสุขมูลฐาน แบบออนไลน์ เรียนฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย เรียนจบแล้ว ได้รับประกาศนียบัตรทันที

หลักสูตร อสม. นวัตกรสังคัม สู้ภัยโควิด 19

- ❖ เรียนฟรี ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ
- ❖ ลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป
- ❖ เรียนจบแล้วได้รับประกาศนียบัตรทันที
- ❖ สามารถกลับมาทบทวนบทเรียนได้ตลอดเวลา

กลุ่มเป้าหมาย

อสม. และผู้สนใจทั่วไป

คุณสมบัติ

1. เป็นผู้ชอบคิดค้น แนะนำ สร้างหรือปฏิบัติสิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ
2. ใช้โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต แอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสารได้
3. มีความพร้อมและความสมัครใจ
4. มองเห็นเรื่องสุขภาพเป็นวิถีชีวิต



ลงทะเบียนเรียนได้ที่

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการพัฒนาต่อยอดศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด สถาบันพระบรมราชชนก ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงทำความร่วมมือการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ อสม. เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม. ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่เหมาะสม มีหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหา ไว้ดังนี้

1. คุณสมบัติ

1.1 คุณสมบัติทั่วไป

- 1) อายุ 18 – 40 ปี นับถึงวันเปิดภาคการศึกษา
- 2) เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
- 3) ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. มาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี นับถึงวันสมัคร
- 4) เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม ไม่มีความพิการหรือผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบอาชีพ

1.2 คุณสมบัติเฉพาะ

- 1) ความสูงไม่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร น้ำหนักตัวไม่น้อยกว่า 40 กิโลกรัม
- 2) ไม่เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์

2. วิธีการสมัคร

- 2.1 อสม. ตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- 2.2 ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐาน ผ่านหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัด
- 2.3 หลักฐานประกอบการสมัคร
 - 1) ใบสมัครความจำนงสมัครเข้ารับการศึกษา ตีรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตา ขนาด 3 X 4 เซนติเมตร ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน นับถึงวันสมัคร และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน
 - 2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - 3) สำเนาบัตรประจำตัว อสม.
 - 4) สำเนาวุฒิการศึกษา
 - 5) หนังสือรับรองคุณสมบัติ การปฏิบัติหน้าที่ อสม. โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
 - 6) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)



ปฏิทินการรับสมัครและสรรหา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565

ขั้นตอนการรับสมัคร	รุ่นที่ 1	รุ่นที่ 2
1. ประกาศรับสมัคร	4 เมษายน 2565	4 เมษายน 2565
2. ระยะเวลารับสมัคร - อสม.ยื่นความจำนงสมัครตามแบบฟอร์ม	4 – 22 เมษายน 2565	4 – 22 เมษายน 2565
3. จังหวัดรวบรวมเอกสารแสดงความจำนงสมัคร เข้ารับการคัดเลือก ตรวจสอบและรับรองคุณสมบัติ	25 – 29 เมษายน 2565	25 – 29 เมษายน 2565
4. จังหวัดส่งรายชื่อผู้ผ่านการสรรหาให้กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ	29 เมษายน 2565	29 เมษายน 2565
5. คณะกรรมการพิจารณาโควตา	2 พฤษภาคม 2565 หรือตามเวลาที่กำหนด	2 พฤษภาคม 2565 หรือตามเวลาที่กำหนด
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ส่งรายชื่อผู้มีสิทธิ์ สมัครเข้ารับการคัดเลือก ให้สถาบันพระบรมราช ชนก รวามทั้งแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทราบ	10 พฤษภาคม 2565	10 พฤษภาคม 2565
7. กรอกใบสมัครออนไลน์ทางเว็บไซต์ของคณะ พยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	ตามที่ สปช. จะกำหนด	ตามที่ สปช. จะกำหนด
8. อสม. เข้ารับการคัดเลือกตามขั้นตอนของ สถาบันพระบรมราชชนก	ตามที่ สปช. จะกำหนด	ตามที่ สปช. จะกำหนด

สถานที่ศึกษาและจำนวนโควตาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565
รุ่นที่ 1

ภาค	สถานที่ศึกษา	จำนวน โควตา	หมายเหตุ
เหนือ	วพบ.แพร่	80	
	วพบ.นครลำปาง	80	
	วพบ.สปร.นครสวรรค์	130	
กลาง	วพ.พระปกเกล้า จันทบุรี	120	
	วพบ.สุพรรณบุรี	90	
	วพบ.กรุงเทพ	120	
	วพบ.จักรี ราชบุรี	90	
	วพบ.จังหวัดนนทบุรี	120	
ตะวันออกเฉียงเหนือ	วพบ.สุรินทร์	100	
ใต้	วพบ.สุราษฎร์ธานี	120	
	วพบ.นครศรีธรรมราช	130	
	วพบ.สงขลา		
	วพบ.ยะลา		

รวมทั้งสิ้น 13 สถาบันศึกษา
1,310 โควตา



สถานที่ศึกษาและจำนวนโควตาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565

รุ่นที่ 2

ภาค	สถานที่ศึกษา	จำนวน โควตา	หมายเหตุ
เหนือ	วพบ.เชียงใหม่	120	
	วพบ.อุดรดิตถ์	50	
	วพบ.พะเยา	90	
	วพบ.พุทธชินราช พิษณุโลก	100	
	วพบ.ชัยนาท	90	
กลาง	วพบ.นพรัตน์วชิระ กทม.	80	
	วพบ.ชลบุรี	110	
	วพบ.พระจอมเกล้า เพชรบุรี	100	
	วพบ.ราชบุรี	100	
	วพบ.พระปกเกล้า จันทบุรี	90	
	วพบ.สระบุรี	90	
ตะวันออกเฉียงเหนือ	วพบ.ขอนแก่น	70	
	วพบ.ศรีมหาสารคาม	130	
	วพบ.นครราชสีมา	100	
	วพบ.สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	100	
	วพบ.อุดรธานี	100	
ใต้	วพบ.ตรัง	110	
	วพบ.สงขลา	60	

รวมทั้งสิ้น 19 สถาบันศึกษา

1,690 โควตา



ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิด

LONG COVID AND POST-COVID SYNDROME HEALTH COMPLICATIONS

poonarin seekud^{1,*}

Poonarin Seekud^{1,*}

Received : 12 March 2022, Received in revised form : 20 March 2022, Accepted : 25 March 2022

บทคัดย่อ

โรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID 19) เป็นโรคติดต่อเกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) อาการแสดงของโรค เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดเหนื่อยกล้ามเนื้อ หายใจลำบาก สูญเสียรับรสและกลิ่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ในขณะที่บางรายอาจมีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรักษาหายได้เร็วและมีระยะเวลาฟื้นตัวโดยเฉลี่ย 2-3 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับขนาดความรุนแรงและอาการของโรค แต่บางรายก็ไม่หยุดแสดงอาการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังจากป่วยด้วยโรคโควิด 19 อาจแสดงอาการอย่างน้อย 5 สัปดาห์หรือมากกว่า 12 สัปดาห์ โดยทั่วไปจะเรียกว่า กลุ่มอาการหลังโควิด 19 (Long COVID or Post-COVID 19 Syndrome) พบได้ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยขึ้นไป อาการที่พบบ่อย เช่น ความเหนื่อยล้า หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดศีรษะ ไอ เจ็บหน้าอก สูญเสียการรับรสและกลิ่น และท้องเสีย หากผู้ป่วยโควิด 19 ได้รับการสนับสนุนบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจที่ถูกต้อง ผู้ป่วยอาจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโควิด 19

คำสำคัญ : ลองโควิด, อาการหลังโควิด, ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ

¹ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ขอนแก่น 40000

Northeastern Regional Center for Primary Health Care Development, Khon Kaen 40000

* Corresponding author; E-mail: s.poonarin@gmail.com



ABSTRACT

Coronavirus disease 2019 (COVID 19) is a contagious disease caused by a new strain of coronavirus. It is a family of viruses that cause illnesses ranging from the common cold to more serious diseases such as Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV). Signs of the disease include fever, cough, sore throat, muscle aches, difficulty breathing, and loss of taste and smell. Most patients are asymptomatic or have mild symptoms. While some people may experience acute respiratory distress syndrome (ARDS), which can be life-threatening. Most patients recover quickly and have an average recovery time of 2-3 weeks, depending on the severity and severity of the disease. But some people do not stop showing symptoms. It is a long-COVID health complication after being sick with COVID 19. Symptoms may be present for at least 5 weeks or more than 12 weeks, commonly referred to as (Long COVID or Post-COVID 19 Syndrome). Found in patients with mild severity or higher. Common symptoms include fatigue, difficulty breathing, muscle pain, joint pain, headache, cough, chest pain, loss of taste and smell, and diarrhea. If COVID 19 patients receive the correct support for physical and mental rehabilitation therapy, patients may have a better quality of life after their illness with COVID 19.

Keywords : Long COVID, Post-COVID syndrome, Health complications

บทนำ

โรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID 19) เป็นโรคติดต่อเกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) หลังจากระยะฟักตัวที่รายงาน 1-14 วัน โรคนี้มักแสดงออกมาทางอาการไข้ ไอ เหนื่อยล้า หายใจลำบาก และสูญเสียการรับรสและกลิ่น (Suvvari TK et al., 2020)

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโควิด 19 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ในขณะที่บางรายอาจมีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (Suvvari TK et al, 2020) สถานการณ์ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) สะสมมากกว่า 450 ล้านคน และเสียชีวิตไปแล้วมากกว่า 6 ล้านคน (ข้อมูล ณ วันที่ 20 มีนาคม 2565) (Our World in Data, 2022) สถานการณ์ในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID 19) สะสมมากกว่า 4.12 ล้านคน และเสียชีวิตไปแล้วมากกว่า 28,000 คน (Our World in Data, 2022)

การเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 93.0 รองลงมาเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ร้อยละ 11.0 และไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ร้อยละ 7.0 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

แม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยโควิด 19 ส่วนใหญ่มีการรักษาหายได้เร็วและมีระยะเวลาฟื้นตัวโดยเฉลี่ย 2-3 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ (Burn E et al, 2021) แต่บางคนก็ไม่หยุดแสดงภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังจากป่วยด้วยโรคโควิด 19 อาจแสดงอาการอย่างน้อย 5 สัปดาห์หรือมากกว่า ในขณะที่ 1 ใน 10 อาจมีอาการนาน 12 สัปดาห์ขึ้นไป (National Statistics : ONS, 2021) โดยทั่วไปจะเรียกว่า “กลุ่มอาการหลังโควิด 19” (Long COVID or Post-COVID 19 Syndrome) จากการรายงานของสถาบันแห่งชาติเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการแพทย์ (National Institute for Health and Care Excellence : NICE, 2021) กลุ่มอาการหลังโควิด 19 ถูกกำหนดเป็นอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นระหว่างหรือหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID 19) เป็นเวลานานกว่า 12 สัปดาห์ หรือ 3 เดือน (Mayo Clinic, 2021) และไม่ได้มีการอธิบายโดยการวินิจฉัยของโรค และยังได้แนะนำการศึกษาวิจัยกลุ่มอาการโควิด 19 เช่น ปัจจัยเสี่ยงสำหรับกลุ่มอาการหลังโควิด 19, ความชุกของโรคหลังโควิด 19, ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มอาการหลังโควิด-19, ประวัติพื้นฐานเบื้องต้น, การรักษาทางคลินิก, การพยากรณ์ของโรคหลังโควิด 19 และคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มอาการหลังโควิด 19

จากการสืบค้นบทความทางวิชาการ งานวิจัย วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและหลักฐาน

เชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิด-19 มีความเกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและปอด เช่น อาการหัวใจวายหลังโควิด 19 ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะขาดเลือด มีการรายงานภาวะแทรกซ้อนในปอดที่พบบ่อยคือ โรคปอดบวมจากแบคทีเรีย Pneumothorax และเยื่อหุ้มปอด อาการทางระบบอื่นๆ ในระยะหลังโควิด 19 ที่มักสังเกตเห็น ได้แก่ เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย หายใจลำบาก และวิตกกังวล/ซึมเศร้า (Mayo Clinic, 2021) อาการทางจิตเวช และหูอื้อ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับโรคประสาทอักเสบในการขนถ่าย (Vestibular neuritis) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน เช่น ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก และเส้นเลือดอุดตันที่ปอด ได้รับการอธิบายว่าอาจเป็นผลที่ตามมา ร่วมกับการบาดเจ็บที่ไตเฉียบพลันและภาวะไตวาย (Carfi A, Bernabei R, and Landi F, 2020 and Kamal M, Abo Omirah M, Hussein A, and Saeed H, 2020)

คำจำกัดความภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิดหรือลองโควิด

ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิดหรือลองโควิด (Long COVID) หรือ Post Covid 19 Syndrome หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่แสดงอาการภายหลังที่หายจากโรคโควิด 19 หรืออาการที่หลงเหลืออยู่ แม้ว่าเชื้อโควิดหายจากร่างกายไปแล้ว แต่บางอาการกลับไม่หายไปด้วย อาการลองโควิดจะมีลักษณะอาการที่แตกต่างกันไปในแต่ละคน เป็นอาการที่ไม่มีลักษณะตายตัว สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วร่างกาย



ตั้งแต่ระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร หัวใจและหลอดเลือด (Aiyegbusi OL et al, 2021) ทำให้ผู้ที่หายป่วยบางรายยังไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติเหมือนเดิมทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Weerahandi H et al, 2021) ซึ่งอาการลองโควิดมีโอกาสเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยขึ้นไป ร้อยละ 36.1 – 59.0 (Arnold DT et al, 2020)

ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิด

จากการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิดที่พบได้บ่อยมากที่สุด (Aiyegbusi OL et al., 2021) ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ร้อยละ 47.0 รองลงมาคือ หายใจลำบาก (หายใจถี่) ร้อยละ 32.0 และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดหัว ไอ เจ็บหน้าอก สูญเสียการรับกลิ่น สูญเสียการรับรส และท้องเสีย ร้อยละ 25.0, 20.0, 18.0, 18.0 15.0, 14.0, 7.0 และ 6.0 ตามลำดับ อาการทั่วไปอื่นๆ ได้แก่ ภาวะสมองล้า ความบกพร่องทางสติปัญญา (ความจำเสื่อม) ความผิดปกติของการนอนหลับ อาการใจสั่น (การรับรู้ถึงการเต้นของหัวใจ) และอาการเจ็บคอ อาการที่พบน้อย เช่น น้ำมูกไหล จาม เสียงแหบ ปวดหู อาการชัก และภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ จากการศึกษารายงานของ Cirulli ET et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพนานกว่า 30 วัน ร้อยละ 36.1 มีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพอย่างน้อย 1 อาการหลังจาก 90 วัน ร้อยละ 14.8 และมีอาการตั้งแต่เริ่มป่วย ร้อยละ 44.9 ใน 30 วัน และร้อยละ 20.8 ใน 90 วัน นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีอาการใหม่เกิดขึ้นภายหลัง ร้อยละ 8.4 อาการที่พบคือ สมาธิสั้น หายใจลำบาก ความจำเสื่อม

ความสับสน เจ็บหน้าอก และมีอาการปวดเมื่อย หายใจเข้าลึกๆ บุคคลที่มีอาการหายใจลำบาก ในช่วงเริ่มต้นมีแนวโน้มที่จะมีอาการในระยะยาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิด

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิดหรือลองโควิด ได้แก่ อายุ เพศ อาการแสดงในระยะแรก (หายใจลำบาก/เจ็บหน้าอก) การตรวจฟังเสียงผิดปกติ (หัวใจ ปอด หรืออวัยวะอื่นๆ) อาการในระยะเฉียบพลัน (หอบหืด) โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย และการศึกษาของ Sudre CH et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยที่อาการมากกว่า 5 อาการในช่วงสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิด ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ หายใจลำบาก และภาวะไม่ปกติ มีแนวโน้มมากขึ้นตามอายุ ดัชนีมวลกาย และส่วนใหญ่พบมากในเพศหญิง Huang C et al. (2021) มีโอกาสเหนื่อยล้าหรืออ่อนแรงมากกว่าเพศชาย Cirulli ET et al. (2020) ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก ในช่วงเริ่มต้นมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาว ผู้ที่เริ่มมีอาการรุนแรงกว่าผู้ที่ติดเชื้อไม่รุนแรงหรือไม่แสดงอาการจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวแตกต่างกัน Stavem K et al. (2020) ศึกษาในผู้ป่วยโควิด 19 ที่ไม่ได้เข้ารักษาในโรงพยาบาลและยืนยันการป่วยโรคโควิด 19 หลังจาก 6-24 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีอาการในระยะแรกและมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับ

ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลัง
โควิด

คุณภาพชีวิตในระยะยาวหลังโควิด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
ในระยะยาวหลังโควิด ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์ระยะ
กลางหรือระยะยาว หรือผลกระทบขณะการ
เจ็บป่วยด้วยโควิด จากการศึกษาคพบว่า ผู้ป่วยมี
คุณภาพชีวิตที่ลดลง (Jacobs LG et al., 2020)
ไปจนถึงปัญหาด้านสุขภาพทั่วไป เช่น สุขภาพ
ทางกาย สุขภาพจิต และการจ้างงานที่ลดลง
(Carfi A, Bernabei R and Landi F, 2020
Carvalho-Schneider C et al., 2020 and
Chopra V et al., 2020) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
ในระยะยาวหลังโควิด ระบุว่าตนเองมีอาการ
หลายอย่าง รู้สึกว่า “ถูกทอดทิ้ง” และ “ถูกเลิกจ้าง”
หลังป่วยด้วยโรคโควิด ได้รับผลกระทบทาง
อารมณ์จากสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 48.8 และ
ต้องการรักษาสุขภาพจิตหลังจากออกจาก
โรงพยาบาล ร้อยละ 5.7 (Vineet Chopra et al,
2021) ผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 3 (48/130) พบว่า
ยังรู้สึกป่วยหรือมีอาการทางคลินิกแย่ง มากกว่า
8 สัปดาห์ ตั้งแต่เริ่มมีอาการของโควิด 19
(Carvalho-Schneider C et al., 2020) จากการศึกษา
คุณภาพชีวิตของ Daher A et al. (2020), Carfi
A, Bernabei R and Landi F. (2020), Huang C
et al. (2021), Moreno-Pérez O et al. (2021),
and Taboada M et al. (2020) พบว่า คุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการภาวะแทรกซ้อน
ทางสุขภาพในระยะยาวทำให้คุณภาพชีวิตลดลง
อย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตในระหว่าง 4-12
สัปดาห์ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและ
สุขภาพจิตลดลงหลังจากเจ็บป่วยด้วยโควิด 19

และผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมทาง
สังคมลดลง ในระหว่าง 4-6 สัปดาห์หลังการรักษา
ในโรงพยาบาล (Weerahandi H et al, 2021)
คุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 12 ขึ้นไป จากเปรียบเทียบ
คะแนน EQVAS แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่าง
มีนัยสำคัญในคุณภาพชีวิตโดยรวมสำหรับผู้ป่วยที่
มีอาการต่อเนื่องและผู้ที่ไม่มีอาการหลังการติดเชื้อ
ในระหว่าง 10-14 สัปดาห์ (43.2 เทียบกับ 66.9,
 $p=0.0001$) (Moreno-Pérez O et al, 2021)
ในการศึกษาที่มีการติดตามผู้ป่วยในโรงพยาบาล
ก่อนหน้านี้เป็นเวลา 6 เดือน มีรายงานคะแนน
EQVAS โดยรวม ร้อยละ 80.0 ซึ่งบ่งชี้ว่าคุณภาพ
ชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง (Huang C et al, 2021)
เมื่อติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยที่เข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลก่อนหน้านี้ที่มีกลุ่ม
อาการหายใจลำบากเฉียบพลันที่เกี่ยวข้องกับโค
วิด-19 (ARDS) พบว่า ร้อยละ 67.0 (61/91) มี
คุณภาพชีวิตลดลง (Taboada M et al, 2020)
ผู้ป่วยที่เคยเล่นกีฬาเป็นประจำก่อนเข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาล (ไม่ได้ให้รายละเอียดของ
กิจกรรมกีฬา) สามารถกลับมาออกกำลังกายได้
อีกครั้งหลังจาก 3 เดือน ร้อยละ 72.0 (28/39)

การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะหลังโควิด

จากการศึกษาของ Demeco et al.
(2020) พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพระบบ
ทางเดินหายใจเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับ
ผู้ป่วยหลังโควิดและผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย
ระดับการทำงานของระบบทางเดินหายใจดีขึ้นจะ
ช่วยลดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ส่งผล
ต่อทั้งร่างกายและจิตใจในช่วงพักฟื้น ดังนั้น
ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบภาวะแทรกซ้อนทาง
สุขภาพในระยะยาวหลังโควิด จึงจำเป็นต้องได้รับ



การฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ระบบการทำงานของร่างกายกลับมาเป็นปกติ และการศึกษาของ Ferraro et al. (2021) ได้ศึกษาในผู้ป่วยหลังโควิดโดยเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูรายบุคคล (30-60 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 6 วันต่อสัปดาห์) เพื่อการบำบัดฟื้นฟูหลังจากการติดเชื้อโควิด โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย เช่น ฝึกการทรงตัว การหายใจ การเคลื่อนไหวเชิงรับของแขนขาบนและล่าง การยืดกล้ามเนื้อแบบผู้ป่วยออกแรงด้วยตนเอง การออกกำลังกายเพื่อการทรงตัวและประสาทสัมผัส ผู้ป่วยได้รับการประเมินทางคลินิกก่อนการบำบัดฟื้นฟู เช่น การประเมินความเหนื่อยล้า ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสมรรถภาพทางกาย การทดสอบการเดิน ระยะ 10 เมตร และอัตราการหายใจ พบว่า ร้อยละ 85.7 ผู้ป่วยมีความเมื่อยล้าและหลังจากการฟื้นฟูพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเมื่อยล้าลดลง ร้อยละ 71.4 แสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง การประเมินความเหนื่อยล้าและการทำงานของร่างกายหลังการฟื้นตัวจากโควิด-19 ผู้ป่วยควรได้รับการพัฒนาและแนวทางปฏิบัติการบำบัดฟื้นฟูร่างกาย

สรุปผล

การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังจากป่วยด้วยโรคโควิด 19 อาจแสดงอาการอย่างน้อย 5 สัปดาห์หรือมากกว่า 12 สัปดาห์ โดยทั่วไปจะเรียกว่า กลุ่มอาการหลังโควิด 19 (Long COVID or Post-COVID 19 Syndrome) พบได้ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยขึ้นไป อาการที่พบบ่อย เช่น ความเหนื่อยล้า หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดศีรษะ ไอ เจ็บหน้าอก สูญเสียการรับรสและ

กลิ่น และท้องเสีย อาการทั่วไปอื่นๆ ได้แก่ ภาวะสมองล้า ความบกพร่องทางสติปัญญา (ความจำเสื่อม) ความผิดปกติของการนอนหลับ อาการใจสั่น (การรับรู้ถึงการเต้นของหัวใจ) และอาการเจ็บคอ อาการที่พบบ่อยน้อย เช่น น้ำมูกไหล จาม เสียงแหบ ปวดหู อาการชัก และภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิดหรือลองโควิด ได้แก่ อายุ เพศ อาการแสดงในระยะแรก (หายใจลำบาก/เจ็บหน้าอก) การตรวจฟังเสียงผิดปกติ (หัวใจ ปอด หรืออวัยวะอื่นๆ) อาการในระยะเฉียบพลัน (หอบหืด) โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวหลังโควิดมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ไปจนถึงปัญหาด้านสุขภาพทั่วไป เช่น สุขภาพทางกาย สุขภาพจิต และการจ้างงานที่ลดลง ยังรู้สึกป่วยหรือมีอาการทางคลินิกแย่งลง มากกว่า 8 สัปดาห์ ความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง ในระหว่าง 4-6 สัปดาห์ หากผู้ป่วยโควิด 19 ได้รับการสนับสนุนบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจที่ถูกต้อง ผู้ป่วยอาจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโควิด 19

ข้อเสนอแนะ

รัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดแนวทาง ส่งเสริม และสนับสนุน ผู้ป่วยหลังโควิดได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างถูกต้อง มีการประเมินผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวหลังโควิด เช่น สุขภาพทางกาย สุขภาพจิตใจ รวมถึงภาระทางการเงินของผู้ป่วยและระบบการบำบัดฟื้นฟูอย่างครอบคลุม เพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาว

หลังโควิด จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีศึกษาวิจัยเพิ่มเติม และการให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจและรับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวหลังโควิดในสภาพแวดล้อมที่หลากหลาย และหวังว่าในที่สุด จะช่วยให้เข้าใจผลกระทบในระยะยาวของการติดเชื้อโควิด 19

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19*. <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
- Aiyegbusi OL et al. (2021). Symptoms, complications and management of long COVID: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 114(9) 428–442. DOI: 10.1177/01410768211032850
- Arnold DT et al. (2020). Patient outcomes after hospitalisation with COVID-19 and implications for follow-up: results from a prospective UK cohort. *Thorax*, thoraxjnl-2020-216086. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2020-216086.
- Burn E et al. (2021). The natural history of symptomatic COVID-19 during the first wave in Catalonia. *Nature Commun*, 12: 777.

- Carfi A, Bernabei R, and Landi F. (2020). Gemelli against COVID-19 post-acute care study group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA*, 324(6) : 603-605. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
- Carvalho-Schneider C et al. (2020). Follow-up of adults with noncritical COVID-19 two months after symptom onset. *Clin Microbiol Infect*. DOI: 10.1016/j.cmi.2020.09.052.
- Chopra V et al. (2020). Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID19. *Ann Intern Med*, DOI: 10.7326/M20-5661.
- Cirulli ET et al. (2020). Longterm COVID-19 symptoms in a large unselected population. *medRxiv*, DOI: 10.1101/2020.10.07.20208702.
- Daher A et al. (2020). Follow up of patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID19): pulmonary and extrapulmonary disease sequelae. *Resp Med*, 174: 106197–106197.
- Demeco A et al. (2020). Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. *J IntMed Res*, 48(8): 300060520948382. <https://doi.org/10.1177/0300060520948382>



- Ferraro F et al. (2021). COVID-19 related fatigue: which role for rehabilitation in post-COVID-19 patients? A case series. *J Med Virol*, 93(4):1896-1899. <https://doi.org/10.1002/jmv.26717>
- Huang C et al. (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*, 397: 220–232.
- Jacobs LG et al. (2020). Persistence of symptoms and quality of life at 35 days after hospitalization for COVID-19 infection. *PloS One*, 15: e0243882.
- Kamal M, Abo Omirah M, Hussein A, Saeed H. (2020). Assessment and characterisation of post-COVID-19 manifestations. *Int J Clin Pract*, 75:e13746. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13746>
- Mayo Clinic. (2021). *COVID-19 (coronavirus): Long-term effects*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coronavirus-long-term-effects/art-20490351>
- Moreno-Pérez O et al. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: a Mediterranean cohort study. *J Infect*. DOI: 10.1016/j.jinf.2021.01.004.
- ONS. (2021). The Prevalence of Long COVID Symptoms and COVID-19 Complications. <https://www.ons.gov.uk/news/statementsandletters/theprevalenceoflongcovidsymptomsandcovid19complications>. (30 January 2022).
- Our World in Data. (2022). *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*. <https://news.google.com/covid19/map?hl=th&mid=%2Fm%2F02j71&gl=TH&ceid=TH%3Ath>. (20 April 2022).
- Stavem K et al. (2020). Persistent symptoms 1.5–6 months after COVID-19 in non-hospitalised subjects: a population-based cohort study. *Thorax*, thoraxjnl-2020-216377. DOI:10.1136/thoraxjnl-2020-216377.
- Sudre CH et al. (2020). Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the Covid Symptoms Study App. *medRxiv*, 2020.2010.2019.20214494. DOI: 10.1101/2020.10.19.20214494.
- Suvari TK et al. (2020). viral outbreak: coronavirus disease 2019. *J Curr Res Sci Med*, 6:3-10. https://doi.org/10.4103/jcrsm.jcrsm_30_20
- Taboada M et al. (2020). Quality of life, functional status, and persistent symptoms after intensive care of COVID-19 patients. *Brit J Anaesth*, DOI: 10.1016/j.bja.2020.12.007.



