

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง
จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

RELATIONSHIP OF HEALTH LITERACY AND SELF-DEFENSE BEHAVIORS FROM THE
CORONAVIRUS DISEASE 2019 INFECTION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS MAECHAI
DISTRICT, PHAYAO PROVINCE



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

May 2022

Copyright 2022 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ของ วิจิตตรา หน่อแก้ว

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำเงิน จันทรมณี)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)



เรื่อง: ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ผู้ศึกษาค้นคว้า: วิจิตตรา หน่อแก้ว, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2564

อาจารย์ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำเงิน จันทร์มณี

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้การศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 300 ราย โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 84.7 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 64.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.7 จบการศึกษาสูงสุดระดับ มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 56.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 75.3 ซึ่งมีระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ในช่วงน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 42.7 เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 81.7 และช่องทางการรับข่าวสารจากสื่อออนไลน์มากที่สุด ร้อยละ 96.3 พบว่าปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพจากองค์ประกอบ 6 ด้าน มี 5 ด้านคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.01) ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจ ไม่มีความสัมพันธ์

Title: RELATIONSHIP OF HEALTH LITERACY AND SELF-DEFENSE BEHAVIORS FROM THE CORONAVIRUS DISEASE 2019 INFECTION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS MAECHAI DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

Author: Wichitra Norkaew, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2021

Advisor: Assistant Professor Namngern Chantaramanee

Keywords: Health Literacy, Self-Prevention Behavior, Village Health Volunteers (VHV), Coronavirus Diseases 2019

ABSTRACT

A cross-sectional study was used to perform this research. The purpose of this study was to examine the relationship between health literacy and self-prevention practices against coronavirus disease among 300 village health volunteers in Mae Chai District, Phayao Province, using a multistage sampling approach. Data was collected via questionnaires. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were used to analyze.

According to the study's findings, village public health volunteers were 84.7 percent female, 64.7 percent between the ages of 41 and 60, 80.7 percent married, 56.3 percent had secondary education or equivalent. 75.3 percent had a family average monthly income of fewer than 10,000 baht. 42.7 percent had a period of service of fewer than 10 years. 81.7 percent had received training, and 96.3 percent had received news from online media. Overall, health literacy was shown to be positively related to COVID-19 self-prevention behaviors ($r = 0.355$). Furthermore, access to information and health services, self-management, communication, media literacy, and decision-making were all found to be positively correlated with COVID-19 self-prevention behaviors (p -value = 0.001). As a result, community-based public health organizations should emphasize the promotion of health literacy so that village health volunteers can practice safe practices and prevent occupational infection.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือ แนะนำและให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.น้ำเงิน จันทรมณี และ ผศ.ดร.ประจวบ แผลมหลัก ประธานหลักสูตร ที่ให้ความกรุณา ตรวจสอบผลการวิจัยก่อนส่งตีพิมพ์ ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ถ่ายทอดความตั้งใจในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขให้เจริญก้าวหน้า และเกิดประโยชน์แก่สังคมสุขภาพ

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.ประจวบ แผลมหลัก ผศ.ดร.อนุกุล มะโนทน ผศ.ดร.สมชาย จาดศรี นพ.สุรพจน์ มุลยะเทพ และ ทพ.ชิตพันธ์ อวนมินทร์ ที่ได้ให้ความกรุณาและอนุเคราะห์ในการตรวจความเที่ยงของเครื่องมือของแบบสอบถาม รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขให้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ใจ สาธารณสุขอำเภอแม่ใจ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ ที่อำนวยความสะดวกและให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าไปเก็บข้อมูล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายนี้ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้การอุปการะอบรมเลี้ยงดู ตลอดจนส่งเสริมการศึกษาและให้กำลังใจเป็นอย่างดี ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา และขอขอบพระคุณเจ้าของเอกสารและงานวิจัยทุกท่าน ที่ผู้ศึกษาค้นคว้าได้นำมาอ้างอิงในการทำวิจัย จนกระทั่งงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี หากมีข้อบกพร่องหรือผิดพลาดประการใด ผู้ศึกษาขออภัยเป็นอย่างสูง

วิจิตตรา หน่อแก้ว

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| กิตติกรรมประกาศ | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| สารบัญภาพ..... | ฎ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ | 3 |
| คำถามการวิจัย | 4 |
| ขอบเขตการวิจัย | 4 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย | 5 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ | 6 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้ | 6 |
| บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 8 |
| ความรู้เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | 8 |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019..... | 23 |
| แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ..... | 40 |
| แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม | 45 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 48 |
| บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย | 53 |

| | |
|---|----|
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 53 |
| เครื่องมือในการวิจัย..... | 56 |
| วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล | 61 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 61 |
| จริยธรรมการวิจัย | 62 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 63 |
| ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | 63 |
| ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | 65 |
| ตอนที่ 3 ระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019..... | 72 |
| ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง | 75 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 78 |
| สรุปผลการศึกษา..... | 79 |
| อภิปรายผลการศึกษา | 81 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 84 |
| บรรณานุกรม | 86 |
| ประวัติผู้วิจัย | 91 |

สารบัญตาราง

หน้า

| | |
|---|----|
| ตาราง 1 องค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ..... | 44 |
| ตาราง 2 จำนวนประชากรแบ่งตามลักษณะเชิงภูมิศาสตร์และพื้นที่การบริหารจัดการ | 55 |
| ตาราง 3 ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน..... | 55 |
| ตาราง 4 เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 56 |
| ตาราง 5 เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งเป็น 3 ระดับ..... | 57 |
| ตาราง 6 สรุปคะแนนรวม ขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ | 59 |
| ตาราง 7 เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน..... | 60 |
| ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... | 63 |
| ตาราง 9 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ | 65 |
| ตาราง 10 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ..... | 66 |
| ตาราง 11 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการจัดการตนเอง | 67 |
| ตาราง 12 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการสื่อสารสุขภาพ | 68 |
| ตาราง 13 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ..... | 69 |
| ตาราง 14 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการตัดสินใจ | 70 |

| | |
|--|----|
| ตาราง 15 ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | 71 |
| ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง ในชีวิตประจำวันเป็นรายข้อ | 72 |
| ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง จากการ ปฏิบัติงานเป็นรายข้อ | 74 |
| ตาราง 18 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง | 75 |
| ตาราง 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 76 |
| ตาราง 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายด้าน | 77 |



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....5



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไวรัสโคโรนา (Coronavirus) เป็นไวรัสที่ถูกพบครั้งแรกในปี 1960 (ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) เป็นไวรัสที่สามารถติดเชื้อได้ทั้งมนุษย์และสัตว์ ปัจจุบันที่ค้นพบมีทั้งหมด 6 สายพันธุ์ สายพันธุ์ที่กำลังแพร่ระบาดหนักทั่วโลกตอนนี้เป็นสายพันธุ์ที่ 7 ซึ่งยังไม่เคยพบมาก่อนจึงถูกเรียกว่าเป็น “ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่” และในภายหลังได้ถูกตั้งชื่ออย่างเป็นทางการว่า “โควิด-19” (COVID-19) โดยองค์การอนามัยโลก ย่อมาจาก “coronavirus disease starting in 2019” หรือโรคไวรัสโคโรนาที่เริ่มต้นในปี 2019 (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2564)

องค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ไข้ ไอ และอ่อนเพลีย รองลงมาคือ ปวดเมื่อย คัดจมูก น้ำมูกไหล เจ็บคอ ท้องเสีย ลื่นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น ผื่นตามผิวหนังหรือสีผิวเปลี่ยนตามนิ้วมือ นิ้วเท้า อาการเหล่านี้มักจะไม่รุนแรง ผู้ติดเชื้อส่วนมาก (ร้อยละ 80) อาการไม่รุนแรงสามารถหายป่วยได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่ง 1 ใน 5 ของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่มีอาการรุนแรงและหายใจลำบาก จะเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และมะเร็ง ซึ่งในขณะนี้ยังไม่มียารักษาที่เฉพาะเจาะจง ณ วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) (WHO, 2020) และแนะนำทุกประเทศเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ซึ่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติของไทย ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นลักษณะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) (WHO, 2020) และข้อมูลวันที่ 9 มกราคม 2564 มีรายงานผู้ติดเชื้อจำนวน 89,426,366 ราย เสียชีวิต 1,923,437 ราย ทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นถึง 865,388 รายต่อวัน มีอัตราการเสียชีวิตทั่วโลกถึง ร้อยละ 2.15 ประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นอกพื้นที่สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 (WHO, 2020) โดยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประเทศไทย วันที่ 9 มกราคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสมรวมทั้งสิ้น 10,053 ราย รักษาหาย

5,546 ราย และผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิต 67 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 0.67 (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) วันที่ 3 เมษายน 2563 รัฐบาลมีนโยบายให้คนไทยที่เดินทางมาจากต่างประเทศต้องรับการกักตัวในสถานที่ที่รัฐจัดให้ (State quarantine) เป็นเวลา 14 วัน และจังหวัดพะเยา ข้อมูลเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2564 เวลา 12.00 น. จังหวัดพะเยา มีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 4 ราย เสียชีวิต 1 ราย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2563) ส่วนแต่เป็นผู้ที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ทำให้เกิดนโยบายต่าง ๆ ของรัฐในการควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส รวมทั้งใช้มาตรการต่าง ๆ เช่น มาตรการตรวจคัดกรอง แยกกัก กักกัน หรือคุมไว้สังเกตอาการ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคจากผู้เดินทางมาจากนอกราชอาณาจักร รวมทั้งรณรงค์ การกระจายข่าวสารความเสี่ยงกับประชาชน กรณีจำเป็นต้องพบปะผู้อื่น ให้สวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า รักษาระยะห่าง 1-2 เมตร ใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด หมั่นล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นและงานเชิงรุกในการติดตามควบคุม ค้นหาผู้ป่วยในระดับหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ที่สำคัญและเป็นกำลังหลักในการสื่อสารให้กับคนในหมู่บ้าน เข้าถึงครัวเรือน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับงานควบคุม ป้องกันโรคติดต่อในชุมชนตลอดมา อสม. เป็นบุคลากรสาธารณสุขด้านหน้า ที่มีความสำคัญในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนภายใต้แนวทางการจัดระบบอสม. (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งรัฐได้จัดตั้งโครงการ “อสม. เคาะประตูบ้าน” กับโครงการ “ค้นให้พบจบใน 14 วัน” (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) เจ้าหน้าที่หลักคือ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานร่วมกันทั่วประเทศ อสม. ถือเป็นบุคลากรด้านหน้าทำงานหนัก ทั้งค้นหากลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวังติดตาม กักตัวบุคคล ให้ความรู้ประชาชน เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ อสม. จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง หากติดเชื้อจะมีโอกาสแพร่เชื้อในชุมชนสูงเช่นกันและมีแนวทางอย่างไรให้ อสม. ปลอดภัยจากการปฏิบัติหน้าที่รวมถึงความรอบรู้ในการเฝ้าระวังโรคโคโรนาไวรัส 2019