Vineet Chopra et al. (2021). Sixty-Day Outcomes Among Patients Hospitalized With COVID-19. *Article and Disclosure Information*, <https://doi.org/10.7326/M20-5661>

Weerahandi H et al. (2021). Postdischarge health status and symptoms in patients with severe COVID-19. *J Gen Intern Med*, DOI: 10.1007/s11606-020-06338-4.



ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกัน

โรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.)

ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEF AND DENGUE HEMORRHAGIC FEVER
PREVENTION OF FAMILY HEALTH LEADERS, NONG BUA SALA SUB-DISTRICT,
MUEANG DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

ธีระพงษ์ พรหมจันทร์^{1,*}

Theerapong PromJan^{1,*}

Received : 10 January 2022, Received in revised form : 18 February 2022, Accepted : 25 February 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 327 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.6 อายุเฉลี่ย 44.76 ปี อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 33.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.5 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.8 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 49.9 และเคยเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 80.1 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.5 และ 48.0 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.5 และ 66.9 พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.7 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง, นครราชสีมา 30000

Nong Pling Tambon Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima 30000

* Corresponding author; E-mail: theerapong444ph@gmail.com

($r = .264, .219, \text{ และ } .061, P\text{-value} < .05$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.228, P\text{-value} < .05$)

คำสำคัญ : แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.), การป้องกันโรคไข้เลือดออก, ความเชื่อด้านสุขภาพ

ABSTRACT

The purpose of the descriptive study is to study the relationship between health beliefs and dengue hemorrhagic fever prevention of family health leaders. By systematic sampling, the sample was 327 family health leaders, Nong Bua Sala sub-district, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. The data was collected by questionnaire. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, the maximum score and the minimum score, Chi-Square, and Pearson correlation coefficient.

The result of the study revealed that the majority was 59.6% male, the average age was 44.76 years old, the age was between 50-59 years old was 33.0% the marital status was 68.5%, the education level was primary at 57.8%, the agriculture was 49.9% and used to join the activity of dengue hemorrhagic fever prevention was 80.1%. The sample group perceived barriers to dengue hemorrhagic fever were at the moderate level of 53.5% and 48.0%. Perceived severity of dengue hemorrhagic fever prevention and perceived benefit in dengue hemorrhagic fever prevention were at the high level of 72.5% and 66.9%. The behavior in dengue hemorrhagic fever prevention was at the high level of 51.7%. The perceived barrier in dengue hemorrhagic fever prevention, perceived benefit in dengue hemorrhagic fever prevention, and perceived severity of dengue hemorrhagic fever had a positive relationship with the behavior in dengue hemorrhagic fever prevention of family health leaders with statistical significance ($r = .264, .219, \text{ and } .061, P\text{-value} < .05$). Perceived risk of dengue hemorrhagic fever had a negative relationship with the behavior in dengue hemorrhagic fever prevention of family health leaders with statistical significance ($r = -.228, P\text{-value} < .05$).

Keywords : Family health leaders, Dengue hemorrhagic fever prevention, Health belief



บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญ สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมีผู้ป่วยสูงชันตลอดระยะเวลา 30 กว่าปีที่ผ่านมา สำหรับในทวีปเอเชีย โดยเฉพาะเอเชียใต้และเอเชียอาคเนย์มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเกือบทุกประเทศโรคไข้เลือดออกจัดเป็นโรคประจำถิ่นที่มีความรุนแรงของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน และไม่มียารักษาโดยเฉพาะ จึงทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตทุกปี สำหรับประเทศไทยการระบาดของโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ. 2501 และในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 9,084 ราย เสียชีวิต 6 ราย เป็นเพศชาย 5 ราย เพศหญิง 1 ราย อยู่ในกลุ่มอายุ 5-14 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด และกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในเด็ก คือ มีน้ำหนักรุนแรงหรือโรคอ้วน และในผู้สูงอายุคือ การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า รวมถึงมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณที่พักอาศัย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

โรคไข้เลือดออกนับเป็นโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ ยังเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ โดยระดับความรุนแรงของโรคทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและถึงแก่ชีวิตได้ อันส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของชาติ ในภาพรวมเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นที่ทุกองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะชุมชนต้องร่วมมือร่วมใจผนึกกำลัง เป็นหนึ่งเดียวกันต้านภัย

โรคไข้เลือดออกให้ได้ ทุกวันนี้ยังไม่มียาที่ใช้รักษาโรคไข้เลือดออก หรือวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เป็นวิธีที่ดีที่สุดคือการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกการที่จะให้ได้ผลเต็มที่ ต้องอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากการศึกษาของนภรัตน์ อุ้งเงิน (2564) ผลการศึกษาพบว่า พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยมีผลทางลบต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุข โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 36.6 (R Square = 0.366)

ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนทางด้านวิชาการ องค์กรต่างๆ ในชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบลหนองบัวศาลาสนับสนุนงบประมาณ และเวชภัณฑ์ในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย และยุงตัวเต็มวัย นอกจากนี้ยังมี

ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่เนื่องจาก อสม.เป็นบุคคลที่มีหน้าที่ คอยช่วยเหลือในการทำงานด้านสาธารณสุขให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลายอย่าง อาจทำให้การดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทำได้ไม่เต็มที่ จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่เป็นตัวแทนครอบครัวซึ่งก็คือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ให้ความรู้ในการป้องกันโรคต่างๆ ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพให้แก่สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเป็นเครือข่ายการทำงานและประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำผลของการศึกษาไปเป็นแนวทางประยุกต์ใช้ในการวางแผนงาน ปรับปรุง และดำเนินการแก้ไข ปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายคุณลักษณะทางประชากรของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่ออธิบายความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำ

สุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาช่วงเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน 2564 มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ให้ในการวิจัยคือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,792 คน (องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวศาลา, 2562) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) จำนวน 327 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตร Taro Yamane (1973) โดยการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic sampling) จากเลขที่บ้านทั้งหมด 1,792 หลังคาเรือน เรียงลำดับหมู่บ้านจากน้อยไปหามากในแต่ละหมู่บ้าน และเลือกหน่วยตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้านจนครบตามจำนวนที่คำนวณได้



2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด (Close Ended Question) โดยให้เลือกตอบข้อความที่ตรงกับผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 40 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ข้อความจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบตามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเชิงบวกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบตามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม

3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบคำถามการวิจัยครั้งนี้ อธิบายวัตถุประสงค์ก่อนการสัมภาษณ์จนเป็นที่เข้าใจ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถาม หรือออกจากกรวิจัยในระยยะใดก็ได้

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

4.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test : χ^2) และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.6 รองลงมาคือ เพศหญิง ร้อยละ 40.4 มีอายุเฉลี่ย 44.76 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.5 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก และโสด ร้อยละ 20.2 และ 11.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.8 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ปริญญาตรี มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช. อนุปริญญา/ปวส. และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 18.7, 12.8, 5.5, 4.6, และ 0.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 49.9 รองลงมาคือ รับจ้างโรงงาน รับจ้างเกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย แม่บ้าน และไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน ร้อยละ 21.4, 9.8, 7.9, 6.4, 2.5, และ 2.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน ร้อยละ 88.1 รองลงมาคือ 6-8 คน และ 1-2 คน ร้อยละ 7.0 และ 4.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยในพื้นที่ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.6 มีเด็กในครอบครัวอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 51.7



ไม่มีเด็กในครอบครัวอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 48.3 ส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 87.8 รองลงมาคือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเคยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 9.8 และ 2.4 ตามลำดับ เคยเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 80.1 และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 19.9

2. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.5 รองลงมาคือ ระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 35.2 และ 11.3 ตามลำดับ

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง 66.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลางและระดับต่ำ 29.4 และ 3.7 ตามลำดับ

2.3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 24.8 และ 2.7 ตามลำดับ

2.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ ระดับต่ำและระดับสูง ร้อยละ 31.2 และ 20.8 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 34.2 และ 14.1 ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .264, .219, \text{ และ } .061, P\text{-value} > .05$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.228, P\text{-value} = .00$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.)

ตัวแปร	r	P-value
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก	-.228	.000*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	.061	.043*
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	.219	.000*
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	.264	.000*

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .264$, $P\text{-value} < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างยังเห็นว่าการหายากันยุงทำให้ตัวเหี่ยวไม่สบายตัว และยังเห็นว่าการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงมีอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับงานวิจัยของนฤมล กล่อมจิตเจริญ (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของเมธา สุขารมย์ (2550) พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .219$, $P\text{-value} < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังมีความคิดเห็นว่าการใส่ทรายอะเบทลงในน้ำไม่สามารถลดการเกิดยุงลายได้และการปิดฝาภาชนะใส่น้ำให้มิดชิดก็ไม่ช่วยลดการเกิดยุงลายในชุมชน ร้อยละ 86.5 และ 70.0 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของจรัสศรี วันเพ็ญ (2550) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .061$, $P\text{-value} < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังมีความคิดเห็นว่าการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

ถ้าไม่รักษาก็สามารถหายเองได้ ร้อยละ 70.0 สอดคล้องกับงานวิจัยของนฤมล กล่อมจิตเจริญ (2552) พบว่า การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.228$, $P\text{-value} = .00$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.5 และยังมีความคิดเห็นว่าเป็นเด็กเท่านั้นที่มีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 53.2 สอดคล้องกับงานวิจัยของเมธา สุขารมย์ (2550) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 เสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีการกำหนดนโยบายให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวหรือประชาชนมีการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและตรวจสอบลูกน้ำยุงลายเป็นประจำ จัดให้มีแบบบันทึกประจำสัปดาห์

1.2 ควรจัดกิจกรรมที่ทำให้ทราบถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้นและควรมีการจัดหาทรัพยากรที่ใช้ในการป้องกันโรคให้เพียงพอ

1.3 จัดอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการป้องกันส่วนบุคคล การป้องกันสิ่งแวดล้อมส่วนบุคคลและการป้องกันสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องและขยายผลไปในครอบครัว

2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 วิจัยเชิงทดลองจัดทำรูปแบบ/โปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.2 วิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.3 วิจัยเชิงปฏิบัติการการสร้างเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออก*. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21959&deptcode=brc>. (15 พฤศจิกายน 2564)
- นภารัตน์ อุเงิน. (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลป่ากลางอำเภอปัว จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.



- นฤมล กล่อมจิตเจริญ. (2552). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.*
- เมธา สุขารมย์. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5-6 ตำบลท่าไม้รวก อำเภอยาง่าง จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสุขศึกษา) ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.*
- จรัสศรี วันเพ็ญ. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสุขศึกษา) ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.*
- Yamane, T. (1973). *Statistics : Introduction analysis.* Tokyo : HarperInternational Edition.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH PROMOTION BEHAVIOR OF THE ELDERLY IN BAN MAI SUB-DISTRICT, MUEANG DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

ชญัญญาช ไพรวงษ์^{1,*}

Chanyanutch Praisong^{1,*}

Received : 15 January 2022, Received in revised form : 20 February 2022, Accepted : 30 February 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 230 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เท่ากับ 0.75 และ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติการทดสอบไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 45.3 มีอายุเฉลี่ย 68.63 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 93.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,566 บาท มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.5 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.2 กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.6 รองลงมาคือระดับดี และระดับไม่ดี ร้อยละ 30.4 และ 30.0 ตามลำดับ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือ ระดับไม่ดี และระดับดี ร้อยละ 33.0 และ 3.9 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.05)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรม

¹ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000

Faculty of Allied Health Sciences Nakhon Ratchasima College, Nakhon Ratchasima 30000

* Corresponding author; E-mail: ammychanyanutch10@nmc.ac.th



ABSTRACT

The purpose of the descriptive research is to study factors associated with health promotion behavior of the elderly, Ban Mai sub-district, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. The sample was 230 elderly by simple random sampling. The data was collected by questionnaire. The IOC was between 0.67-1.00 and Cronbach's alpha coefficient of knowledge about fact health promotion behavior, and perceived ability in the self-health promotion were equal to 0.75 and 0.83. The data analysis used frequency, percentage, mean, standard deviation, the maximum score, and the minimum score, the Chi-Square test, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The result of the research revealed that the most of the samples were female, 45.3%, the average age was 68.63 years old, graduated from primary school level 4 in 93.1%, the marital status was 65.2%, the average income was 1,566 baht per month, chronic disease was 43.5% and congenital disease was high blood pressure at the moderate level in 39.6%, followed by the low level and the high level was 33.0% and 3.9% respectively. The education level, monthly income, knowledge in health promotion, and perceived ability in health promotion had a relationship with the health behavior of the elderly with statistical significance (P-value <.05).

Keywords : The elderly, Health promotion, Behavior

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ ได้ระบุไว้ว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนเกิน ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 สำหรับประเทศไทยนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.5 และจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2573 คาดว่าจำนวน

ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 15.7 ในปี พ.ศ. 2573 หรือ ในอีก 12 ปีข้างหน้า โดยที่ประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ ในปี พ.ศ.2564 เมื่อมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 13.1 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (เน็ลเสน ประเทศไทย, 2559)

จากการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2559) สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ.2564 โดยจะมีประชากรผู้สูงอายุเป็น ร้อยละ 20 ของประชากรในประเทศทั้งหมด นอกจากนี้ยังแสดงแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ

ที่มาจากบุตรเป็นหลัก รองลงมาคือ จากการทำงาน และรายได้จากเบี้ยยังชีพ ตามลำดับ ยังแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมประจำวัน โดยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังคงต้องการเข้าสังคมมากที่สุดถึง ร้อยละ 79.5 รองลงมาคือ การอยู่บ้าน และ(เป็นผู้ป่วย)ติดเตียงเพียงเล็กน้อย ส่วนรายงานด้านการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2557 พบว่า อาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 18.8 และอาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 8.7

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มที่ลดลง เนื่องจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ ขณะที่ประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนขึ้น เนื่องมาจากพัฒนาการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เกิดความไม่สมดุลระหว่างประชากรผู้สูงอายุและกำลังแรงงาน อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นอาจไม่ใช่ปัญหาต่อระบบเศรษฐกิจ หากผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างเหมาะสม และรัฐมีนโยบายการจัดการสังคมผู้สูงอายุทั้งในมิติเศรษฐกิจและสังคม ครอบคลุมนโยบายแรงงาน การศึกษา สาธารณสุข และสวัสดิการสังคม รัฐสนับสนุนและส่งเสริมการลงทุนในทุนมนุษย์ทั้งการศึกษา การอบรม การวิจัย อันนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้มีทักษะ ขยายอายุเกษียณ เพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น การดูแลรักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพที่ดี ไม่เป็นปัญหาต่อครอบครัวและสังคม มอบโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในระดับชุมชน และท้องถิ่น (ศิวิลาภ สุขไพฑูริย์วัฒน์, 2560) การที่ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นผล

จากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุขมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้ในการบำบัดโรคให้มีความทันสมัยมากขึ้นทำให้อัตราการตายลดลง ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้จำกัดขอบเขตเพียงด้านจำนวนประชากรเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นเสมือนปฏิกริยาลูกโซ่ที่ส่งผลกระทบไปยังระบบอื่นๆ ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และผลกระทบด้านชีวิตความเป็นอยู่ ผลกระทบด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุ เกิดจากสภาพที่เสื่อมถอยลงเนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากกว่าเจริญเติบโต อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมเสียหายที่เป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติมากขึ้นในผู้สูงอายุ ลักษณะปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะช่วยชะลอความเจ็บป่วยได้ (ลภัสรดา วลัยกมลลาศ, 2556)

จากการศึกษาของวาสนา สิทธิกัน (2560) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ได้แก่ ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06 - 3.55) และผู้มีความรู้ระดับดี (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15 - 25.53) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีความรู้ต่ำและการศึกษาของสุขประเสริฐ ทับสี (2563) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแกลง กระเจา จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล



ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจ การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ควรจะได้รับดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยชะลอความเสื่อมถอยของร่างกายและเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความสูงวัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อทราบถึงสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืนต่อไป

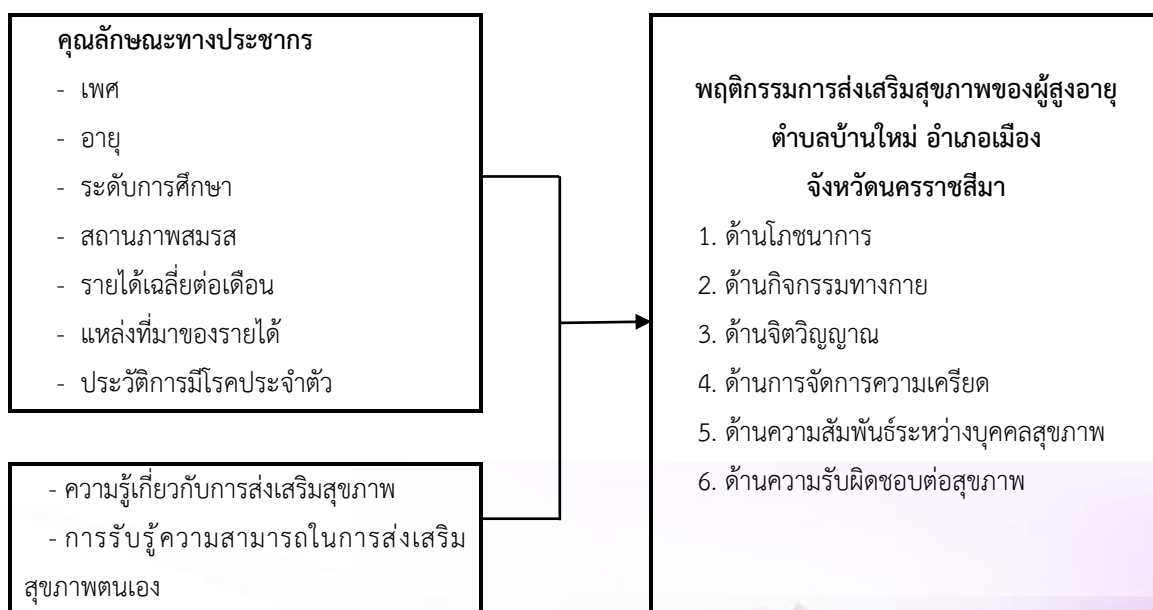
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายคุณลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ Pender (1996) ที่กล่าวว่าเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพดีเป็นการบรรลุถึงการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิดและที่ได้รับการพัฒนาดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 230 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) แล้วนำมาคำนวณสัดส่วน (Proportional allocation) เก็บข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของอรชร โวทวี (2548) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด ให้เลือกตอบหรือให้เติมคำลงในช่องว่างที่ระบุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบเชิงบวกและเชิงลบเลือกตอบ ถูก และ ผิด จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านจิตวิญญาณ ด้านความสัมพันธ์

ระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 47 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถามด้วยความสมัครใจ โดยขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยจนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผยในรายบุคคล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามหรือออกจากการศึกษาในระบะใดก็ได้

สถิติที่ใช้ในการการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ ประวัติการมีโรคประจำตัว โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)



สรุปผล

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 54.3 อายุเฉลี่ย 68.63 ปี จบการศึกษาชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 93.1 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 65.2 รายได้เฉลี่ย 1,566 บาทต่อเดือน มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.5 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 85.2 และ 81.7 ตามลำดับ

2. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.6 รองลงมาคือ ระดับดีและระดับไม่ดี ร้อยละ 30.4 และ 30.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	70	30.4
ระดับปานกลาง	91	39.6
ระดับไม่ดี	69	30.0
รวม	230	100.0

$\bar{X} = 13.55, SD. = 2.91, Max/Min = 20.0/7.0$

2. การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.1 รองลงมา คือระดับไม่ดี และระดับดี ร้อยละ 33.0 และ 3.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความสามารถในส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	9	3.9
ระดับปานกลาง	145	63.1
ระดับไม่ดี	76	33.0
รวม	230	100.0

$\bar{X} = 79.90, SD. = 13.32, Max/Min = 129.0/47$

4. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 44.8 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับดี ร้อยละ 39.1 และ 16.1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	37	16.1
ระดับปานกลาง	90	39.1
ระดับไม่ดี	103	44.8
รวม	230	100.0

$\bar{X} = 186.06, SD. = 31.28, Max/Min = 267.0/129.0$

5. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาพบว่า

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) ส่วน เพศ

อายุ และสถานภาพสมรส ไม่มีสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ลักษณะทางประชากร	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ			χ^2	df	P-value
	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ						
ชาย	44(19.1)	45(19.56)	16(6.95)	1.13	2	0.568
หญิง	59(25.7)	45(19.56)	21(9.1)			
รวม	103(44.8)	90(39.1)	37(16.1)			
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าชั้น ป.4	10(4.4)	5(2.2)	1(0.4)	13.74	4	.008*
สูงกว่าชั้น ป.4	93(40.4)	85(36.9)	36(15.7)			
รวม	103(44.8)	90(39.1)	37(16.1)			
สถานภาพสมรส						
โสด	5(2.2)	4(1.7)	1(0.4)	2.28	4	0.891
คู่	70(30.4)	55(23.9)	25(10.9)			
หม้าย/หย่า/ร้าง	28(12.2)	31(13.5)	11(4.8)			
รวม	103(44.8)	90(39.1)	37(16.1)			

* กำหนดให้นัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05)

6. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
การศึกษาพบว่า

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการ
ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในการ

ส่งเสริมสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (r=16.56, 63.30 และ 41.94, P-value
< .05 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ

ปัจจัย	r	P-value
- อายุ	0.26	0.881
- รายได้เฉลี่ยเดือน	16.56	16.56
- ความรู้ความรู้อย่างไรเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพ	63.30	63.30
- การรับรู้ความสามารถใน การส่งเสริมสุขภาพตนเอง	41.94	41.94

* กำหนดให้นัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05)

อภิปรายผล

1. ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) สามารถอภิปรายได้ว่าบุคคลที่มีการศึกษาในระดับที่แตกต่างกันทำให้มีความรู้ความเข้าใจที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อาจกล่าวได้ว่าการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รายได้ยังเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง จึงทำให้รายได้ที่ต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับสุขประเสริฐ ทับสี (2560) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับธราดล ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550) พบว่า รายได้และความพอเพียง

ของรายได้ที่ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) สามารถอภิปรายได้ว่าเมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งย่อมช่วยให้เขามีข้อมูลที่ถูกต้องในการพิจารณาหรือตัดสินใจที่จะกระทำหรือมีพฤติกรรมในทางที่จะปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงการกระทำนั้นๆ ตามความรู้ที่บุคคลนั้นได้รับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับวาสนา สิทธิกัน (2560) พบว่า ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06 - 3.55) และผู้มีความรู้ระดับดี (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15 - 25.53) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ

3. การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) สามารถอภิปรายได้ว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อสิ่งใดจะมีการตีความหมายออกมาและนำไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้การรับรู้จะเกี่ยวข้องกับความรู้และประสบการณ์เดิมทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับวิยะดา สุขแสง (2555) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.43, P-value < .001)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ เข้าใจผิดในประเด็นอาหารแป้งและขนมปังช่วย ป้องกันอาการท้องผูก ร้อยละ 85.7 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลียง อาหารมันและให้ความสำคัญกับผัก ผลไม้, ผู้สูงอายุมักมีอาการเรื้อรัง แจ่มใส ตลอดเวลาและโรคข้อเสื่อมมักจะเกิดกับผู้สูงอายุ เสมอ ร้อยละ 78.7, 70.0 และ 67.0 ตามลำดับ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำสื่อ ประชาสัมพันธ์และให้คำแนะนำรายบุคคลหรือให้ สุขศึกษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ ได้รับการบาดเจ็บระหว่างออกกำลังกาย ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำโครงการให้ สุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาในลักษณะการวิจัย และพัฒนา ซึ่งจะแบ่งการวิจัยออกเป็น 5 ระยะ คือ การศึกษาสภาพปัจจุบัน การสร้างและพัฒนา นวัตกรรม การทดลองใช้นวัตกรรมในสถานการณ์จริง การปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมและการเผยแพร่ นวัตกรรม

2.2 ควรศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมให้ชุมชน นักวิจัยและนักพัฒนา หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วมตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวางแผนร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผลและ ร่วมรับผลประโยชน์ ทั้งนี้ผลลัพธ์อยู่ที่ประชาชน ได้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

ธราดล ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (2550).

“พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบล โพรงมะเตี้อ อำเภอมือง จังหวัด นครปฐม”. รายงานการวิจัย. นครปฐม : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

นีลเสน ประเทศไทย. (2559). รายงาน *New Age of Thais* ขณะใจขณะที่จุดขายกลยุทธ์ รับมือสังคมสูงวัย. เข้าถึงได้จาก : www.nielsen.com. (23 พฤษภาคม 2561)

ภัสสรดา วลัยกมลลลส. (2556). การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของ องค์การบริหารส่วนตำบลปากบาง อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต (การ ปกครองท้องถิ่น) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิยะดา สุขแสง. (2555). พฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล บ้านดงกระทิงตำบลบ้าน ด่าน อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต (การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ) บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยนครราชสีมา.

ศิวลาภ สุขไพบุลย์วัฒน์. (2560). บทบาทของ ผู้สูงอายุต่อความเจริญเติบโตทาง เศรษฐกิจในประเทศไทย. *วารสารศรี นครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา*, 9(17), 176-191.



สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). รายงานสำรวจ
ประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.
2557. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์
แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

อรชร โวทวี. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
สุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ
จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปกร.

Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in
nursing Practice*. 3rded. Stamford
: Appleton & Lange.

Taro Yamane. (1973). *Statistics : An Introductory
Analysis*. 3rded. New York : Harper
and Row.



การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์
พื้นที่กรุงเทพมหานคร : ระยะที่ 1-2 ศึกษาสถานการณ์ไอโอดีน
และกระบวนการพัฒนาแบบ

MODEL DEVELOPMENT FOR PROMOTING IODINE NUTRITIONAL IN PREGNANCY,
BANGKOK AREA : PHASE I-II STUDIED THE IODINE SITUATION
AND MODEL DEVELOPMENT PROCESSED

จารินี ยศปัญญา^{1,*}

Jarinee Yospanya^{1,*}

Received : 21 January 2022, Received in revised form : 30 February 2022, Accepted : 7 March 2022

บทคัดย่อ

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบ การส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวน สถานการณ์ภาวะไอโอดีนในประเทศไทย และการประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ร่วมกับการสนทนากลุ่ม โดยประยุกต์ใช้กับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า (1) สถานการณ์ค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ที่สำรวจ โดยกรมอนามัยพบหญิงตั้งครรภ์ขาดสารไอโอดีน แต่เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน พบว่า มีค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น แตกต่างจากก่อนกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ โดยพบปัญหาในการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน เช่น การลืมกินยา ยังไม่รู้จักรักรรพคุณของยา เป็นต้น (2) รูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยใช้แอปพลิเคชัน Line Official Account (Line OA) เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร โดยประกอบด้วย 4 ส่วนที่สำคัญคือ (1) รูปแบบการเสริมสร้างองค์ความรู้เรื่องโภชนาการไอโอดีนที่ถูกต้อง (2) รูปแบบการส่งเสริมการกินยา เม็ดเสริมไอโอดีนเป็นประจำทุกวัน (3) รูปแบบการกระตุ้นเตือน และสร้างแบบบันทึกการกินยาให้กับ หญิงตั้งครรภ์และ (4) รูปแบบการสร้างช่องทางให้คำปรึกษา ถาม-ตอบ ข้อสงสัยด้านโภชนาการไอโอดีน

¹ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น 40000

¹ Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen, Khon Kaen 40000

Corresponding author; E-mail: jarinee.y@hotmail.com*



จากผลการวิจัยในครั้งนี้ นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารให้ความรู้ และกระตุ้นเตือนแบบตัวต่อตัว (Face to Face) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารอีกช่องทางหนึ่ง

คำสำคัญ : ไอโอดีน, หญิงตั้งครรภ์, ยาเม็ดเสริมไอโอดีน

ABSTRACT

This study is a research and development study. Aimed to develop a model to promote iodine nutrition in pregnancies. The researcher collected data by reviewing the iodine situation in Thailand, and the application of the PAOR process in conjunction with group discussions, by applying the theory of motivation for disease prevention, and social support theory in the development of the iodine nutrition promotion model in pregnant.