เป็นที่ทราบกันว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่ำ (limited health literacy) หรือไม่เพียงพอ จะพบว่ามีปัญหาด้านการรับรู้ การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ Nutbeam (2008) ได้อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคลทางด้านสังคม การคิดวิเคราะห์ แรงจูงใจ การเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และการใช้สื่อสารสนเทศด้านสุขภาพ ตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) อธิบายว่าความรอบรู้

ด้านสุขภาพ วัดจากองค์ประกอบ 6 ด้าน ที่สะท้อนจากคุณลักษณะและพฤติกรรม คือ ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจและการจัดการตนเอง ดังนั้น การเสริมสร้างบุคคลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการสุขภาพ มีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จะมีผลต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ทำให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคล ต่อชุมชน และสังคมที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมมีสาเหตุสำคัญมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจากที่อ่านมายังไม่เคยมีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเป็นทางการทำให้ขาดข้อมูลที่จะสนับสนุนผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการส่งเสริมการป้องกันโรคให้กับ อสม. ผลการศึกษาสามารถนำไปวางแผนเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคระบาดอื่น ๆ ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา อยู่ในระดับใด
2. พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา อยู่ในระดับใด
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา หรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยาซึ่งได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในฐานะนำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนอยู่ในพื้นที่ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 1,087 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2564)

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้มุ่งศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่

2.1.1 ปัจจัยข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย

- 1) เพศ
- 2) อายุ
- 3) สถานะภาพ
- 4) การศึกษา

5) รายได้เฉลี่ย

6) ระยะเวลาการเป็น อสม.

7) การผ่านการอบรมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

8) ช่องทางการรับข่าวสารโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1) ความรู้ ความเข้าใจ

2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

3) การสื่อสาร

4) การจัดการตนเอง

5) การตัดสินใจ

6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

2.2.1 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประกอบด้วย

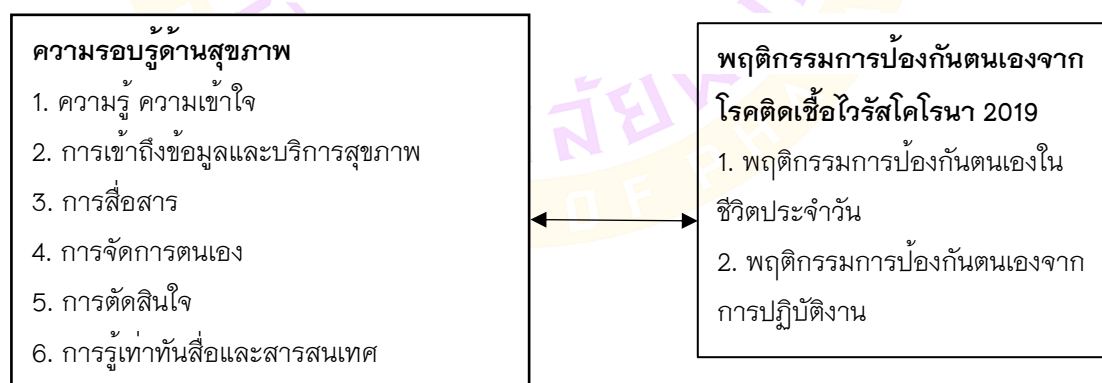
1) พฤติกรรมการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวัน

2) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม–30 สิงหาคม 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ความรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ความสามารถของ อสม. ในการป้องกันตนเอง จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 6 ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ

1.1 ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การติดต่อ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเลือกแหล่ง ของข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เชื่อถือได้และตรวจสอบความ น่าเชื่อถือของข้อมูลจากหลายแหล่ง

1.3 การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร ชี้แนะเรื่องสุขภาพต่อบุคคล ในครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน

1.4 การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมา ปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

1.5 การตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการเลือกปฏิเสธ หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะนำไปสู่ การแพร่กระจายของเชื้อ และเลือกการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบ ความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำเสนอ มีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะ แนวทางให้กับชุมชนและสังคม

2. **พฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวเองในการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย

2.1 พฤติกรรมกำป้องกันตนเองในชีวิตประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติตัวเอง ในการป้องกันตนเองในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน

2.2 พฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน หมายถึง การปฏิบัติตัวเอง ในการป้องกันตนเองในการทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้

1. รับทราบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

สามารถนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นไป

2. สามารถนำข้อมูลที่ได้ ไปใช้ในการทำวิจัยรูปแบบอื่น ๆ เช่น การพัฒนาโปรแกรม
การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพิ่มพูน
ทักษะในด้านต่าง ๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยแล้วแบ่งการนำเสนอออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ให้ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน ในละแวกบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทและหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำของการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change agents) ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) แนะนำเผยแพร่ความรู้ วางแผนและประสานกิจกรรมสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุข เช่น รักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาหรือเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกันโรค การส่งต่อผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

สำหรับการรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน ชุมชน กำหนดจำนวน อสม. ในหมู่บ้านหรือชุมชน เฉลี่ย อสม. 1 คน รับผิดชอบ 1-15 หลังคาเรือน

1. คุณสมบัติของ อสม.

- 1.1 อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
- 1.2 มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่จะเป็น อสม. ไม่ต่ำกว่าหกเดือน
- 1.3 มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้

- 1.4 สม่ครใจและเสี่ยสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
- 1.5 ประสงค์จะเข้าร่วมดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
- 1.6 มีความประพฤติอยู่ในศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจจากประชาชน
- 1.7 มีสุขภาพดีทั้งกายและใจและเป็นแบบอย่างด้านพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ
- 1.8 มีเวลาและเสี่ยสละทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การฝึกอบรม อสม. ใหม่ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ อสม. ที่คัดเลือกเข้ามาใหม่ มีความรู้ความสามารถ มีทัศนคติที่ดีและสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

วิธีการอบรม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ มีทั้งการให้ความรู้ทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ และมีการประเมินผล อสม. ทุกคนต้องมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้

2. บทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน

- 2.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
 - 2.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน แคนนำสุขภาพ ในเรื่องต่าง ๆ
- 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน
- 2.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การติดตาม การส่งต่อผู้ป่วย การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ถูยงอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เป็นต้น
 - 2.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน (ศสมช.) ในการจัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของหมู่บ้านชุมชน และให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน
 - 2.5 เผ่าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ในเรื่องโภชนาการขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โดยติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและการเผ่าระวังเรื่องโรคประจำถิ่น เป็นต้น
 - 2.6 เป็นผู้นำในการวางแผน แก้ปัญหาและพัฒนาหมู่บ้านกับชุมชนโดยใช้งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข และจากแหล่งอื่น ๆ
 - 2.7 เป็นแกนนำชักชวนคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน จปฐ. และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

2.8 คุณลักษณะพิเศษด้านสาธารณสุขของคนในชุมชน เป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชนและองค์กรอื่น ๆ กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน

3. บทบาทและหน้าที่ของ อสม. ตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม.

- 3.1 สามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
- 3.2 สามารถเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค
- 3.3 สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
- 3.4 สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชน สังคมให้ตื่นตัว รับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมของชุมชน
- 3.5 สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 3.6 สามารถสร้างจิตสำนึกเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชน
- 3.7 สามารถสร้างโอกาสแก่เด็ก เยาวชน แกนนำ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน

4. บทบาทและหน้าที่ของ อสม. ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข(เชิงรุก)

- 4.1 ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน
- 4.2 เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน โดยแผนสุขภาพตำบลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และหนุ่นการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน รพ.สต.
- 4.3 เป็นทูตไอโอดีนในการให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ตรวจสอบสารไอโอดีนในเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคเกลือไอโอดีน

5. บทบาท อสม.ยุคใหม่

- 5.1 ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก มุ่งเสริมบทบาท อสม. ให้ปฏิบัติงานเชิงรุกเพื่อเสริมสร้างสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นและชุมชน โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง
- 5.2 สร้างความร่วมมือ เน้นการทำงานเป็นที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยใช้แผนสุขภาพตำบล ในการแก้ไขปัญหาผ่านเวทีหรือทำข้อตกลงในการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมกัน

5.3 พัฒนาบทบาทขององค์กร อสม. เป็นแกนนำหลักในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล ขับเคลื่อนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

5.4. สร้างมาตรการทางสังคม มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันของคนในชุมชนเรื่องการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน

6. บทบาท อสม. ในการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคเชิงรุก

การสาธารณสุขมูลฐาน อสม. และการขยายขอบข่ายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ให้แก่เด็กให้ทั่วถึงทั้งในเขตเมืองหรือชุมชนของประเทศไทย เกิดขึ้นในระยะเวลาใกล้เคียงกัน กล่าวคือในปี 2520 โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้เด็ก หรือชื่อย่อ ๆ ว่า อีพีไอ (EPI) ได้เริ่มดำเนินการ ในขณะเดียวกันนั้น ประเทศไทยได้เริ่มศึกษาวิจัยทดลองให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองและเพื่อนบ้าน ด้วยการฝึกอบรม อสม. เพื่อปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานด้วยการช่วยเหลือกันเองภายในหมู่บ้าน ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ประกาศใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพและพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานโดยมี พสส. และ อสม. เป็นกลไกสำคัญในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชน และประเทศไทยได้กำหนดให้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อกันเป็นองค์ประกอบสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงปัจจุบัน โดยให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ และนัดหมายเจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการแก่ประชาชนตามจุดต่าง ๆ และชี้แจงให้ทราบว่าในหมู่บ้านมีโรคอะไรที่เป็นปัญหา เช่น โรคพยาธิโรคอุจจาระร่วง ไข้เลือดออก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษา การป้องกัน และการควบคุม ซึ่งก็เกิดผลดีตามลำดับ ทำให้ประเทศสามารถดำเนินการให้วัคซีนได้ครอบคลุม การเกิดโรคระบาดลดความรุนแรงลง และหลายโรคไม่เกิดขึ้นอีกในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สภาวะทางสังคมและการดำเนินชีวิตของมนุษย์ได้เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมและบริบท ทำให้พบปัญหาโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่ต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย อาทิ โรคซาร์ โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่ โรคมือเท้าปาก รวมทั้งโรคที่ป้องกันได้กลับมามีอุบัติซ้ำ หลังจากที่ห่างหายไปนานจากประเทศไทย อาทิ วัณโรค และโรคคอตีบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรงและยังกระทบถึงระบบสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงมีการเตรียมความพร้อมรับปัญหาทางด้านโรคติดต่อ ที่เป็นปัญหาใหม่ และปัญหาเดิมที่อุบัติซ้ำ ด้วยการจัดระบบเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคเชิงรุก โดยชุมชนเพื่อชุมชน เนื่องด้วยการเฝ้าระวัง คือ พลังของประชาชน เพื่อประชาชน ด้วยการเฝ้าระวัง ค้นหา เก็บข้อมูล สังเกตการณ์สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวหรือรอบชุมชนและหมู่บ้าน โดยผ่านเครือข่าย