The results showed that I: the median iodine content in the urine of pregnant women surveyed by the Department of Health found that pregnant women were iodine deficient. But when pregnant women were given iodine tablets, the median urinary iodine content increased. statistically different from before taking iodine supplement tablets The problem was found in taking iodine supplement tablets such as forgetting to take the pills, the properties of the drug are not yet known, etc. II: A model for promoting iodine nutrition status in pregnant women in Bangkok, by using the Line Official Account (Line OA) application as a communication channel It consists of four key parts: (I) a correct iodine nutrition cognition model, (II) a daily dietary supplemental iodine supplement regimen, and (III) a prompting pattern. and creating a record form for taking medications for pregnant women; From the results of this research, This may lead to the development of face-to-face communication, education, and promotion programs to increase the efficiency of other communication channels.

Keywords : Iodine, Pregnancy, Iodine supplement

บทนำ

ไอโอดีน (Iodine) เป็นสารอาหารที่ร่างกายมีความจำเป็นต้องใช้เพื่อสร้างฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ ไอโอดีนจะซึมเข้าสู่กระแสเลือดและไปกระตุ้นระบบสมองและประสาทให้เจริญเติบโต และมีพัฒนาการที่ส่งผลต่อระดับ

สติปัญญาและการเรียนรู้ ซึ่งในระยะที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีการตั้งครรภ์ ระยะให้นมบุตร และระยะที่กำลังเจริญเติบโต จะมีความต้องการไอโอดีนในปริมาณที่มาก (กรมอนามัย, 2563) ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรงอาจมีระดับสติปัญญา (Intelligent Quotient : IQ) ต่ำกว่า

ชุมชนใกล้เคียงกันในพื้นที่ที่ไม่มีการขาดสารไอโอดีนถึง 13.5 คะแนน (WHO, 2007) ทั้งนี้การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อาจก่อให้เกิดการแท้งบุตรหรือทารกเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือเกิดมามีความพิการแต่กำเนิด มีสติปัญญาต่ำ หูหนวก เป็นใบ้ แขนขากระตุก ตาเหล่ เดินท่าทางผิดปกติ รวมไปถึงการทำงานของกล้ามเนื้อไม่ประสานกัน ทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายช้ากว่าปกติ (สุณิรัตน์ ยั่งยืน สุวิมล สงกลาง และ ธิติรัตน์ สมดี, 2560) จากการสำรวจไอคิวของเด็กไทย โดยกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2554 และ 2559 พบว่า ระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เพิ่มขึ้น จากปี 2554 เท่ากับ 94.58 เป็น 98.59 ในปี 2559 แต่ยังมีค่าต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ=100) (กรมสุขภาพจิต, 2559) อีกทั้งผลการสำรวจพัฒนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 6 ครั้ง ปี พ.ศ. 2442, 2447, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่ และมีแนวโน้มลดลงที่ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.0 และ 67.5 ตามลำดับ พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลก ที่พบร้อยละ 80 - 85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก (กรมอนามัย, 2561)

กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ผ่านการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ซึ่งสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์ประธาน ร่วมกันผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติในการจ่าย “ยาเม็ดเสริมไอโอดีน” ที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ให้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายตลอดการตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรมีความต้องการไอโอดีนเพิ่มขึ้นเป็นมาตรการเสริมในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ Unicef ได้ศึกษาการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ก่อนกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนยังมีปัญหาการขาดสารไอโอดีน หลังจากรับกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนแล้วมีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น แสดงได้ว่ายาเม็ดเสริมไอโอดีนสามารถแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนได้ แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่กินยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวันมีเพียงร้อยละ 57.8 กินสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 27.8 กินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 4.2 กินยาเดือนละ 2 - 3 ครั้ง ร้อยละ 0.9 และไม่กินยา ร้อยละ 9.2 ซึ่งมีสาเหตุจากการลืมกินยาร้อยละ 51.0 ไม่ได้รับยาร้อยละ 18.8 ยาหมด ร้อยละ 15.3 และสาเหตุอื่น ๆ เช่น มีผลข้างเคียงจากการกินยา ยังไม่รู้จักสรรพคุณของยา และกินอาหารที่มีไอโอดีนอยู่แล้ว เป็นต้น (กรมอนามัย, 2562)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่กรุงเทพมหานครขึ้น ในรูปแบบแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน เพื่อให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวัน ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ เพื่อให้



เกิดเป็นรูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ให้กับพื้นที่อื่น ๆ ในประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบรูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development Design) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ไอโอดีน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร

โดยในบทความนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาระยะที่ 1 - 2 เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทบทวนสถานการณ์ภาวะไอโอดีนในประเทศไทย และการประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จากผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ สาธารณสุขศาสตร์ และสังคมศาสตร์ โดยประยุกต์ใช้กับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protection motivation theory) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

(Social Support) ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจากการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย โครงการวิจัย 065 รับรองตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 17 กรกฎาคม 2566

สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ไอโอดีนจากการทบทวนเอกสารสถานการณ์ไอโอดีนในประเทศไทย พบว่า กระทรวงสาธารณสุข กำหนดปริมาณสารไอโอดีนที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย ในปี พ.ศ. 2562 จึงใช้ตามคำแนะนำของ European Food Safety Authority (EFSA), Parma, Italy (ค.ศ. 2014) โดยกำหนดปริมาณสารไอโอดีนที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย ในรูปแบบของ Adequate Intake (AI) โดยทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 11 เดือน ควรได้รับสารไอโอดีนวันละ 70 ไมโครกรัม เด็กอายุ 1-8 ปี ควรได้รับวันละ 90 ไมโครกรัม เด็กวัยรุ่น 9-12 ปี ควรได้รับวันละ 120 ไมโครกรัม เด็กวัยรุ่น 13-18 ปี ควรได้รับวันละ 130 ไมโครกรัม ผู้ใหญ่ชายและหญิงอายุ 19 ปีขึ้นไป ควรได้รับสารไอโอดีนวันละ 150 ไมโครกรัม สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ควรได้รับสารไอโอดีนวันละ 200 ไมโครกรัม (กรมอนามัย, 2563) จากการสำรวจค้ำมีธฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ของกรมอนามัย จำนวน 6,553 คน จาก 26 จังหวัด ซึ่งเก็บข้อมูลในระหว่างปี 2553 - 2558 พบว่า ค้ำมีธฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ 131.7 ไมโครกรัม/ลิตร ซึ่งแสดงถึงการขาดสารไอโอดีน

ในหญิงตั้งครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน พบว่า มีค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น แตกต่างจากก่อนกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน เช่น การลืมกินยา ร้อยละ 51.0 ไม่ได้รับยา ร้อยละ 18.8 ยาหมด ร้อยละ 15.3 และสาเหตุอื่น ๆ เช่น มีผลข้างเคียงจากการกินยา ยังไม่รู้จักรสรรพคุณของยา และกินอาหารที่มีไอโอดีนอยู่แล้วเป็นต้น (กรมอนามัย, 2562) นอกจากนี้ยังพบว่าในการศึกษาการบริโภคอาหารและปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับพลังงาน โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ ธาตุเหล็ก และวิตามินบางชนิดที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งอาจจะส่งผลให้ทารกที่เกิดมามีสุขภาพไม่สมบูรณ์ได้ (สุนิรัตน์ ยั่งยืน สุวิมล สงกลาง และธิดารัตน์ สมดี, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าการเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการขาดสารไอโอดีน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน มีอิทธิพลต่อการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ (กัลยา บัวบาน วรรณิ เตียววิเศษ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2562)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานครผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วงจร PAOR (Planning–Action–Observation–Reflection) ในการวางแผนการพัฒนารูปแบบ โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผนการดำเนินงาน (Planning) โดยการสังเคราะห์ ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ พบว่า ปัญหาด้าน

โภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การลืมกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน การขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเม็ดเสริมไอโอดีน การกินอาหารที่มีปริมาณไอโอดีนไม่เพียงพอ รวมถึงควรเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการขาดสารไอโอดีน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน เนื่องจากมีอิทธิพลต่อการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสังเคราะห์สถานการณ์โภชนาการไอโอดีนหญิงตั้งครรภ์มาประชุมกลุ่ม (Focus group) ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็ก อาจารย์สาขาสาธารณสุขศาสตร์ นักโภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อออกแบบเครื่องมือวิจัยโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Prevention Theory) ซึ่งให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และ 2) การประเมินการเผชิญปัญหา ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ซึ่งมีความเชื่อว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้ง วัตถุ สิ่งของ กำลังใจและการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ทั้งใกล้ชิดและเกี่ยวข้อสัมพันธ์ เพื่อจะทำให้รู้สึกมีคุณค่า ความสำคัญ มีพลังที่จะดำเนินชีวิต หรือกระทำการต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) ดังนั้น ผู้วิจัยสามารถสรุปรูปแบบของการส่งเสริมโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์จากการสนทนากลุ่ม ได้ดังนี้

1) รูปแบบการเสริมสร้างองค์ความรู้เรื่องโภชนาการไอโอดีนที่ถูกต้อง



2) รูปแบบการส่งเสริมการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนเป็นประจำทุกวัน

3) รูปแบบการกระตุ้นเตือน และสร้างแบบบันทึกการกินยาให้กับหญิงตั้งครรภ์

4) รูปแบบการสร้างช่องทางให้คำปรึกษาถาม-ตอบ ข้อสงสัยด้านโภชนาการไอโอดีนจากรูปแบบดังกล่าว ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และพฤติกรรมกรรมการบริโภคสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญสาขาโภชนาการ สาธารณสุข และสังคมศาสตร์

2) โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยประกอบด้วย

2.1) เนื้อหาเชิงวิชาการ (Content) ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ความรู้และกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน และกินอาหารที่มีไอโอดีน เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการใน 1 วัน จำนวน 8 สัปดาห์ของการวิจัย

2.2) การออกแบบ Platform เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการวิจัย จากการประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะให้ใช้แอปพลิเคชัน Line Official Account (Line OA) เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร เนื่องจากเป็นแอปพลิเคชันที่มีความ

สะดวกในการใช้งาน รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถส่งข้อความมายัง Line Official Account ได้ตามปกติ ซึ่งเป็นการติดต่อแบบสองทางระหว่างผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเมนูในการใช้งาน ประกอบด้วย

(1) คลังความรู้ เก็บข้อมูลความรู้ไอโอดีน Info graphic

(2) ปฏิทินกินยาแสดงบันทึกประวัติการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน

(3) กระดานถาม-ตอบ

(4) ฝากคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญ

(5) เกมประจำสัปดาห์ ส่งข้อคำถามตามรอบสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อสะสมคะแนนเพื่อชิงรางวัล

(6) ติดต่อผู้พัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) จากการประชุมกลุ่ม และพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงให้ตรงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ อ่านเข้าใจง่าย กระชับ และเลือกใช้คำที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยได้มีการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนี้

4.1) ทดสอบประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบประสิทธิภาพสื่อจำนวน 30 คน ตามเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 กำหนดเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเรียนรู้จากโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม

ภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า คะแนนก่อนการเรียนรู้มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 80.83 และหลังการเรียนรู้จากโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 84.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ยร้อยละ
คะแนนก่อนเรียน	80.83
คะแนนหลังเรียน	84.30
ประสิทธิภาพของบทเรียน	4.30

4.2) ความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราจัดอันดับ (Rating Scale) จัดเรียงความคิดเห็นจากมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เพื่อสะท้อนความคิดเห็นและสร้างโปรแกรมฯ ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการศึกษาใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) ความคิดเห็นด้านความเหมาะสมของรูปแบบของโปรแกรม (2) ความคิดเห็นด้านความสมบูรณ์ของเนื้อหา และ (3) ความคิดเห็นด้านความพึงพอใจในการเรียนรู้ด้วยโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร จากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยผลการศึกษาพบว่า มีระดับความพึงพอใจด้านความคิดเห็นด้านความเหมาะสมของรูปแบบของโปรแกรม ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.63$, S.D. = 0.49) มีความพึงพอใจ

ด้านความคิดเห็นด้านความสมบูรณ์ของเนื้อหา ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.42) มีความพึงพอใจความคิดเห็นด้านความพึงพอใจในการเรียนรู้ด้วยโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.50) และพบว่ามีความพึงพอใจเฉลี่ยในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.66$, S.D. = 0.47)

4.3) การประเมินคุณภาพของสื่อโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อและโภชนาการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านเนื้อหา อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.57$, S.D. = 0.44) คะแนนเฉลี่ยด้านภาษาอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.48) คะแนนเฉลี่ยด้านเทคนิควิธีการอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.49$, S.D. = 0.37) และคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพสื่อโปรแกรมฯ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.51$, S.D. = 0.43)

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย กรมอนามัยได้กำหนดปริมาณสารไอโอดีนที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทยในรูปแบบของ Adequate Intake (AI) ในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ควรได้รับสารไอโอดีนวันละ 200 ไมโครกรัม จากการสำรวจของกรมอนามัยพบว่าปัญหาการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนั้นยังพบปัญหาด้านโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่สำคัญ คือ การเสริมกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน การขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเม็ดเสริมไอโอดีน การกิน



อาหารที่มีปริมาณไอโอดีนไม่เพียงพอ รวมถึงควรเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการขาดสารไอโอดีน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน เนื่องจากมีอิทธิพลต่อการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

2. รูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยใช้แอปพลิเคชัน Line Official Account (Line OA) เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร โดยประกอบด้วย 4 ส่วนที่สำคัญคือ (1) รูปแบบการเสริมสร้างองค์ความรู้เรื่องโภชนาการไอโอดีนที่ถูกต้อง (2) รูปแบบการส่งเสริมการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนเป็นประจำทุกวัน (3) รูปแบบการกระตุ้นเตือน และสร้างแบบบันทึกการกินยาให้กับหญิงตั้งครรภ์ และ(4) รูปแบบการสร้างช่องทางให้คำปรึกษา ถาม-ตอบ ข้อสงสัยด้านโภชนาการไอโอดีน เพื่อให้เกิดการติดต่อแบบสองทางระหว่างผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัย

จากการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยพบว่า มีค่า E_1/E_2 เท่ากับ 80.83/84.30 ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์ 80/80 พบว่าสามารถยอมรับประสิทธิภาพของสื่อนี้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2556) ซึ่งได้เสนอแนวความคิดการทดสอบประสิทธิภาพสื่อ หรือชุดการสอน ที่ไม่ควรมีความแปรปรวนเกินกว่า 25 - 5% และการยอมรับประสิทธิภาพสื่อ หรือชุดการสอนมี 3 ระดับคือ สูงกว่าเกณฑ์ เท่าเกณฑ์ และต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งในที่นี้จะพบว่า โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการ

ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร มีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในทางวิชาการ

โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยใช้แอปพลิเคชัน Line Official Account (Line OA) เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร เนื่องจากเป็นแอปพลิเคชันที่มีความสะดวกในการใช้งาน แต่ก็ยังเป็นการสื่อสารที่รับส่งสารต่างเวลากัน (Half Duplex) ซึ่งอาจจะต้องเพิ่มการสื่อสาร การให้ความรู้ หรือตอบข้อคำถามแบบตัวต่อตัว (Face to Face) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารอีกช่องทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การนำโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่กรุงเทพมหานคร ไปขยายผลใช้งาน ควรเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ให้ครอบคลุมตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2562). รายงานการศึกษาค้นคว้าผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัทสามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

กัลยา บัวบาน วรรณิ์ เดียววิศเรศ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(3) : 1-9.

จุฬารณณ์ โสตะ. (2554). *แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ขอนแก่น.

ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2556). การทดสอบประสิทธิภาพสื่อหรือชุดการสอน. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 5(1) : 7-20.

เมธิดา คุ่มจ้อหอ และฉัตรสุดา มาทา. (2561). การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียการเตรียมตัวขาใต้เข้าก่อนการทำอุปกรณ์เทียม ด้วยการพันผ้ายืด. *วารสารวิทยาลัยราชสุดา*. 14(1) : 76-86.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2561). *รายงานการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (ตุลาคม 2559-เมษายน 2561)*. (ม.ป.ป.). บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด : กรุงเทพ.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2563). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563 (Dietary Reference Intake For Thais 2020)*. (ม.ป.ป.) ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ.วี.โปรแกรสซีฟ : กรุงเทพ.

สุนิรัตน์ ยั่งยืน สุวิมล สงกลาง และธิดารัตน์ สมดี. (2560). การบริโภคอาหารและปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(4) : 683-702.

World Health Organization. (2007). *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for program me managers*. Third edition. Geneva.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7
FACTORS AFFECTING QUALITY OF LIFE
OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEER (VHV) IN HEALTH AREA 7

พิพัฒน์พล พิณิจดี^{1,*}
Phipadpole Pinitdee^{1,*}

Received : 31 October 2021, Received in revised form : 4 March 2022, Accepted : 7 March 2022

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 โดยมีกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 260 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Independent t-test และ One-way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.30 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับระดับปานกลาง มากที่สุดคือ ด้านจิตใจ ร้อยละ 80.38 รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 75.00, 67.31 และ 56.54 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

¹ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ขอนแก่น 40000

Northeastern Regional Center for Primary Health Care Development, Khon Kaen 40000

* Corresponding author; E-mail: pinitdee.p@gmail.com

ABSTRACT

This study is cross-sectional descriptive research. The objectives of this study were to study the quality of life of village health volunteers (VHV) in Health Area 7 with the following sample groups: 260 Village Public Health Volunteers (VHV) in Health Area 7. Data were collected using online questionnaires via Google Form during October 2020. Frequency, percentage, and mean deviation were used. Standard (SD) Independent t-test and One-way ANOVA

The results showed that most of the sample groups had a moderate quality of life, 62.30%. At the moderate level, the most were the psychological domain at 80.38%, followed by the physical domain and environmental domain, and social relationships at 75.00%, 67.31%, and 56.54%, respectively. When analyzing factors related to the quality of life of village health volunteers, it was found that income factors There was a statistically significant correlation to the quality of life of household health volunteers (VHV) in Health Area 7 with a statistical significance of 0.05.

Keywords : Quality of life, Village Health Volunteers (VHV)

บทนำ

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) มีบทบาทสำคัญกับมนุษย์ในด้านของความผาสุก (Well-being) องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยม ในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้นซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ (1) มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) (2) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) (3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ (4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (Environmental) (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และจรัมพร ให้อย่าง, 2556)

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เริ่มขึ้นเมื่อเดือนธันวาคมปี พ.ศ.2562 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และแพร่กระจายเป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) ทั่วโลก ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม เกิดผลกระทบต่อประชาชนทุกกลุ่ม โดยมีผลมากกับกลุ่มเปราะบาง ผู้ยากจน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เยาวชน และกลุ่มคนชาติพันธุ์ เป็นชนวนที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันและความยากจนมากขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก (องค์การอนามัยโลก, 2020) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อสม.ได้ทำหน้าที่สำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุข เก็บข้อมูลและบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน และรณรงค์เรื่องการป้องกันโรคเพื่อสนับสนุน



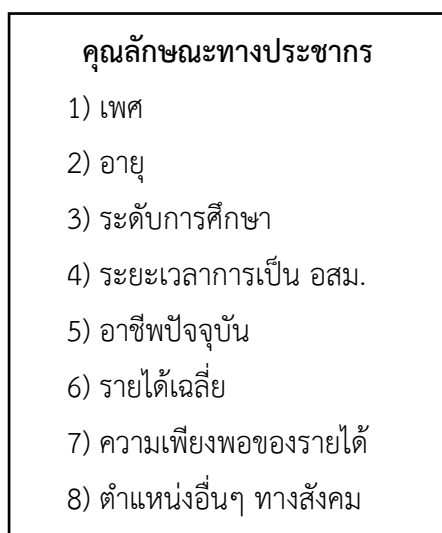
การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในช่วงที่มีการแพร่ระบาด การเก็บประวัติสุขภาพของสมาชิกในชุมชนโดยละเอียด ได้ถูกนำมาใช้เพื่อติดตามผู้สัมผัสโรคและเพื่อติดตามด้านสุขภาพ เน้นการให้ความรู้และให้ข้อมูล อสม.มีบทบาทช่วยให้ชาวบ้านเข้าใจสาเหตุของการเกิดโรคและวิธีป้องกันรักษาโรค (WHO, 2020) นอกจากนี้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ได้จัดตั้งทีมค้นหา ฝ้าระวัง และป้องกันโรคในทุกอำเภอ หมู่บ้าน โดยให้ อสม. ร่วมทีมออกเคาะประตูบ้าน เพื่อสำรวจจัดทำฐานข้อมูลผู้เดินทางกลับภูมิลำเนา และให้ความรู้ในการแยกตัวสังเกตอาการ หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้อื่นทั้งในที่พกจนครบ 14 วันนับจากวันที่เดินทางมาถึงภูมิลำเนา รวมทั้งการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด (Health focus, 2021)

จากบทบาทของการทำงานของ อสม. ในการช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 โดยได้ทำการวัดคุณภาพชีวิต โดยกำหนดระยะเวลาอย่างชัดเจนคือ ในระยะเดือนตุลาคม 2563 ซึ่งเป็นช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต่อไป

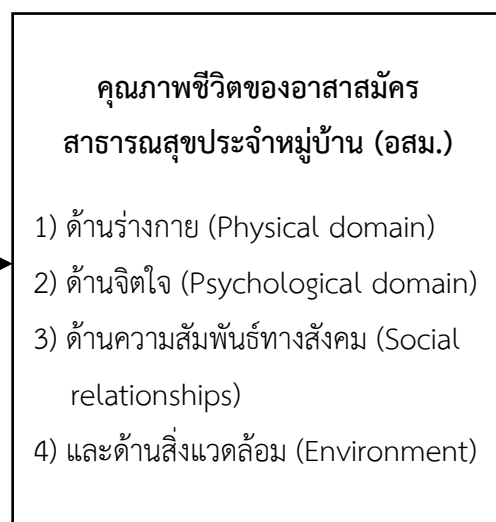
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7

ตัวแปรอิสระ (Independent variable)



ตัวแปรตาม (Dependent variable)



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลโดยใช้ Google Form ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2563 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ให้ในการศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 105,556 คน ซึ่งเป็นข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaiphc.net

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 260 คน ได้จากการคำนวณสูตรการหาขนาดตัวอย่างโดยประมาณค่าเฉลี่ย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยประยุกต์จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร เป็นลักษณะคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาการเป็น อสม., อาชีพปัจจุบัน, รายได้เฉลี่ย, ความเพียงพอของรายได้ และตำแหน่งอื่นๆ ทางสังคม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบภาวะวิสัยและอัตวิสัย มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง

3) ด้านความสัมพันธ์ (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาการเป็น อสม., อาชีพปัจจุบัน, รายได้เฉลี่ย, ความเพียงพอของรายได้ และตำแหน่งอื่นๆ ทางสังคม ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยสถิติการทดสอบสมมติฐาน Independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว One-way ANOVA

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.38 มีอายุในระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.62 มีอายุเฉลี่ย 51.50 ปี (S.D. = 8.38)



กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 41.54 ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 70.38 ระยะเวลาการเป็น อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็น อสม. 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.08 โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 13.23 ปี (S.D. = 8.83) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 72.31 โดยมีรายได้เฉลี่ย 5,083.46 บาท (S.D. = 4966.92) ความพอเพียงของรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง ร้อยละ 85.00 ตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ นอกเหนือจาก อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 58.46 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=260)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	14.62
หญิง	222	85.38
อายุ		
18 – 30 ปี	4	1.54
31 – 40 ปี	18	6.92
41 – 50 ปี	98	37.69
51 – 60 ปี	103	39.62
อายุ 60 ปี ขึ้นไป	37	14.23
Mean=51.50, S.D.=8.38, Max/Min=75/27		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=260)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	81	31.15
มัธยมศึกษาตอนต้น	53	20.28
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	108	41.54
อนุปริญญา/ปวส.	13	5.00
ปริญญาตรี	5	1.92
อาชีพ		
แม่บ้าน/ว่างงาน	25	9.62
เกษตรกร ทำนา/ทำสวน/ทำไร่	183	70.38
รับจ้าง/รับจ้างทั่วไป	25	9.62
ค้าขาย	18	6.92
พนักงานประจำ	4	1.54
อื่นๆ	5	1.92
ระยะเวลาการเป็น อสม.		
1 – 5 ปี	60	23.08
6 – 10 ปี	52	20.00
11 – 15 ปี	53	20.38
16 – 20 ปี	53	20.38
20 ปีขึ้นไป	42	16.15
Mean=13.23, S.D.=8.83, Max/Min=42/1		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	188	72.31
5001-10,000 บาท	60	23.08
10,001-15,00 บาท	5	1.92
15,001-20,000 บาท	3	1.15
มากกว่า 20,001 บาท	4	1.54
Mean=5083.46, S.D.=4966.92		
Min/Max=50,000/500		



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=260)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	39	15.00
ไม่เพียงพอ	221	85.00
ตำแหน่งอื่นๆ ทางสังคม		
ไม่มี	152	58.46
ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	14	5.38
กำนัน/สารวัตร	3	1.15
กำนัน/แพทย์ประจำตำบล		
นายกเทศมนตรี/นายก อบต./รองนายกฯ/เลขานุการฯ	3	1.15
สมาชิกเทศบาล/สมาชิก อบต.	6	2.31
คณะกรรมการกองทุนต่างๆ ในชุมชน	82	31.54

2. ระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 โดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.30 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบข้อมูลคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.38 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.54 และ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.31 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7

ระดับคุณภาพชีวิต	ระดับคะแนน (n=260)		
	จำนวน (ร้อยละ)		
	ระดับไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี
ด้านสุขภาพกาย	3 (1.15)	195 (75.00)	62 (23.85)
ด้านจิตใจ	19 (7.31)	209 (80.38)	32 (12.31)
ด้านสัมพันธภาพ	19 (7.31)	147 (56.54)	94 (36.15)
ทางสังคม	11 (4.23)	176 (67.31)	74 (28.46)
ด้านสิ่งแวดล้อม	7 (2.69)	162 (62.30)	91 (35.00)
คุณภาพชีวิตโดยรวม			

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ระยะเวลาการเป็นอสม., ความเพียงพอของรายได้ และตำแหน่งทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 โดยพบเพียงปัจจัยด้านรายได้