ที่มีการเชื่อมโยงกันในการประสานงานกันภายในแต่ละหมู่บ้านและการประสานงานระหว่างหมู่บ้านที่จะใช้ความเป็นพี่เป็นน้องอาศัยซึ่งกันและกัน ในการสร้างความปลอดภัยให้กับประชาชนในหมู่บ้านของตนเองและหมู่บ้านรอบ ๆ ด้วยในปัจจุบัน อสม. เป็นกำลังหลักในการเฝ้าระวังโรคเชิงรุกในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรค ภาคประชาชนในชุมชน ได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนฝ่ายปกครองท้องถิ่น แกนนำชุมชน องค์กรอาสาสมัครต่าง ๆ ในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ในที่นี้จะนำเสนอขั้นตอนดำเนินการบทบาท อสม. ในการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคเชิงรุก กรณีการเฝ้าระวังโรคคอตีบเชิงรุกซึ่ง อสม. และเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน สามารถนำไปประยุกต์ในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคอุบัติใหม่และโรคติดต่ออื่น ๆ รวมถึงภัยสุขภาพต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. การเฝ้าระวังโรคและระบบเฝ้าระวังของชุมชน

7.1 การเฝ้าระวังโรค คือ การรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ สังเกต และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ แปลผล รายงานผล ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว ทันเวลา สม่ำเสมอ และใช้ประโยชน์ข้อมูลจากการเฝ้าระวังในการวางแผนควบคุมโรค การดำเนินการควบคุมโรคและการประเมินผลการควบคุมป้องกันโรค

7.1.1 จุดประสงค์ของการเฝ้าระวังโรค

1) เพื่อค้นหาโรค ทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของการเกิด การกระจาย และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโรค ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การได้รับวัคซีนของประชากร การศึกษาระดับภูมิคุ้มกันโรค ประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค กำหนดขอบเขตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีพ (life style) พฤติกรรมอนามัย สิ่งแวดล้อม แมลงหรือพาหะนำโรคที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรคในชุมชนและการระบาดของโรคได้ทันท่วงที จะได้ดำเนินการควบคุมและป้องกันได้ตามทิศทางโรค

2) เพื่อควบคุมและป้องกันโรค โดยการให้ความรู้ ทำลายแหล่งโรค หรือสร้างภูมิคุ้มกัน

3) เพื่อยืนยันสถานภาพปลอดโรค โดยสามารถระบุพื้นที่นี้ปลอดภัย พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่ดำเนินการเข้มข้น

4) เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผน การศึกษา การวิจัยพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรค ทำไมจึงมีการเกิดโรค มีวงจรการเกิดอย่างไร

7.1.2 ประโยชน์ของการเฝ้าระวัง

1) ตรวจพบปัญหาโรคได้ทันและช่วยบอกลำดับความสำคัญของปัญหา

2) ได้ข้อมูลในการวางแผนงาน โครงการของชุมชนและเป็นแนวทางในการควบคุมโรคป้องกันโรคและรักษาพยาบาล ค้นหาสาเหตุของโรคและสาเหตุการระบาดของโรค

3) ข้อมูลการเฝ้าระวังเป็นแนวทางในการประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคและโปรแกรมทางสุขภาพอนามัยอื่น ๆ

7.1.3 องค์ประกอบหลักของการเฝ้าระวัง คือ การรวบรวม บันทึก วิเคราะห์ ข้อมูล เผยแพร่ รายงานผลและการดำเนินการควบคุมโรค

7.1.4 กิจกรรมหลักของการเฝ้าระวังโรค คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผล และการกระจายข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบและนำไปใช้ประโยชน์

7.1.5 ขั้นตอนการเฝ้าระวัง (รังสิมา พัสระ, 2558)

1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) เป็นขั้นตอนเริ่มต้นของระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุข เป็นขั้นตอนที่ต้องใช้ต้นทุนสูงกว่าขั้นตอนอื่น ๆ มีความยุ่งยากในการบริหารจัดการ ที่สำคัญในขั้นตอนนี้ คือ การระบุว่าใครจะเป็นผู้ที่มีหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลหรือตัวแปรอะไรบ้างที่ต้องจัดเก็บ วิธีการลงข้อมูลในแบบฟอร์มหรือระบบฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งการจัดส่งข้อมูล ไปยังหน่วยงานที่มีระดับสูงขึ้นไปในระยะเวลาที่กำหนด ช่องทางการส่งข้อมูล เช่น Internet E-mail (เรื่องด่วนใช้โทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร) รวมทั้งต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและแก้ไขให้ถูกต้อง และจัดหมวดหมู่ข้อมูลก่อนส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่น โดยมากผู้ที่มีหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่ประจำ ณ สถานบริการที่ผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน โดยเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มที่มีการกำหนดหรือออกแบบในแต่ละปัญหาสุขภาพ

แนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลของระบบเฝ้าระวังโดยทั่วไปจะต้องคำนึงถึงคุณภาพของข้อมูล กล่าวคือ ระบุโรคได้อย่างถูกต้องตามคำจำกัดความของโรค มีวิธีการและรูปแบบการเก็บข้อมูลที่เหมือนกันจากทุกแหล่งที่มาของข้อมูล ข้อมูลที่ได้ต้องมีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีความสำคัญต่อคุณภาพของข้อมูล การเฝ้าระวัง ดังนั้นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้

1.1) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) โดยมากการเก็บข้อมูลในระบบเฝ้าระวังนี้ เป็นหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ประจำ จึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่เก็บข้อมูลมีความสนใจและตั้งใจในการเก็บข้อมูล อาจทำได้โดยการให้ข้อมูลของโรคที่เป็นปัญหาต่อ

งานสาธารณสุขหรือเสนอแนะวิธีการมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์จากการเก็บข้อมูล เช่น การทำวิจัยทางระบาดวิทยาเพื่อเป็นผลงานวิจัยของเจ้าหน้าที่เอง

1.2) ระบบการเก็บข้อมูลมีความง่ายในการเก็บ (Easy of data collection) แบบฟอร์มรายการรายงานชัดเจน ตัวแปรไม่มากเกินไป

1.3) คำจำกัดความของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Case definition) ควรจะต้องเป็นคำจำกัดความที่ไม่ยุ่งยาก เข้าใจได้ง่าย เป็นที่ยอมรับของนักวิชาการ คำจำกัดความของโรคนั้นควรมีความจำเพาะและมีมาตรฐาน

1.4) ระยะเวลา (Timeliness) การส่งข้อมูลต่อหน่วยงานในระดับสูงขึ้นไป ต้องมีการระบุไว้อย่างชัดเจนว่าจะต้องส่งข้อมูลเมื่อใดและต้องทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น การรายงานโรคติดต่อปกติทุก 15 วัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุก 3 เดือน วิธีการเพิ่มความรวดเร็วในการส่งข้อมูล คือ การใช้ระบบเชื่อมโยงข้อมูล (data link) ด้วยระบบคอมพิวเตอร์หรืออินเทอร์เน็ต ซึ่งหน่วยงานจะต้องมีการลงทุนเกี่ยวกับระบบการเชื่อมโยงข้อมูลเหล่านี้ รวมทั้งการอบรมการใช้โปรแกรมต่าง ๆ ในการบันทึกข้อมูลและการจัดส่งให้กับผู้เก็บข้อมูล

1.5) ความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่รายงาน (Completeness) การรายงานโรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่รับผิดชอบ ในกรณีที่โรคนั้นเป็นโรคที่เกิดขึ้นน้อย การรายงานจำนวนผู้ป่วยให้ครบถ้วนทุกรายมีความจำเป็นมาก เพราะถ้าขาดหายก็จะมีผลต่อขนาดของโรคที่แท้จริงได้ ส่วนโรคที่เกิดขึ้นอยู่เป็นประจำ ความครบถ้วนของการรายงานจะไม่เข้มงวดมากนัก เพราะการขาดหายของข้อมูลการป่วยบางอย่างอาจไม่ทำให้แนวโน้มของโรคเปลี่ยนแปลงจนมีผลต่อนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันควบคุมโรค ในกรณีที่ระบบเฝ้าระวังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ (Systematic changes) เช่น การเปลี่ยนแปลงคำจำกัดความของโรค วิธีการวินิจฉัยโรคหรือมาตรการการรายงานโรค ก็จะต้องมีการแจ้งหรือระบุให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังทราบและเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เพราะอาจมีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลข้อมูลที่ผิดพลาด ซึ่งอาจมีผลต่อการนำข้อมูลไปใช้ได้

2) วิธีการวิเคราะห์ (Data analysis) เป็นการนำข้อมูลมาประมวลเข้าด้วยกันตามประเด็นต่าง ๆ ของตัวแปรที่มีอยู่ โดยใช้วิธีการทางสถิติ เพื่อแสดงลักษณะของประชากร ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 2 ประการ คือ

2.1) เปรียบเทียบสถานการณ์ขนาด (Magnitude) ของโรคที่สนใจ ณ เวลาปัจจุบันที่เก็บข้อมูล (current data) กับขนาดของโรคที่คาดหวัง (Expected) เช่น พื้นที่เดียวกัน

แต่ต่างเวลาหรือการเกิดโรคในเวลาเดียวกันแต่ต่างพื้นที่ เพื่อแสดงให้เห็นความแตกต่างของการเกิดโรคและวิเคราะห์หาสาเหตุของความแตกต่างดังกล่าว

2.2) การวิเคราะห์เพื่อแสดงให้เห็นถึงรูปแบบของการเกิดโรค (pattern of disease) โดยวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยจำแนกตามลักษณะของบุคคลที่ป่วย (Person) ส่วนมากเป็นข้อมูลพื้นฐานของบุคคล เช่น อายุ เพศ อาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยจำแนกตามสถานที่ (Place) จะแสดงให้เห็นว่าการติดต่อของโรคเริ่มเกิดขึ้นที่ใด เป็นข้อมูลสำหรับการระบุพื้นที่เสี่ยงต่อการติดต่อ (แหล่งเชื้อโรค) เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคต่อไป วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยจำแนกตามเวลาป่วย (Time) ส่วนมากจะเป็นข้อมูลของเวลาที่เริ่มมีอาการและแสดงอาการ เพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง มีความสำคัญเพราะการนำเสนอที่ดีจะต้องคำนึงถึงวิธีการนำเสนอที่ถูกต้อง เหมาะสม กับชนิดของตัวแปร อาจนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของ ตาราง กราฟ แผนที่ ขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อมูล การนำเสนอจะต้องเข้าใจง่าย ผู้อ่านสามารถนำไปใช้เพื่อการปฏิบัติงานได้

3) การแปลผล (Interpretation of data) เป็นการนำผลการวิเคราะห์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาแล้วให้ข้อสรุปหรือการวินิจฉัยที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในแง่ของความเป็นไปได้ตามหลักระบาดวิทยาและชีวสถิติ หลังจากการเก็บข้อมูลการป่วย จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และแปลข้อมูล เพื่อการเผยแพร่ไปสู่ผู้ที่สนใจในลักษณะต่าง ๆ ข้อเท็จจริงและปัญหาสาธารณสุขที่ได้จากระบบเฝ้าระวัง

4) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร (Dissemination) ผู้ผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูล (Who need to know) มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อเป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร (inform) เพื่อเป็นการกระตุ้น (stimulate)

4.1) การเผยแพร่เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคที่มีการแจกแจงตามลักษณะของ บุคคล เวลา และสถานที่ ของการเกิดโรค ส่วนมากเป็นการรายงานเพื่อให้ผู้ที่ต้องเผชิญกับปัญหาในพื้นที่ ใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุข หรือใช้เป็นข้อมูลเพื่อวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรต่อไป

4.2) การเผยแพร่เพื่อการกระตุ้น คือการเผยแพร่ข้อมูลให้กับผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูลมีการตอบสนองและให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูลมากยิ่งขึ้น ช่องทางการเผยแพร่ควรจะเข้าถึงง่ายและได้รับข้อมูลข่าวสารตามระยะเวลาที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ

7.1.6 กิจกรรมที่เกิดจากการเฝ้าระวังโรค คือ การควบคุมการระบาดหรือแก้ไข ปัญหาเฉพาะหน้า การทบทวน ปรับแผนการปฏิบัติงาน การวางแผนปฏิบัติงานและการกำหนด นโยบาย ยุทธศาสตร์หรือทิศทางของงาน

7.1.7 ชนิดของการเฝ้าระวังทางด้านสาธารณสุข

1) การเฝ้าระวังเชิงรับ จะมีการดำเนินการมากที่สุด วิธีการดำเนินการ มักใช้แบบฟอร์มการรายงานโรคที่เป็นมาตรฐานกระจายไปตามสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล รพ.สต. เป็นต้น หลังจากนั้นก็ให้บุคลากรเป็นผู้กรอกข้อมูลและรายงานโรค มายังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล การทำแบบนี้จะทำให้ความครบถ้วนสมบูรณ์ ของข้อมูลของผู้ป่วยมักจะต่ำ แต่ระบบการเฝ้าระวังเชิงรับเป็นระบบที่มีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด

2) การเฝ้าระวังเชิงรุก จะได้ข้อมูลของผู้ป่วยค่อนข้างครบถ้วน สมบูรณ์ แต่การดำเนินการมักมีค่าใช้จ่ายสูง อาทิการสำรวจพื้นที่ (X-ray) รับผิดชอบโดย อสม.

3) การเฝ้าระวังตามกลุ่มเสี่ยง จะเป็นการดำเนินการรายงานโรคเฉพาะกลุ่ม ของสถานบริการสาธารณสุขหรือผู้ที่รายงานโรคที่เลือกขึ้นมาอย่างเฉพาะ เจาะจง

4) การเฝ้าระวังแบบพิเศษ จะเป็นระบบการดำเนินการเฝ้าระวัง เป็นกรณีพิเศษ โดยอาจจะตั้งเพื่อติดตามดูผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการที่มีการดำเนินการอยู่ เช่น การเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมกับโครงการตรวจเต้านมด้วยเครื่องตรวจเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น

7.2 การควบคุมโรค หมายถึง การลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรค ด้วยมาตรการแทรกแซงต่าง ๆ เพื่อหยุดยั้งการเกิดโรคไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม รวมทั้งการหยุดยั้ง กระบวนการที่จะเกิดตามมาจากเกิดการเกิดโรค การควบคุมโรคนั้นสามารถทำให้สำเร็จได้ โดยการ ให้การรักษาโรคนั้น ๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ผลที่ตามมา จะเป็นการลดความชุกของโรค แต่หากเพิ่มมาตรการป้องกันโรคด้วย จะเป็นการลดทั้งเหตุการณ์ ของการเกิดโรคและความชุกของโรคไปในคราวเดียวกัน ปัจจุบันการควบคุมโรคโดยการป้องกัน มีความสำคัญมากขึ้นทุกขณะเพราะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายขึ้น ก่อนที่จะมีการระบาดของโรค

7.3 การป้องกันโรค หมายถึง วิธีการหรือมาตรการที่นำมาใช้เพื่อช่วยให้ไม่เกิดโรค หรือการกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ รวมทั้ง ป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมากขึ้น ในกรณีที่เกิดเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว การป้องกันไม่ให้ กลับมาเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยเป็นโรคแล้ว ทั้งนี้หมายรวมถึงการขจัดและยับยั้ง การเกิดโรครวมถึงการประเมินและการรักษาเฉพาะ เพื่อจัดความก้าวหน้าของโรคในทุกๆระยะ

(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) การป้องกันโรคแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

7.3.1 การป้องกันโรคระดับแรก หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงการปกป้องและต่อต้านการเกิดเฉพาะโรค ได้แก่ การให้สุขศึกษา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การพัฒนาบุคลิกภาพ การทำงาน การพักผ่อน และนันทนาการ การได้รับคำปรึกษากับการแต่งงานและเรื่องเพศ การคัดกรองพันธุกรรม การตรวจสุขภาพ

7.3.2 การป้องกันโรคระดับที่สอง หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของโรคและได้รับการรักษาทันเวลาที่ ความรุนแรงของโรคที่เป็นมีระยะเวลาสั้นสามารถกลับสู่สภาวะของการมีสุขภาพดีได้อย่างรวดเร็ว

7.3.3 การป้องกันโรคระดับที่สาม หมายถึง ระดับที่ไม่เพียงแต่หยุดการดำเนินของโรคเท่านั้น แต่จะต้องป้องกันความเสื่อมสมรรถภาพอย่างสมบูรณ์ จุดประสงค์ก็คือให้กลับสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่า

7.4 ระบบการเฝ้าระวังโรคของชุมชน

7.4.1 ระบบเฝ้าระวังโรคของชุมชน (community-based surveillance) เน้นการขยายขอบเขตการเฝ้าระวังออกจากสถาน บริการสาธารณสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็วครบถ้วนยิ่งขึ้น ส่งผลให้ข้อมูลทางวิชาการดีขึ้น ตรวจจับการระบาดของโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น นำไปสู่การสอบสวนหาสาเหตุและกำจัดต้นตอของโรคได้รวดเร็ว และหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง เพื่อความปลอดภัยของประชาชน แนวคิดการพัฒนา ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในชุมชน เป็นแนวคิดเพื่อชุมชน โดยความร่วมมือของชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายสำคัญ 3 ภาคส่วน ได้แก่ ชุมชน อปท. และ รพ.สต.

ชุมชน คนเป็นองค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย กลุ่มบุคคลที่หลากหลาย ต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างวัย การทำงานร่วมกับชุมชนจึงต้องมีความเชื่อพื้นฐานว่าประชาชนแต่ละคน แต่ละกลุ่ม มีเอกลักษณ์และอัตลักษณ์ ที่กำหนดวิถีดำรงชีวิต สามารถเรียนรู้และพัฒนาขีดความสามารถในการรับผิดชอบต่อตนเองและชุมชน การพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนเป็นสิ่งพึงปรารถนาและสำคัญอย่างยิ่ง หากประชาชนทุกกลุ่มในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม คือ ร่วมคิด ลงขัน ลงแรง ร่วมประเมิน ร่วมรับประโยชน์ การดำเนินการย่อมประสบผลสำเร็จ

อปท. เกิดจากนโยบายกระจายอำนาจการปกครองประเทศให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การบริหารจัดการ การบริการสาธารณะ หมายรวมถึงงานป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการนำกฎหมายที่ปรับจากพระราชบัญญัติสำคัญหลายฉบับ มาใช้เป็นประกาศและข้อกำหนด ท้องถิ่น เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น อปท. จึงมีบทบาท

อย่างมากในการสร้างนโยบายสุขภาพ ภาคประชาชนระดับท้องถิ่น สนับสนุนให้มีแผนเฝ้าระวังควบคุมโรคของชุมชนและใช้ข้อบัญญัติในการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ จัดสรรทรัพยากรเพื่อการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคอย่าง เป็นรูปธรรม และมีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรค

รพ.สต. ต้องปรับบทบาทเป็นผู้ประสาน สนับสนุน ชุมชน ในการพัฒนา รูปแบบเฝ้าระวังโรคให้สอดคล้องวิถีชีวิต เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ชุมชนรู้ปัญหาโรค และภัยสุขภาพอย่างรวดเร็ว ร่วมคิดหาแนวทางแก้ปัญหาในท้องถิ่น จึงต้องอาศัยการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชนจากทุกภาคส่วนผ่านขั้นตอนต่าง ๆ เช่น เฝ้าระวังอะไร เพราะอะไร เช่น โรคติดต่อที่สำคัญ เหตุการณ์ผิดปกติที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จัดระบบแจ้งข่าวการเกิดโรคหรือเหตุการณ์ผิดปกติโดยเครือข่าย เช่น อสม. ให้มีความสำคัญและเป็นผู้นำในการดำเนินงาน รวมถึงกลุ่มพลังอื่น ๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน รวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลข่าวสารทางระบาดวิทยาให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเหตุการณ์ พร้อมวิเคราะห์ สถานการณ์โรค แล้วแจ้งกลับไปยังชุมชนให้รับทราบ กรณีเหตุฉุกเฉิน ตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติ และประสานขอความร่วมมือในการสอบสวนควบคุมโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประสานและสนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชนและติดตาม กำกับ ประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

7.4.2 วัตถุประสงค์ของระบบเฝ้าระวังโรคของชุมชน

- 1) รู้เร็ว ค้นหาการเกิดโรคหรือปัญหาสาธารณสุข สุขอย่างทันที่ว่าการเฝ้าระวัง ติดตามข้อมูลสถานการณ์ของโรคหรือปัญหา สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องจะช่วยค้นหาหรือทราบการระบาดของโรคในพื้นที่นั้นได้รวดเร็ว
- 2) รู้ดี ทราบรูปแบบและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการเกิดโรคหรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหรือการเปลี่ยนแปลงนั้น
- 3) รู้วิธี จัดการกับโรคหรือปัญหาสาธารณสุขได้ตรงจุด ได้แนวทางกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