เพื่อพิจารณาค่า Sig. พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.029 ซึ่งน้อยกว่าค่า α ที่กำหนดไว้ที่ 0.05 ดังนั้นจึงปฏิเสธ H_0 และยอมรับ H_1 ซึ่งสรุปได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. ระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 จากการศึกษาในระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 โดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.30 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ผ่องศิริ, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, นันทริยา โลหะไพบุลย์กุล, สะอาด มุ่งสิน และพิสมัย วงศ์สง่า (2018) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง : กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.50 และสอดคล้องกับการศึกษาของวินัย อ่ำดวง (2553) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวชุมชนสะพานสามตำบลพันท้าย อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรปราการ ที่พบว่าภาพรวมมีระดับการรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ศักดิ์ ชลาธร, นวสินันท์ วงศ์ประสิทธิ์ และนิรัตน์ อิมานี (2563) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งพบว่าระดับคุณภาพชีวิต

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งเกิดจากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กิจกรรม 4 องค์ประกอบคือ (1) ด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ หมายถึง ความรู้สึกของ อสม. ที่รู้สึกพึงพอใจในความเป็นอยู่ของตนเองจึงสามารถเป็น อสม. เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ (2) ด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน หมายถึงความร่วมมือที่ดีจากครอบครัวและชุมชนต่อการสนับสนุนการทำงาน อสม. (3) ด้านการให้คุณค่าตนเอง หมายถึง ความรู้สึกมีความสุขและมีความรู้สึกที่ดีที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น และ (4) ด้านการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนที่ดีใส่ใจและเข้มแข็งของตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพ ที่ 7

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ระยะเวลาการเป็น อสม., ความเพียงพอของรายได้ และตำแหน่งทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 โดยพบเพียงปัจจัยด้านรายได้เพื่อพิจารณาค่า Sig. พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.029 ซึ่งน้อยกว่าค่า α ที่กำหนดไว้ที่ 0.05 ดังนั้นจึงปฏิเสธ H_0 และยอมรับ H_1 ซึ่งสรุปได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของศรีสุดา มีชำนาญ และสมชาย ลักขณานุรักษ์ (2553) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ซึ่งพบว่าประชาชนที่มีอายุ อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกองค์กรชุมชนแตกต่างกันมี คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิชญา วงศ์วาสนา (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความทุกข์ในการทำงานของพนักงานฝ่ายการโดยสาร กรณีศึกษาบริษัทบางกอกไฟล์ท์เซอร์วิส เซส จำกัด (BFS) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน เมื่อพิจารณาทางด้าน อันดับแรก ได้แก่ ด้านสภาพเศรษฐกิจของพนักงาน รองลงมา ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมส่วนบุคคลของพนักงาน ด้านสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน และด้านสภาพสังคม ตามลำดับ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Luke Sy-Cherng Woon Nor Shuhada Mansor et al. (2021) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายของผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์หลังสิ้นสุดการล็อกดาวน์: บทบาทสำคัญของผู้กีดกันจากโควิด-19 ประสบการณ์ทางจิตวิทยา และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศมาเลเซีย ได้แก่ ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้มากขึ้นจากเพื่อนและคนอื่น ๆ ที่สำคัญ มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Xiaoxiao Chen, et al. (2021) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในระหว่างการระบาดของ COVID -19 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพนักงานในองค์กรที่อยู่ใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศจีน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การใช้ชีวิตประจำวัน การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกไปพบปะผู้คนนอกบ้าน การออกกำลังกาย และการระบายอากาศที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้มีการศึกษาของธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยภมร มหิวรรณ (2563) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID- 19) พบประเด็นที่สำคัญ 9 ด้าน คือ (1) ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชน โดยให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาความเดือดร้อน (2) ด้านการพัฒนาสาธารณสุข จัดทีมเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (3) ด้านเศรษฐกิจและสังคมต่อประชาชนในวงกว้าง ดำเนินมาตรการช่วยเหลือ ด้านปัจจัยสี่ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนอย่างเร่งด่วน การจ่ายเงินสงเคราะห์ซึ่งไม่ใช่เงินเยียวยา (4) ด้านการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักและมาตรการเสริมสำหรับพื้นที่ ใช้มาตรการการควบคุมกิจกรรมดำเนินงานเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต (5) ด้านมาตรการเชิงรุกในการเฝ้าระวังและป้องกันกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ใช้มาตรการในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค (6) ด้านการกำกับติดตามมาตรการผ่อนปรน กิจกรรมและกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกัน การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (7) ด้านมาตรการการป้องกันผลกระทบ COVID-19 ในภาวะสังคมไทย (8) ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานในช่วงการระบาดของเชื้อ COVID-19 และ 9) ด้านพฤติกรรม New normal มาตรฐานวิถีชีวิตใหม่หลัง COVID-19 โดยต้องมี



การตั้งประชาชนและชุมชนและเข้ามามีส่วนร่วม
ในการเฝ้าระวังป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จากการศึกษาพบว่าระดับ
คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควร
เพิ่มการดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ทั้ง 4 มิติ

1.2 จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้าน
รายได้ มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงการ
ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ควรมีการ
เพิ่มค่าตอบแทน สวัสดิการเป็นการชั่วคราว เพื่อ
สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้าน
รายได้ มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงการ
ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ซึ่งมี
ผลกระทบเชิงโครงสร้างทั้งด้านเศรษฐกิจ และ
สังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริม
พัฒนาการรวมกลุ่มประกอบอาชีพเสริมอย่างเป็น
ระบบ เพื่อส่งเสริมความยั่งยืน ในการสร้างรายได้
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3. ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตใน
มิติอื่นๆ เช่น มิติด้านสุขภาพจิต เศรษฐกิจ

ค่าตอบแทน ความก้าวหน้า และสมดุลในการ
ปฏิบัติงาน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา ศักดิ์ชลาธร นวสินันท์ วงศ์ประสิทธิ์
และนิรัตน์ อิมานี. (2563). รูปแบบการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนม
สารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสาร
เซนต์จอห์น*, 23(32) : 331-350.

ธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยกมล มหิวรรณ. (2563).
การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของ
ประชาชนและการป้องกันการแพร่
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (COVID-19). *วารสารมหาจุฬ
นาครทรรศน์*, 7(9) : 40-55.

ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ. (2561). คุณภาพชีวิต
ภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการ
ช่วยเหลือตนเอง : กรณีศึกษาเขต
เมืองอุบลราชธานี. *วารสารเกื้อการุณย์*,
25(2) : 137-151.

ศรินันท์ กิตติสุขสถิต เฉลิมพล แจ่มจันทร์
กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และจรัมพร โห้
ลำยอง. (2556). คุณภาพชีวิตการ
ทำงานและความสุข. กรุงเทพฯ : โรง
พิมพ์ธรรมดาเพลส จำกัด.

สุพิชญา วงศ์วาสนา. (2564). ปัจจัยผลกระทบ
ทางลบจาก COVID-19 ส่งผลต่อ
ความสุขในการทำงานของพนักงาน
ฝ่ายการโดยสาร กรณีศึกษาบริษัท
บางกอกไฟล์ท์เซอร์วิส จำกัด (BFS).
วารสารรัชต์ภาคย์, 15(39) : 15-30.

องค์การอนามัยโลก. (2020). โรคโควิด 19 คืออะไร. เข้าถึงได้จาก : https://www.who.int/docs/defaultsource/searo/thailand/update-28-covid-19-what-we-know-june2020-thai.pdf?sfvrsn=724d2ce3_0. (15 สิงหาคม 2564)

องค์การอนามัยโลก. (2020). อสม.ไทยกว่าล้านคน หรือ “ผู้ปิดทองหลังพระ” ช่วยสอดส่องดูแลให้ชุมชนห่างไกลโควิด 19. เข้าถึงได้จาก : <https://www.who.int/thailand/news/featurestories/detail/thailands-1-million-village-health-volunteers-unsungheroes-are-helping-guard-communities-nationwide-from-covid-19-TH>. (15 สิงหาคม 2564)

Health focus. (2021). สธ.เตรียมรับมือ! หากแรงงานบางส่วนเดินทางกลับภูมิลำเนาจากการปิดแคมป์ กทม.ปริมณฑล และ 4 จ.ภาคใต้. เข้าถึงได้จาก : <https://www.hfocus.org/content/2021/06/22012>. (15 สิงหาคม 2564)

Luke Sy-Cheng Woon, et al. (2021). Quality of Life and Its Predictive Factors Among Healthcare Workers After the End of a Movement Lockdown: The Salient Roles of COVID-19 Stressors, Psychological Experience, and Social Support. *Frontiers in Psychology*, Vol.12. April 2021

Xiaoxiao Chen, et al. (2021). Quality of life during the epidemic of COVID-19 and its associated factors among enterprise workers in East China. *BMC Public Health*, 21:1370.



การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

THE DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY FOR RISK COMMUNICATION
OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS
IN MUEANG NONG KHAI DISTRICT, NONG KHAI PROVINCE

ณัฐกาญจน์ รียะบุตร^{1,*} และเพลาพิลาส โคตะพันธ์^{2,**}
Nattakan Riyaboot^{1,*} and Phlaophilas Khotaphan^{2,**}

Received : 25 February 2022, Received in revised form : 10 March 2022, Accepted : 15 March 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Paired samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.74 ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การใช้แผนที่ความคิด (Mind map) สํารวจแหล่งข้อมูลในชุมชน 2) การอ่านจับใจความสำคัญของใบความรู้และอินโฟกราฟิก 3) การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองฝึกทักษะการสื่อสาร

¹⁻² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, หนองคาย 43110

¹⁻² Nong Khai Provincial Public Health Office, Nong Khai 43110

Corresponding author; E-mail: Nattakan.ryb.@gmail.com*, proy.ploapilas@gmail.com**

4) การฝึกปฏิบัติเปรียบเทียบและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล 5) การเรียนรู้แบบโครงการฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค และ 6) การสร้างความตระหนัก ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง ก่อนนำไปใช้หรือส่งต่อให้ผู้อื่น และระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การสื่อสารความเสี่ยง, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

The research aimed to the development of health literacy for risk communication of coronavirus disease 2019 among village health volunteers in Mueang Nong Khai district, Nong Khai province. The study was divided into 3 phases, i.e., Phase 1: Studying the situation and health literacy for risk communication of coronavirus disease 2019 among village health volunteers; Phase 2: Creation and development of the health literacy promotion program for risk communication of coronavirus disease 2019 among village health volunteers; and Phase 3: Trial of the health literacy promotion program for risk communication of coronavirus disease 2019 among 35 village health volunteers. The research implementation took 8 weeks. The statistics data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired samples t-test.

The results showed that: The results showed that: Phase 1: The overall health literacy for risk communication of coronavirus disease 2019 was high (82.74). Phase 2: Creation and development of the health literacy promotion program for risk communication of coronavirus disease 2019 included the learning management plan of 6 activities, i.e., 1) mind map of data survey in communities, 2) reading comprehension of the worksheet and infographics, 3) scenario-based learning management, 4) practice of data comparison and reliability test, 5) learning the pattern of the self-management practice for disease control project, and 6) creating awareness of data verification before use or forwarding and, Phase 3: The results of the trial of the health literacy promotion program for risk communication of coronavirus disease 2019 among village health volunteers revealed that health literacy and readiness of village health volunteers toward



coronavirus disease 2019 surveillance and prevention during the post-trial was significantly higher than the pre-trial with statistically significant (P -value $< .05$).

Keywords : Health Literacy, Risk Communication, Coronavirus Disease 2019, Public Health Volunteers

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างจากโรคติดเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรค Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) หรือโรค Middle East Respiratory Syndrome (MERS) การแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างรวดเร็ว ทำให้อัตราป่วยสูงขึ้น และมีการแพร่กระจายเชื่อเป็นวงกว้างไปอย่างรวดเร็ว จังหวัดหนองคาย พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 8 กันยายน 2564 จำนวน 2,781 ราย แยกเป็นผู้ติดเชื้อในจังหวัด 946 ราย และนอกจังหวัด 1,772 ราย โดยรักษาหายแล้ว 2,084 ราย อยู่ระหว่างทำการรักษา 611 ราย มีผู้เสียชีวิต 23 ราย

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ประชาชนที่เป็นผู้ใช้แรงงานเคลื่อนย้ายหรือการเดินทางข้ามถิ่นไปมาเพื่อกลับภูมิลำเนา ส่งผลทำให้พื้นที่ในระดับหมู่บ้านเป็นพื้นที่รับความเสี่ยงจากการเคลื่อนย้ายของประชากร โดยกลุ่มบุคคลที่เป็นด่านแรกที่รับภาระในการติดต่อสื่อสารเพื่อควบคุมและยับยั้งการระบาด สืบค้นหรือค้นหาคัดกรอง แยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต ซึ่งบุคคลเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กัทรักษา บุรารักษ์, สุพรรณณี เบอร์เนล และกนกวรรณ เอี่ยมชัย, 2564) ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง

และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วย (1) การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับ Social Distancing ด้วยการออกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้และเผยแพร่สื่อความรู้แก่ประชาชน รวมถึงการให้ความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ ตามวิถีชุมชน (2) ร่วมสร้างมาตรการ Social Distancing ในชุมชนด้วยการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน ร่วมเป็นทีมตั้งด่านชุมชนให้ความรู้และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมเป็นทีมเฝ้าระวัง ติดตาม ตักเตือน แนะนำ ในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการฯ รวมถึงในกรณีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักกันตัวอยู่ที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมเป็นทีมเฝ้าระวัง ติดตามให้ผู้ถูกกักกัน และ (3) เป็นต้นแบบในการปฏิบัติตัวด้าน Social Distancing ให้กับประชาชนจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและทักษะในการสื่อสารความเสี่ยงในการเผยแพร่และกระจายข้อมูลข่าวสาร สร้างการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องและเพื่อให้เกิดความเข้าใจลักษณะของสิ่งคุกคามหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งความรุนแรงหรือผลลัพธ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนสำคัญในการสร้างและพัฒนาให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ถ้าหากความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