หัวใจของการเฝ้าระวัง คือ การเกาะติดสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ เพื่อให้ได้ความรู้เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยของคน สถานการณ์ของปัญหา และรีบดำเนินการ ป้องกันหรือควบคุมปัญหา (surveillance for public health action) อันเป็นการดำเนินงานหลายอย่างแม้จะช่วยให้รับรู้สถานการณ์ของปัญหาแต่ไม่ช่วยป้องกันและควบคุมโรค เช่น การรวบรวมข้อมูลสถิติโรคต่าง ๆ ตีพิมพ์เป็นรายงานประจำปีลักษณะเช่นนี้เป็นการทำสถิติสาธารณสุขไม่ใช่การเฝ้าระวัง

7.4.3 กระบวนการเฝ้าระวังโรคในชุมชน

การเฝ้าระวังประกอบด้วยกระบวนการ 4 อย่าง คือ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลพร้อมข้อเสนอเพื่อแก้ปัญหา การเผยแพร่ผลเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา

1) การรวบรวมข้อมูล มีกรอบดังนี้ เฝ้าระวังโรคอะไร โรคที่จะเฝ้าระวัง มีนิยามอย่างไร อะไรคือตัวแปรสำคัญของโรค โดยทั่วไปเราต้องการทราบข้อมูล บุคคล เวลา และสถานที่ จึงกำหนดว่าการรายงานโรคต้องให้ข้อมูลพื้นฐานของบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ข้อมูลสถานที่ บ้าน ที่ทำงาน ที่เริ่มป่วย สำหรับเวลาเราต้องการทราบ วันเริ่มมีอาการ วันเข้ารับการรักษา เป็นต้น นอกจากนี้เรายังต้องการทราบสถานะของการรักษาด้วย เช่น หายตาย วันที่ตาย และข้อมูลได้มาอย่างไร ใครเป็นผู้รวบรวม

2) การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ความถูกต้องของข้อมูล โดยดูว่ามี การจัดเก็บตามแนวทางที่กำหนดหรือไม่ จำนวนแหล่งข้อมูลได้รับครบทุกแหล่งหรือไม่ เป็นต้น จากนั้นแจกแจงให้เห็นการกระจายตามบุคคล เวลา สถานที่ เปรียบเทียบกับการกระจายช่วงปี ที่ผ่านมาหรือค่าเฉลี่ยของ 5 ปีที่ผ่านมา กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ส่วนใหญ่ใช้สถิติขั้นพื้นฐาน แต่ต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นอุบัติการณ์หรือความชุก หน่วยนับเป็นคน (case) หรือเป็นครั้ง (episode)

3) การแปลผลและสร้างข้อเสนอ สถานการณ์ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลง ในทางผิดปกติหรือดีขึ้น พื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีการระบาดอยู่ที่ใด การเปลี่ยนแปลงน่าจะเกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยใด ถือเป็น การสร้างสมมติฐาน และความน่าเชื่อถือ หรือข้อผิดพลาดในระบบเฝ้าระวังที่ตรวจพบ เช่น ความล่าช้า การไม่รายงาน การวินิจฉัยผิดพลาด การแปลผลที่ดีต้องเชื่อมโยงข้อมูลการเฝ้าระวังจากหลายแหล่ง เพื่อสร้างข้อเสนอในการควบคุม ป้องกันหรือแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องและชัดเจน เรียงลำดับตามความเร่งด่วน เช่น หากเห็นว่ามี การระบาด ควรเสนอให้มีการเร่งสอบสวนโรค คู่ขนานกับควบคุมโรค หากเห็นความบกพร่อง ของการเฝ้าระวังควรเสนอวิธีปรับปรุง

4) การกระจายผลการเฝ้าระวังกลับสู่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้บริหารงาน ด้านการป้องกัน ควบคุมโรคของพื้นที่และผู้บริหารระดับสูงในส่วนกลาง ควรรู้ข้อสรุปสถานการณ์ อย่างตรงไปตรงมา เพื่อการตัดสินใจและกำหนดนโยบายป้องกันควบคุมโรคของประเทศ แพทย์หรือผู้ให้ข้อมูลการเฝ้าระวังควรทราบผลการเฝ้าระวังจะได้รู้ว่ามี การใช้ประโยชน์จากการให้ ข้อมูลของตน ทั้งเป็นแรงกระตุ้นให้ระบบรายงานดียิ่งขึ้น ประชาคมนักวิชาการหรือนักวิจัย ควรทราบผล เพื่อรับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ประชาชน

ทั่วไปนับเป็นกลุ่มสำคัญอีกกลุ่ม ควรทราบว่าสถานการณ์ของโรคต่าง ๆ เป็นอย่างไร เพื่อรับรู้ตระหนัก ร่วมมือป้องกันควบคุมในระดับครอบครัวและชุมชน

7.4.4 ส่วนประกอบของระบบการเฝ้าระวังโรคของชุมชน ระบบเฝ้าระวังโรคของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะช่วยให้การควบคุมและป้องกันโรคบรรลุผล เนื่องจากการเฝ้าระวังโรคที่สำคัญคือ การเฝ้าดูสิ่งบอกเหตุก่อนเกิดการระบาดของโรคและ จะทำการเฝ้าระวังได้ดีคือผู้ที่อยู่ในพื้นที่ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพมีความพร้อม และมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมป้องกันโรคมีความคล่องตัวในพื้นที่ มีงบประมาณและกำลังคน ดังนั้นระบบเฝ้าระวังโรคของชุมชนควรประกอบด้วย

1) ศูนย์ปฏิบัติการระดับตำบล เพื่อเป็นกลไกการเฝ้าระวังระดับตำบล ที่มีส่วนร่วมเรียนรู้ของทุกภาคส่วน เป็นศูนย์กลางการสั่งการและการบริหารจัดการแบบบูรณาการ ติดตามและจัดระบบประเมินผล ปัจจุบันจะมีศูนย์ปฏิบัติการใช้วัดนกระดับตำบล จากการส่งเสริมของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพตั้งแต่ครั้งที่มีการระบาดของไข้หวัดนกครั้งแรกในประเทศไทย ปี 2547 ซึ่งยังมีการดำเนินการเองในหลายพื้นที่ จากความสำคัญของปัญหาและการร่วมมือกันของภาครัฐและท้องถิ่น เช่น ศูนย์ปฏิบัติการใช้วัดนกระดับตำบล จังหวัดน่าน ดำเนินการร่วมกับ อบต. อสม. สอ. สสอ. และปศุสัตว์ในพื้นที่ เป็นการเฝ้าระวังเข้มข้นช่วงที่มีปัญหา ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลจากบุคลากรที่ร่วมดำเนินการ

2) การพัฒนาระบบข้อมูลของชุมชนท้องถิ่น เกี่ยวกับการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองโรค การเตือนภัยและการควบคุมโรค พร้อมทั้งจัดทำเป็นแผนที่สารสนเทศทางภูมิศาสตร์ แบบพื้นบ้านหรือสากลตามศักยภาพของแต่ละชุมชน โดย อสม. เป็นผู้สำรวจพื้นที่รับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่นและเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคภาคประชาชน เป็นต้น

2.1) การเฝ้าระวังในส่วนชุมชนควรเป็นการเฝ้าระวังด้านอาการที่สงสัย ในโรคที่จำเพาะ ได้แก่ กลุ่มโรคที่มีการระบาดรุนแรงและแพร่ระบาดระหว่างประเทศ

2.2) การเฝ้าระวังด้านปัจจัยเสี่ยงและเชื้อโรคควรมีการพัฒนาให้มากขึ้น ในระดับชุมชน เช่น การเฝ้าระวังการระบาดไข้หวัดนกในสัตว์ปีก เพื่อเป็นการควบคุมป้องกัน และเตือนภัยที่รวดเร็ว

2.3) การเฝ้าระวังด้านพาหะนำโรคควรมีการพัฒนาในระดับท้องถิ่น เช่น การเฝ้าระวังยุงลายหรือพาหะนำโรคตัวอื่น ๆ ทั้งนี้รวมถึงข้อมูลของกลุ่มแกนนำในชุมชน ท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน เครือข่ายภายนอกชุมชน ท้องถิ่นพื้นที่ เพื่อการประสานงาน และกระจายความช่วยเหลือ สนับสนุนได้ทั่วถึง ถูกต้องและตรงกับความต้องการ นอกจากนี้

ชุมชนสามารถประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังภัยพิบัติได้ด้วย โดยเพิ่มพื้นที่ปลอดภัย พื้นที่เสี่ยง พื้นที่อพยพ เป็นต้น

3) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรค และภัยสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมซักซ้อมความเข้าใจ การปฏิบัติตัวทั้งร่างกายและจิตใจ ของคนในชุมชนรวมถึงแผนงานเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคของท้องถิ่นชุมชนที่ทุกคน ต้องเข้ามามีส่วนร่วม

4) การจัดตั้งทีมเคลื่อนที่เร็วและหน่วยบริการเชิงรุก เชิงรับ เพื่อให้บริการ ติดตามและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนในพื้นที่

5) การจัดระบบสื่อสาร ข้อมูล ระบบรายงาน ระบบเตือนภัยและการช่วยเหลือ เพื่อสื่อสาร แจ้งเตือน ให้ประชาชนและเครือข่ายทราบทันท่วงที ทำให้สามารถ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามสถานการณ์และระดับความรุนแรงของโรคและภัยที่เกิดขึ้น

8. แนวทางสำหรับ อสม. เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด-19 “ คั่นให้พบ จบใน 14 วัน” (สำเริง แหยมกระโทก, 2563)

8.1 อสม. กับการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในชุมชน “scan ให้พบ จบใน 14 วัน” เป็นการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยมีขั้นตอนดังนี้

8.1.1 ค้นหาภายใน 7 วัน สำหรับผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ กทม. ปริมณฑล หรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย

8.1.2 ทำบัญชีรายชื่อ แจ้งเจ้าหน้าที่ถึงกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

8.1.3 ให้คำแนะนำ ในการแยกตัวเพื่อสังเกตอาการ

8.1.4 ติดตาม สังเกตอาการกลุ่มเสี่ยงจนครบ 14 วัน

8.1.5 รายงานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อรายงานจำนวนผ่านเว็บไซต์ thaiphc.net

8.2 แนวทางปฏิบัติสำหรับ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19

8.2.1 เตรียม อสม. โดยจัดตั้งทีมอาสา โควิด-19 ระดับตำบลและหมู่บ้าน

8.2.2 ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้นำชุมชน

1) ไม่เป็นกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำสร้างความเข้าใจและเฝ้าระวัง

2) ถ้าเป็นกลุ่มเสี่ยงให้จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง

8.2.3 จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง

1) กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ให้คำแนะนำ สร้างความเข้าใจและเฝ้าระวัง

2) กลุ่มมีอาการ ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3) กลุ่มไม่มีอาการ เยี่ยมติดตามให้ครบ 14 วัน

8.2.4 เยี่ยมติดตามให้ครบใน 14 วัน

- 1) มีอาการ ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 2) ไม่มีอาการ มอบสติ๊กเกอร์เป็นสัญลักษณ์

8.2.5 บันทึกและรายงานผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

8.3 แนวทาง อสม. เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด-19

8.3.1 อสม. เคาะประตูบ้าน ให้ความรู้ประชาชนเรื่อง โควิด-19 และวิธีป้องกัน “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย ห่างกัน 2 เมตร”

8.3.2 คัดกรอง สอบถามทุกบ้าน ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง แนะนำ หลีกเลี่ยงการพบปะ สัมผัสกับกลุ่มเสี่ยง งดกิจกรรมนอกบ้านและการไปในที่ชุมชน

8.3.3 ผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่อง ผู้ที่อยู่ในระยะใกล้ชิดผู้ป่วย ไม่มีอาการ แนะนำสังเกตอาการให้ครบ 14 วัน

1) มีอาการ คือ มีไข้มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย แนะนำให้ไปตรวจ ประสานส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2) รายงานผลผ่าน อสม. ออนไลน์ หัวข้อ รายงานเหตุ “เฝ้าระวังโควิด-19”

8.4 การเตรียมความพร้อมของอสม.