จะส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคน้อยลง รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เนื่องจากบุคคลไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ที่ถูกต้องทำให้ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนาทักษะทางด้านปัญญา (Cognitive Skills) และทักษะทางสังคม (Social Skills) ก่อให้เกิดแรงจูงใจของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ (กองสุศึกษา, 2561) กองสุศึกษา ดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้โดยติดต่อผ่านทางละอองฝอย ที่มีเชื้อไวรัสโคโรนาจากการไอ หรือจามรดกัน แล้วหายใจเอาเชื้อเข้าสู่ปอด รวมไปถึงการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ โดยที่มือสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย หรือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ธนบัตร โทรศัพท์ กลอนประตู สิ่งของต่าง ๆ เป็นต้น สอดคล้องกับมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ ใหม่ 2019 โดยให้ใช้หลักการป้องกันโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย และไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ หมั่นล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น รับประทานอาหารปรุงสุกร้อน รวมไปถึงหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่

แออัด และไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการหวัด ไอจาม หากเลี่ยงไม่ได้ ต้องป้องกันตนเองโดยใส่หน้ากากอนามัย (วรรณชน จันทรบึงญกุล, 2563)

ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และความเข้าใจต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อ เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ยั่งยืน ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัส



โควิด 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย มีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย จำนวน 2,413 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 363 คน จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน และผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1

คำตอบ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่น 0.86

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย บนพื้นฐานของข้อมูลจากการวิจัยระยะที่ 1 โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1

2. ผู้วิจัยร่างรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

4. ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสาร

ความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย มีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์

2. กลุ่มทดลองเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) ใช้โปรแกรมคำนวณของ G* ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Two Independent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนร้อยละ 30 คิดเป็น 8 คน นำมารวมกับ 27 คน จึงได้ทั้งหมด คิดเป็น 35 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

3. กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คืออายุระหว่าง 18-60 ปี มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงในระยะที่ 1 อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีความผิดปกติหรือภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว มีนงงพูดไม่ชัด เป็นต้น

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) มากที่สุด (5 คะแนน) มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่น 0.86

ตอนที่ 3 ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ทำทุกครั้ง (2 คะแนน) ทำบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ทำ (0 คะแนน) มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่น 0.82

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยการทำกิจกรรมรวมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนวิเคราะห์ และศึกษาแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามใบงานที่กำหนดให้ โดยผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และเพิ่มเติมประเด็นการเรียนรู้ รวมทั้ง



สรุปกิจกรรมกลุ่ม บันทึกการอภิปรายกลุ่ม และการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เช่น Google และ YouTube ด้วยคำว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019”

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้หมายเลขรับรอง NKPH 65/2564 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564

สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย จำนวน 342 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.50 อายุเฉลี่ย 49.97 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.43 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.15 ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100 รองลงมาคือ จากสื่อโซเชียล โทททัศน์ หอกระจายข่าว และจากแผ่นพับ/โปสเตอร์ ร้อยละ 99.12, 98.53, 86.84 และ 84.50 ตามลำดับ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.74 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.08 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.16 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเอง ร้อยละ 91.52 รองลงมา คือ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเผยแพร่ข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะความรู้และความเข้าใจ และทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 90.05, 88.30, 87.42, 85.96 และ 84.79 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

ความรอบรู้	ระดับสูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะความรู้และความเข้าใจ	294	85.96	36	10.52	12	3.50
ทักษะการเข้าถึง	308	90.05	24	7.01	10	2.92
ทักษะการสื่อสาร	299	87.42	29	8.47	14	4.09
ทักษะการตัดสินใจ	290	84.79	31	9.06	21	6.14
ทักษะการจัดการตนเอง	313	91.52	17	4.97	12	3.50
ทักษะการเผยแพร่ข้อมูล	302	88.30	26	7.60	14	4.09
ภาพรวม	283	82.74	55	16.08	4	1.16

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 และศึกษาหลักการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยพัฒนาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563) โดยโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 6 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การใช้แผนที่ความคิด (Mind map) สํารวจแหล่งข้อมูลในชุมชน

สัปดาห์ที่ 2 การอ่านจับใจความสำคัญของใบความรู้และอินโฟกราฟฟิก

สัปดาห์ที่ 3 การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองฝึกทักษะการสื่อสาร

สัปดาห์ที่ 4 การฝึกปฏิบัติเปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

สัปดาห์ที่ 5 การเรียนรู้แบบโครงการในการฝึกจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค

สัปดาห์ที่ 6 เกมสําระชับบอกต่อเพื่อสร้างความตระหนักในการตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนนำไปใช้หรือส่งต่อให้ผู้อื่น

สัปดาห์ที่ 7 ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาในสัปดาห์ที่ 1-6 และ

สัปดาห์ที่ 8 การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ชักถามปัญหากลุ่ม



ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.14 เพศชาย ร้อยละ 22.86 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 60 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.85 ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสื่อโซเชียลมีเดีย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100

2. การทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย พบว่า ก่อนทดลองใช้รูปแบบ ฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยง ฯ ในภาพรวม ระดับปานกลาง ร้อยละ 100 หลังการทดลองใช้รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ฯ ในภาพรวม ระดับสูง ร้อยละ 100

หลังการทดลองใช้โปรแกรม ฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมากกว่าก่อนการทดลอง 21.34 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 16.75-25.93, $p < .05$) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ทักษะความรู้ความเข้าใจ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ

มากกว่าก่อนการทดลอง 6.17 คะแนน (95% CI = 4.63-7.70, $p < .05$) ทักษะการเข้าถึง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง 2.88 คะแนน (95% CI = 2.11-3.65, $p < .05$) ทักษะการสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง 3.00 คะแนน (95% CI = 2.02-3.9, $p < .057$) ทักษะการตัดสินใจ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง 2.51 คะแนน (95% CI = 1.60-3.42, $p < .05$) ทักษะการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง 3.68 คะแนน (95% CI = 2.56-4.80, $p < .05$) ทักษะการเผยแพร่ข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง 3.08 คะแนน (95% CI = 2.07-4.09, $p < .05$) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

3. หลังทดลองใช้รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.71 เป็นร้อยละ 97.14 และคะแนนเฉลี่ยความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการทดลอง 0.14 คะแนน (95% CI = 0.01-0.26, $p = 0.031$) (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสาร ความเสี่ยง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและ หลังการทดลอง

ความรู้	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Difference	95% CI	t	p-value
	(n=35)		(n=35)					
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.				
ทักษะความรู้และความเข้าใจ	28.57	2.87	34.74	3.17	6.17	4.63-7.70	8.17	<.001*
ทักษะการเข้าถึง	14.65	1.57	17.54	1.82	2.88	2.11-3.65	7.60	<.001*
ทักษะการสื่อสาร	17.85	1.91	20.85	1.92	3.00	2.02-3.97	6.22	<.001*
ทักษะการตัดสินใจ	14.22	1.83	16.74	1.68	2.51	1.60-3.42	5.59	<.001*
ทักษะการจัดการตนเอง	19.37	2.25	23.05	2.07	3.68	2.56-4.80	6.70	<.001*
ทักษะการเผยแพร่ข้อมูล	18.85	2.40	21.94	2.11	3.08	2.07-4.09	6.22	<.001*
ภาพรวม	113.54	8.26	134.88	10.16	21.34	16.75-25.93	9.44	<.001*

* กำหนดให้นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Difference	95% CI	t	p-value
	(n=35)		(n=35)					
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.				
ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุข	1.72	0.32	1.86	0.18	0.14	0.01-0.26	2.25	<.031*

อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสาร ความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.74 เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ร้อยละ 100 รองลงมา คือ จากสื่อโซเชียล โทททัศน์ หอกระจายข่าว และจากแผ่นพับ/โปสเตอร์ ร้อยละ 99.12, 98.53, 86.84 และ 84.50 ตามลำดับ ทำให้ทราบแนวทางเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานการณ์ฉุกเฉินโดยให้ความรู้



ตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสถานที่ นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับ เภยจวรรณ บัวขุ่ม (2563) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าจิว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 45.74 คือ มีความรู้ด้านสุขภาพที่มากพอ และมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง อย่างไรก็ตามยังพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.08 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.16 ซึ่งไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรสาธารณสุขด้านหน้า และมีพลังที่สำคัญต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน การดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวทางการจัดระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีกิจกรรมที่สำคัญเช่น กิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยเคาะประตู การสำรวจสุขภาพตนเอง การสอนและให้ความรู้ประชาชน การวัดอุณหภูมิและสังเกตอาการเบื้องต้น การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผล การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันตนเอง เป็นต้น (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2563) ดังนั้น จึงควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มที่มีความรู้

ด้านสุขภาพระดับปานกลางและระดับต่ำ เพื่อให้มีทักษะความรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ด้านคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงของกลุ่มทดลองใช้รูปแบบ ๆ พบว่า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ทั้งนี้เนื่องจากว่ารูปแบบโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการกำหนดกรอบการอบรมที่ชัดเจน กิจกรรมการจัดการเรียนรู้มีหลายวิธี ได้แก่ การใช้แผนที่ความคิด (Mind map) สืบค้นแหล่งข้อมูลในชุมชน การอ่านจับใจความสำคัญของใบความรู้และอินโฟกราฟฟิค การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกปฏิบัติเปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูลที่นำเชื่อถือ การเรียนรู้แบบโครงการในการฝึกจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค และ เกมสักระชับบอกต่อเพื่อสร้างความตระหนักตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนนำไปใช้หรือส่งต่อให้ผู้อื่น โดยมีความเหมาะสมกับความสามารถของผู้เรียนครอบคลุมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการเผยแพร่ข้อมูล ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเรียนรู้และจดจำ เข้าใจ วิเคราะห์ สังเคราะห์ นำความรู้ไปใช้และประเมินค่า ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด หรือพฤติกรรมทางด้านสมองของบุคคล ในอันที่ทำให้มีความเฉลียวฉลาด มีความสามารถ

ในการคิดเรื่องราวต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ที่กล่าวว่า การสร้างแนวทางพัฒนาความฉลาด ต้องเริ่มจาก ทำให้บุคคลเกิดความรู้ การเสริมสร้างให้บุคคล เกิดทักษะในการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะ การสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการ ตนเอง และทักษะการเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งการมี ความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ก็เพียงพอต่อการ ดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เจ็บป่วย และจะส่งผลต่อ วิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

ด้านความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ อธิบายได้ว่า รูปแบบโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการ สื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้าน สุขภาพไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมมาก ยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับแนวคิดโมเดลความรู้ด้าน สุขภาพของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่า ความ รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของบุคคลที่ สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และ สื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความ ต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอด ชีวิต นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น เพียงพอที่จะทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถ ตนเอง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่าง ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อก้าวไปสู่เป้าหมายที่ตั้ง ไว้ได้สอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อ

เชื่อว่าการกระทำดังกล่าวก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ ต้องการและมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถ กระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองได้สำเร็จ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รจนารถ ชูใจ และ คณะ (2564) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า คณะแผนกสุขภาพพฤติกรรมป้องกันโควิด 19 ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โควิด 19 ($M=77.11, SD=8.210$) สูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรม ฯ ($M=76.60, SD=7.39$) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้อง กับวิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีสรวิชญ์ (2564) ศึกษาเรื่อง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการ ปฏิบัติงานตามบทบาท อยู่ในระดับมาก โดยด้าน การป้องกันโรคและด้านการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ ในการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปประยุกต์ใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ



หมู่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ หรือผู้นำชุมชนด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์โรคและภัยสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจากดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ

2.2 ควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์โรคและภัยสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. เข้าถึงได้จาก. <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/intro.php>. (14 มีนาคม 2564)

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563). *คู่มือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมอบประจำบ้าน*. เข้าถึงได้จาก: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dynmod/OSM_Doctor.pdf. (10 มีนาคม 2564)

กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รวมเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน*. นนทบุรี: บริษัทจันทนา จำกัด.

กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชน 15 ปี ขึ้นไป ฉบับปรับปรุง 2561*. นนทบุรี: บริษัทจันทนา จำกัด.

เบญจวรรณ บัวชุม. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจั่ว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 16(3), 49-58.

ภัทรา บุรารักษ์ สุพรรณณี เบอร์เนล และกนกวรรณ เอี่ยมชัย. (2564). *โครงข่ายอำนาจและกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อการสร้างความชอบธรรมระหว่างการระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

รจนารถ ชูใจ ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(1), 250-262.
- วรรณมน จันทรบึงญกุล. (2563). *การป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. เอกสารประกอบการบรรยายเวทีจุฬาเสวนา ครั้งที่ 23 เรื่อง ตระหนักดีกว่าตระหนก เรียนรู้และ ป้องกันโคโรนาไวรัส 2019. ภาควิชา กุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีศรีวิชัย. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมือง สุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสาร สังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(2), 304-318.
- ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดหนองคาย (ศบค.นค.). (2564). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nongkhai.go.th/covid>. (30 มิถุนายน 2564)
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. (1970). "Determining Sample Size for Research Activities". *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607 – 610
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-8





สัญลักษณ์และความหมาย การสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.)



“ความร่วมมือ ร่วมใจ ด้วยความหนักแน่นมั่นคง เสียสละด้วยจิตใจอันบริสุทธิ์
ระหว่างประชาชน ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อส่งเสริมสนับสนุน
ให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อประชาชน”

- ภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน หมายถึง ประชาชน ครอบครัว และชุมชน
- ภาพกลุ่มคนประสานมือล้อมภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน หมายถึง การประสานความร่วมมือของ
องค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน และองค์กรประชาชน เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเอง
ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ครอบครัว และชุมชน
- สีแดง หมายถึง เดือดเนื้อของชีวิตมนุษย์ เปรียบเสมือนการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งจะหล่อเลี้ยงให้ประชาชนมีสุขภาพดี
- สีน้ำเงิน หมายถึง ความยิ่งใหญ่ กว้างใหญ่ ความหนักแน่นมั่นคง