8.4.1 ประเมินสุขภาพ อสม. โดยเจ้าหน้าที่ก่อนออกปฏิบัติงาน

8.4.2 จัดตั้ง "ทีมอาสาต่อต้านโควิด-19" ระดับหมู่บ้าน/ตำบล

8.4.3 ให้ความรู้และวิธีป้องกันโรคโควิด-19 แก่ อสม.

8.4.4 เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือปฏิบัติงาน (ชุดมาตรฐาน) สำหรับ อสม.

8.5 วิธีปฏิบัติในการสังเกตอาการผู้แยกกักกันโดย อสม.

8.5.1 ประเมินอาการสำคัญทางโทรศัพท์หรือสอบถามญาติ

8.5.2 ให้อยู่ห่างจากผู้ถูกกักกัน 2 เมตร และสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง

8.5.3 แนะนำให้กักตัวเฝ้าสุขภาพในบ้านแยกจากคนในครอบครัวจนครบ 14 วัน

8.5.4 แนะนำการสังเกตอาการสำคัญด้วยตัวเองหรือญาติ

8.5.5 แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน

8.5.6 แนะนำวิธีปฏิบัติตัวสำหรับคนในบ้านและเพื่อนบ้าน

8.5.7 ประเมินและแนะนำดัชนีสุขภาพจิต

8.6 อสม. กับคำแนะนำสำหรับผู้อาศัยร่วมกับกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังโรคโควิด-19

8.6.1 ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์

8.6.2 เฝ้าระวังอาการของผู้ที่เสี่ยง จนครบ 14 วัน

- 8.6.3 แยกห้องนอนและเครื่องใช้ส่วนตัว
- 8.6.4 ห้ามทานอาหารร่วมกับกลุ่มเสี่ยง
- 8.6.5 หลีกเสี่ยงการใกล้ชิดในระยะ 1 เมตร โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง
- 8.6.6 ทำความสะอาดเสื้อผ้าและบริเวณที่พกด้วยน้ำยาทำความสะอาดอยู่เสมอ

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคโควิด-19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus) ซึ่งเป็นไวรัสในสัตว์ มีหลายสายพันธุ์ โดยปกติไม่ก่อโรคในคนแต่เมื่อกลายพันธุ์จึงเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในคน ในขณะที่คนยังไม่รู้จักและยังไม่มีภูมิคุ้มกันจึงเกิดเป็นโรคระบาด โดยเป็นโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ มีสมมติฐานว่า ไวรัสกลายพันธุ์อาจจะมีแหล่งเริ่มต้นที่ค้างคาว ติดเชื้อผ่านสัตว์ตัวกลางและคนไปรับเชื้อมาแพร่ระหว่างคนสู่คน ปัจจุบันโรคโควิด-19 ได้ระบาดหนักไปทั่วโลก (สยามพร ศิรินาวิน, 2563) เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของประเทศจีน (ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) ซึ่งเป็นเมืองใหญ่มีประชากรหนาแน่น จึงเกิดการระบาดใหญ่และรวดเร็ว การป้องกันและการดูแลรักษาเป็นไปอย่างฉุกเฉินด้วยความไม่พร้อม มีผู้ป่วยหนักและตายมากเกินกว่าที่ควรจะเป็น จนประเทศจีนต้องปิดเมืองอู่ฮั่นและต่อมาก็ปิดประเทศ ผู้ติดเชื้อรายแรกที่ถูกตรวจพบนอกประเทศจีน เป็นคนจีนที่เดินทางมาถึงสนามบินสุวรรณภูมิ ประเทศไทย เมื่อ 8 มกราคม 2563 และประเทศไทยแถลงการตรวจพบเมื่อ 13 มกราคม 2563 และวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) (WHO, 2020)

1. ชนิดไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคในคน ในปัจจุบันมี 7 ชนิด ดังนี้

- ชนิดที่ 1 ถึง 4 โรคหวัดธรรมดา
- ชนิดที่ 5 โรค SARS (ซาร์ส) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ พ.ศ. 2545
- ชนิดที่ 6 โรค MERS (เมอร์ส) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ พ.ศ. 2557
- ชนิดที่ 7 โรค COVID-19 (โควิด-19) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ พ.ศ. 2562

การระบาดที่ใกล้เคียงกับโควิด-19 มากที่สุด คือ การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (Influenza A (H1N1) pdm09 Virus) พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) ซึ่งเริ่มจากอเมริกาแล้วระบาดหนักไปทั่วโลก ทั้งนี้คนที่ติดเชื้อโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อได้นานกว่าและส่วนใหญ่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการ จึงควบคุมการระบาดได้ยากจนเกิดระบาดไปทั่วโลกในเวลาไม่กี่เดือน

การเรียกชื่อโรคและไวรัส 11 กุมภาพันธ์ 2563 มีการกำหนดชื่อโรคและชื่อไวรัสอย่างเป็นทางการ COVID-19 (อ่านว่า โควิดโน่นทีน ย่อมาจาก Coronavirus Disease 2019 หรือโรคที่เกิดจากไวรัสโคโรนาที่เริ่มใน ค.ศ. 2019) กำหนดชื่อโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ในไทยใช้ชื่อว่า โรคโควิด-19 ไวรัส SARS-CoV-2 (อ่านว่า ซาร์ส โควี ทู ย่อมาจาก Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) กำหนดชื่อโดย คณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานของไวรัส (ICTV) โดยที่ช่วงแรกของการระบาดใช้ชื่ออย่างไม่เป็นทางการ เช่น ไวรัสอู่ฮั่น 2019-nCoV (2019 Novel Coronavirus หรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019) แต่คนไทยเรียกกันง่าย ๆ ว่าไวรัสโควิด-19 ไวรัส SARS-CoV-1 เป็นไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรงหรือโรคซาร์ส (SARS) ที่ระบาดใน พ.ศ. 2545-2546 ดังนั้นไวรัสที่ก่อโรคระบาดในครั้งนี้จึงเป็นชนิดที่ 2 หรือ SARS-CoV-2

แหล่งแพร่เชื้อไวรัสโควิด-19 คาดว่าเริ่มจากสัตว์ป่าที่นำมาขายในตลาดสดเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ซึ่งเป็นสัตว์ตัวกลางที่รับเชื้อไวรัสโคโรนากลายพันธุ์มาจากค้างคาว คนไปสัมผัส และแพร่ต่อการรับเชื้อถึงการป่วย ขั้นตอนคือ การสัมผัสเชื้อโรค การรับเชื้อ การติดเชื้อ และการป่วย

ผู้สัมผัสเชื้อโรค (Contact) หมายถึง ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับแหล่งของเชื้อโรค ซึ่งคือ ผู้ติดเชื้อหรือสิ่งคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ (น้ำลาย เสมหะ น้ำมูก) แล้วรับเชื้อมาสู่การติดเชื้อโดยการนำเข้าร่างกายทางปาก จมูก ตา ผู้ที่สัมผัสกับไวรัสโควิด-19 หากได้รับเชื้อโรคอาจจะมีผลเป็น

1. พาหะของเชื้อ คือผู้ที่รับเชื้อแต่ไม่เกิดการติดเชื้อ ซึ่งมักจะติดมาทางมือ
2. ผู้ติดเชื้อ คือผู้ที่ตรวจพบเชื้อในทางเดินหายใจและมีปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ หรือมีอาการของโรค แบ่งเป็น ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการและผู้ป่วย คือ ผู้ติดเชื้อที่มีอาการซึ่งอาจจะมีอาการน้อยหรือมาก

2. ลักษณะของโรคโควิด-19

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินหายใจเริ่มจากจมูก ลงไปถึงถุงลมในปอด แบ่งเป็น ทางเดินหายใจส่วนบน (จมูก โปรงรอบจมูกหรือไซนัส กลองเสียง) และทางเดินหายใจส่วนล่าง (หลอดลม ปอด) การติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบนจะก่อโรครุนแรงน้อยกว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ความเจ็บป่วยเป็นผลจากที่ไวรัสเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์เยื่อบุทางเดินหายใจ ทำลายเซลล์และเกิดปฏิกิริยาต่อต้านจากร่างกาย (สยามพร ศิรินาวิน, 2563)

3. การดำเนินโรค

ไวรัสโควิด-19 เข้าสู่ร่างกายทาง ปาก จมูก ตา โดยที่ไวรัสจะเกาะติดและเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์ของเยื่อบุทางเดินหายใจ ไวรัสไม่เข้าทางผิวหนังหรือแผลที่ผิวหนัง (สยามพร ศิรินาวิน, 2563)

ระยะฟักตัว (Incubation period) หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่รับเชื้อจนเริ่มมีอาการป่วย ระยะฟักตัวของโรคโควิด-19 นาน 2-14 วัน ซึ่งเป็นเหตุผลที่ให้ผู้สัมผัสโรคกักกันตัวจากคนอื่น 14 วัน รายงานผู้ป่วยในประเทศจีนนอกเมืองอู่ฮั่น ระหว่าง มกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2563 พบว่าค่ามัธยฐาน (median) ของระยะ ฟักตัวของโรคนี้ ประมาณ 5.1 วัน (95% CI, 4.5 ถึง 5.8 วัน) และ 97.5% ของผู้ป่วยมีระยะฟักตัวของโรคน้อยกว่า 11.5 วัน (95% CI, 8.2 ถึง 15.6 วัน)

ปัจจัยที่มีผลต่อระยะฟักตัวของโรค ได้แก่

- 1 ปริมาณของไวรัสที่ได้รับ ถ้ามากจะทำให้เกิดโรคเร็ว คือ ระยะฟักตัวสั้น
- 2 ทางเข้าของเชื้อโรค เช่น ไวรัสโควิด-19 หากเข้าสู่ปอดโดยตรงทางจมูกและปาก จะเกิดโรคเร็วกว่าการรับเชื้อทางเยื่อบุตาและหากมีการสูดหายใจลึกและแรงในขณะที่รับเชื้อโรค เชื้อโรคก็มีโอกาสจะเข้าสู่ปอดได้ง่ายขึ้น
- 3 อัตราการเพิ่มจำนวนไวรัสในร่างกายคน
- 4 สุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อ

4. อาการป่วย

โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือ มีอาการไข้ ไอ ส่วนใหญ่เริ่มจาก ไอแห้ง ๆ ตามด้วย ไข้ ผู้ป่วยส่วนน้อยมีน้ำมูก เจ็บคอ จาม จมูกรับกลิ่นไม่ได้ (anosmia) แต่ไม่มีเสียงแหบหรือเสียงหาย

ร้อยละ 98.6 มีไข้ (ไข้อาจจะไม่ได้เริ่มในวันแรกของการป่วย)

ร้อยละ 69.6 มีอาการอ่อนเพลียผิดปกติ

ร้อยละ 59.4 ไอแห้ง ๆ

5. ความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับ

5.1 ปริมาณไวรัสที่ได้รับ

5.2 ปัจจัยทางผู้ติดเชื้อ เช่น สุขภาพ โรคประจำตัว การปฏิบัติตนเมื่อเริ่มป่วย

5.3 การดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อและเมื่อป่วย

ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีอาการ เด็กมีอาการน้อย ผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว มักจะมีอาการหนักกว่า ร้อยละ 80 มีอาการคล้ายไข้หวัดธรรมดาหรือไข้หวัดใหญ่ ที่มีอาการน้อย สามารถหายได้เองและรักษาตามอาการ ผู้ติดเชื้อบางส่วนไม่มีอาการ ร้อยละ 14 มีอาการหนักจากปอดอักเสบ หายใจผิดปกติ ร้อยละ 5 มีอาการวิกฤติ เช่น การหายใจล้มเหลว ซีดจกจากการป่วยรุนแรง ร้อยละ 1-2 เสียชีวิต หลังจากมีอาการหนัก มักเกิดกับผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัวทางหัวใจและปอด เบาหวาน ภูมิคุ้มกันต่ำหรือโรคประจำตัวอื่น ๆ

ระยะเวลาที่ป่วย ข้อมูลผู้ป่วย 55,924 ราย ให้ค่ามัธยฐานของระยะเวลาจากเริ่มมีอาการจนถึงวันที่อาการเริ่มดีขึ้น ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการน้อย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก 3-6 สัปดาห์ และระยะเวลาจากเริ่มป่วยจนมีอาการหนัก 1 สัปดาห์ ระยะเวลาจากเริ่มป่วยจนถึงแก่กรรม 2-8 สัปดาห์ (WHO, 2020)

การวินิจฉัยโรคและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วินิจฉัยโรคเบื้องต้นคือประวัติอาการไม่สบาย (อาการไข้ ไอ จมูกอักเสบกลิ่นไม่ได้) ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พื้นฐานการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (SARS-CoV-2) การตรวจจะต้องมีเหตุผลข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1 การควบคุมการแพร่ระบาด
- 2 การพิจารณาใช้ยาต้านไวรัสที่ตรงกับชนิดของเชื้อ
- 3 การวิจัยเพื่อการควบคุมโรคและการรักษา การติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของไวรัส

6. การตรวจสิ่งส่งตรวจ หลักการมีดังนี้

6.1 สิ่งส่งตรวจ คือ สารที่เก็บจากด้านในของจมูกและคอหอย โดยการเก็บอย่างถูกต้องหรือการเก็บเลือด

6.2 วิธีการตรวจ

6.2.1 Real-Time RT-PCR for Coronavirus จากสิ่งส่งตรวจจากทางเดินหายใจ เป็นการตรวจหลักในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการตรวจระดับโมเลกุล การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ดีทำให้ตรวจไม่พบไวรัสได้ การตรวจพบที่ให้ผลบวก สิ่งที่ตรวจพบอาจเป็นไวรัสที่ยังก่อโรคได้หรือส่วนของไวรัสหมดฤทธิ์ในการก่อโรคแล้วที่เรียกว่า ‘ซากไวรัส’

6.2.2 Serology คือการตรวจเลือดหา Immuglobulin ที่มีความจำเพาะต่อเชื้อ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภูมิคุ้มกัน หลักการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโดยทั่วไป คือ การตรวจ IgM ในสัปดาห์แรกและ IgG หลังจาก 2 สัปดาห์ นับตั้งแต่ติดเชื้อ

6.2.3 Viral culture คือการเพาะเชื้อไวรัสจากสิ่งส่งตรวจ ใช้ในการวิจัยเป็นหลัก ใช้วินิจฉัยแยกไวรัสที่ยังมีฤทธิ์ก่อโรคและซากไวรัส การป้องกันอันตรายในห้องปฏิบัติการยากกว่าและค่าใช้จ่ายสูงมาก

7. การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19

โรคนี้คล้ายกับไข้หวัดใหญ่ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีอาการน้อยและหายเอง แต่ต้องปฏิบัติตัวให้ร่างกายได้ซ่อมแซมตัวเองและป้องกันคนอื่น การดูแลรักษาประกอบด้วย (สยมพร ศิรินาวิณ, 2563)

7.1 การรักษาทั่วไป (General treatment) คือ การรักษาอาการซึ่งเป็นผลจากการติดเชื้อและป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยมากขึ้น โดยพักผ่อนทันทีที่เริ่มป่วย รับประทานอาหารและดื่มน้ำให้เพียงพอ รักษาตามอาการ เช่น ทานยาลดไข้ ปรีกษาแพทย์เพื่อการดูแลรักษาหากพบว่าเสี่ยงที่จะป่วยรุนแรง เช่น ในผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อในหญิงมีครรภ์น้อยมากและยังไม่พบว่ามีอาการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกหรือมีอาการที่รุนแรงแต่ควรเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการน้อยสามารถรักษาตัวที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีอาการหนักต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะที่ผู้ติดเชื้อยังไม่มากเกินกำลังควบคุมดูแล มีข้อกำหนดให้รับผู้ติดเชื้อไว้ในสถานพยาบาลทั้งหมดเพื่อการดูแลรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อ

7.2 การรักษาเฉพาะโรค (Specific treatment) มียาต้านไวรัสโคโรนา-19 ในขั้นทดลองในวงกว้างแล้ว

7.3 การป้องกันการแพร่เชื้อ รายงานเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเมื่อมีผู้ติดเชื้อและป้องกันการแพร่เชื้อให้คนอื่นตามข้อแนะนำ

8. กลไกการป้องกันการติดเชื้อของคน (สยมพร ศิรินาวิณ, 2563)

กลไกการป้องกันการติดเชื้อของคน ประกอบด้วย

8.1 เครื่องกีดกันตามธรรมชาติ (Natural barrier) เช่น ผิวหนัง

8.2 ภูมิคุ้มกัน (Immunity) แบ่งเป็น

8.2.1 ภูมิคุ้มกันทั่วไป (Non-specific immunity) คือ ภูมิคุ้มกันที่ไม่จำเพาะต่อสิ่งแปลกปลอมชนิดใดชนิดหนึ่ง ได้แก่ เซลล์ที่จับกินเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอม เช่น นิวโตรฟิลหรือแมคโครเฟจ รวมทั้งสารที่เซลล์กลุ่มนี้สร้างขึ้น

8.2.2 ภูมิคุ้มกันจำเพาะ (Specific immunity) คือ ภูมิคุ้มกันที่จำเพาะต่อเชื้อโรคชนิดใดชนิดหนึ่ง แบ่งเป็นภูมิคุ้มกันจากการสร้างขึ้น (Active immunity) และภูมิคุ้มกันที่ได้รับมา (Passive immunity) เช่น ภูมิคุ้มกันที่รับมาจากคนหรือสัตว์อื่นที่ได้สร้างภูมิคุ้มกันในตัวเองในรูปของน้ำเลือด (Plasma) เซรุ่ม (Serum) หรือในรูปของอิมมูโนโกลบูลินชนิดเข้มข้น (Hyperimmune globulin) หรือภูมิคุ้มกันจากแม่สู่ลูกผ่านทางรกขณะอยู่ในครรภ์

8.2.3 ภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd immunity) คือ ภูมิคุ้มกันโรคระบาดของประชากรในชุมชนโดยการติดเชื้อหรือการรับวัคซีน ที่มีอัตราส่วนมากถึงระดับที่มีผลให้โรคระบาดชะลอหรือหยุด เพราะขาดความต่อเนื่องของการแพร่เชื้อ แต่จะเป็นสัดส่วนของประชากรมากเท่าไรขึ้นอยู่กับชนิดของโรค การติดต่อและการกระจายตัวของผู้ที่มีภูมิคุ้มกัน โดยทั่วไปจะมากกว่าร้อยละ 60-80 ภูมิคุ้มกันหมู่จากการติดเชื้อเป็นเหตุผลที่ผู้บริหารบางประเทศเสนอให้ปล่อยให้ประชาชนส่วนใหญ่ติดเชื้อไวรัสไปก่อน เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ การเลือกใช้วิธีนี้อาจจะเหมาะสม

กับโรคระบาดที่ความรุนแรงน้อยและโอกาสที่จะมีวัคซีนใช้ยังห่างไกลเกินรอ แต่สำหรับโควิด-19 ซึ่งมีความรุนแรงค่อนข้างมากหากทำเช่นนั้นระบบสาธารณสุขจะรองรับการดูแลรักษาไม่ไหว และจะมีผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ดังที่เกิดในสหรัฐอเมริกา

9. การใช้ความรู้เรื่องภูมิคุ้มกัน ในการวินิจฉัย ป้องกัน และรักษาโรคโควิด-19

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างภูมิคุ้มกันที่เฉพาะต่อการติดเชื้อถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัย และรักษาโรคติดเชื้อมานานแล้ว (สยมพร ศิรินาวิน, 2563)

9.1 การวินิจฉัย โดยการตรวจแอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อทั้ง IgA ในสารคัดหลั่ง จากทางเดินหายใจและ IgM, IgG ในเลือด

9.2 การป้องกันโดยการฉีดวัคซีน ที่จะทำให้อวัยวะสร้างภูมิคุ้มกันไม่ให้ไวรัส เข้าเซลล์หรือเพิ่มจำนวนในเซลล์ (Active immunity)

9.3 การรักษา เช่น การรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ด้วยพลาสมาจากคนที่เพิ่งหาย จากโรคโควิด-19 (Convalescent plasma) ซึ่งมีแอนติบอดีจำเพาะต่อโควิด-19 เป็นการให้ ภูมิคุ้มกันชนิดที่รับมาจากคนอื่น (Passive immunity)

ภูมิต้านทานหลังการติดเชื้อ คนที่เคยติดเชื้อไวรัส COVID-19 แล้ว จะติดเชื้อนี้อีก หรือไม่ แม้ว่าจะยังไม่มียืนยันชัดเจนในเรื่องนี้แต่ข้อมูลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาอื่นที่คล้ายคลึง กัน เช่น โรค SARS ในปี 2545 และ MERS-CoV ในปี 2557 ชี้ว่าภูมิต้านทานที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาไม่ใช่ภูมิต้านทานที่จะอยู่นาน ทั้งนี้การสร้างภูมิต้านทานต่อโควิด-19 ยังไม่เป็นที่ เข้าใจดีนัก

10. ความหมายของไวรัสและไวรัสโควิด-19 (SARS-CoV-2)

10.1 ไวรัส หรือ Virus มาจากภาษาละติน หมายถึง ยาพิษ (Poison) หรือ พิษ (Venom) “ไวรัส” ไม่มีชีวิตจึงไม่มีการตาย ไม่ใช่เซลล์เพราะมีส่วนประกอบไม่ครบที่จะเป็นเซลล์ ไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้เอง ไวรัสเป็นสิ่งก่อโรคที่มีขนาดเล็กเกือบที่สุดถัดจากพรีออน (prion) ไวรัสมีหลายชนิด ส่วนสำคัญที่สุดคือสารพันธุกรรม RNA หรือ DNA ซึ่งเป็นกรดนิวคลีอิกที่มีการเรียงตัวของนิวคลีโอไทด์ต่างกัน ไวรัสเกือบทุกชนิดที่เข้าสู่ร่างกายสามารถก่อโรคได้ โดยเป็น พาราสิตในเซลล์และทำลายเซลล์ ต้องเข้าไปอยู่ในเซลล์ที่มีชีวิตจึงจะเพิ่มจำนวนได้ ตั้งแต่เซลล์ แบคทีเรียจนถึงเซลล์ของคน ใช้กลไกและส่วนของเซลล์นั้นในการทำสำเนาเพิ่มจำนวน ทั้งนี้ ไวรัสและเซลล์นั้นต้องมีกลไกสอดคล้องกัน ฉะนั้นไวรัสแต่ละชนิดจึงก่อโรคในสิ่งมีชีวิตที่ต่างกัน และโรคต่างกัน มีคำกล่าวที่ว่าไวรัสเป็นเครื่องมือกำหนดความหนาแน่นของประชากรสิ่งมีชีวิต เมื่อหนาแน่นมากก็จะเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส ในขณะที่ “แบคทีเรีย” เป็นสิ่งมีชีวิต เซลล์เดี่ยว เพิ่มจำนวนเองได้ประมาณ 1% เท่านั้นที่ก่อโรค มีแบคทีเรียจำนวนมากหลาย ชนิด

ที่ไม่ใช่เชื้อโรค ซึ่งอยู่อย่างเป็นมิตรกับคนในช่องปาก ลำไส้ใหญ่และผิวหนัง ซึ่งเมื่ออยู่ถูกที่ก็ไม่ก่อโรคในคนปกติ (สยมพร ศิรินาวิน, 2563)

10.2 ไวรัสโคโรนา-19 ไวรัสโคโรนา-19 มีชื่อที่เป็นทางการว่า SARS-CoV-2 ชื่อที่ใช้เรียกกันในระยะแรกคือ 2019-nCoV คนไทยเรียกว่าไวรัสโคโรนา-19 เป็นไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่เริ่มการระบาดในประเทศจีน เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) และระบาดไปทั่วโลกในปัจจุบัน

10.2.1 เป็น RNA virus ที่มี RNA สายเดี่ยว (Single-stranded RNA) จึงกลายพันธุ์ได้ง่าย

10.2.2 เป็น Enveloped virus มีเยื่อหุ้มชั้นนอกที่เป็นไขมันถูกทำลายด้วยสารละลายไขมัน เช่น สบู่ ผงซักฟอก แอลกอฮอล์

10.2.3 มีเดือย (Spike) ยื่นจากแคปซิด เดือยนี้เกาะติดได้ดีกับตัวรับของ ACE2 ซึ่งเป็นเอ็นไซม์ที่เยื่อของทางเดินหายใจ เส้นเลือด หัวใจ ไต และลำไส้

แอนติเจนจากไวรัสโคโรนา-19 ที่สำคัญในการพัฒนาชุดตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และการผลิตวัคซีนป้องกันโคโรนา-19 ในขณะนี้ คือ โปรตีนเอส (S protein, S=spike) จาก Spike ในการพัฒนาวัคซีนและโปรตีนเอ็น (N protein, N = nucleocapsid) จาก Capsid ในการพัฒนาชุดตรวจ

ไวรัสโคโรนา-19 (SARS-CoV-2) เป็นเพียงสารพันธุกรรมที่มีเกราะหุ้มซึ่งถูกทำลายได้ง่ายด้วย สบู่ แสงแดด ความร้อน ไม่สามารถเคลื่อนที่เองได้ ไม่สามารถแบ่งตัวเมื่ออยู่นอกเซลล์และไม่สามารถเข้าสู่ร่างกายของคนได้หากคนไม่นำเข้าไป แต่กลับสามารถก่อโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก การควบคุมและ ป้องกันโคโรนา-19 อยู่ที่การปฏิบัติตัวในการป้องกันการรับเชื้อของคน

11. การแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา-19

การแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา-19 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (สยมพร ศิรินาวิน, 2563) คือ

11.1 การแพร่เชื้อผ่านอากาศ แบ่งเป็น

โรคติดเชื้อไวรัสที่เป็นโรคติดต่อ มีระยะเวลาแพร่เชื้อ (Contagious period) แตกต่างกัน โดยทั่วไปผู้ติดเชื้อจะแพร่เชื้อเมื่อมีอาการป่วยและแพร่เชื้อได้มากที่สุดในระยะที่อาการหนักที่สุดของโรคที่ไม่ใช่ผลแทรกซ้อนจากเหตุอื่น ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยแพร่เชื้อได้แต่มีเขื่อนน้อยกว่า การแพร่เชื้อในระยะที่ไม่มีอาการมักจะอยู่ในระยะ 2-3 วัน ก่อนเริ่มมีอาการป่วย การตรวจพบไวรัสโคโรนา-19 ในทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการแสดงว่ามีผู้ที่ไม่มีอาการแพร่เชื้อได้แต่เป็นไปได้ยากกว่าผู้ที่มีอาการ

การแพร่เชื้อจากทางเดินหายใจผ่านอากาศ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม มีความสำคัญต่อการกำหนดแนว ทางป้องกัน ซึ่งมีความยากง่ายและสิ้นเปลืองแตกต่างกัน ทั้งนี้ความลับสน ในความเข้าใจและการปฏิบัติ ยังมีอยู่มาก

11.1.1 การแพร่เชื้อทาง “หยดละออง” (Droplet transmission) หยดละออง (Droplet) คือ ละอองขนาดใหญ่ >5 ไมครอน (1 ไมครอน = 0.001 มม.) ประกอบด้วยน้ำเป็นส่วนใหญ่ มีเมือก และเซลล์ที่ตาย ถ้ามาจากผู้ติดเชื้อทางเดินหายใจจะมีเชื้อโรค เช่น ไวรัส อยู่ด้วย การแพร่เชื้อทาง “หยดละออง” หมายถึงการแพร่เชื้อโดยละอองขนาดใหญ่ที่ปนเปื้อนเชื้อโรค อยู่ในอากาศได้ ช่วงสั้นตกลงบนพื้นในระยะใกล้ คือ ไม่เกิน 1-2 เมตร เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ติดเชื้อ ไอ จาม พูด ตะโกน ร้องเพลง หัวเราะ ส่งละอองนั้นออกมา การรับเชื้อวิธีนี้เกิดขึ้นเมื่อมีผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ ติดเชื้อในระยะ 1-2 เมตร ทำให้มีโอกาสรับเชื้อจากหยดละอองที่มีเชื้อโรคเข้าทางปาก จมูก ตา นอกจากนี้ละอองที่มีไวรัสจะตกลงบนสิ่งของหรือพื้นผิวรอบตัวผู้ติดเชื้อ ทำให้แพร่เชื้อไปยังคน อื่นที่สัมผัสและรับเชื้อต่อไปได้ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการแพร่เชื้อทางการสัมผัส (Contact transmission)

11.1.2 การแพร่เชื้อทาง “ละอองลอย” (Aerosol หรือ Airborne transmission) ละอองลอย (Aerosol) คือ ละอองขนาดเล็กสภาพการก่อการติดเชื้อได้นาน เช่น เชื้อวัณโรค ไวรัสโคโรนา-19 ในที่ปิดซึ่งอากาศเย็น มีความเห็นจากหลายแหล่งว่าควรใช้คำว่า Aerosol transmission สำหรับละอองลอยแทน Airborne transmission ที่ใช้กันอยู่เพื่อลดความลับสน ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ คำว่า Airborne แปลว่า “ในอากาศ” หรือ “พาไป โดยอากาศหรือลม” ดังนั้นควรจะหมายถึงสิ่งที่อยู่ในอากาศ ซึ่งควรจะหมายถึงละอองจาก ทางเดินหายใจขนาดต่าง ๆ ทั้งขนาดใหญ่ (Droplet) และขนาดเล็ก (Aerosol)

11.2 การแพร่เชื้อโดยการสัมผัส โดยมีพาหะนำ คือ

11.2.1 พื้นผิววัตถุหรือสิ่งของที่ผู้ติดเชื้อนำเชื้อโรคมาทิ้งไว้ อาจอยู่ได้หลายชั่วโมง หรือหลายวัน ก่อการติดเชื้อเมื่อมีการนำเข้าสู่ร่างกายทางปาก จมูก ตา

11.2.2 มือ ที่มีเชื้อโรคติดอยู่และใช้มือนั้นสัมผัสกับผู้อื่น สิ่งของหรือนำเชื้อ เข้าสู่ร่างกายทาง ปาก จมูก ตา โคโรนา-19 ติดต่อกันด้วยวิธีการที่คล้ายกับไข้หวัดใหญ่

12. แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันและลดการแพร่เชื้อโคโรนา-19 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

12.1 แนวทางการปฏิบัติสำหรับประชาชนทั่วไป

12.1.1 ออกจากบ้านเมื่อจำเป็น หากออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่างจากคนอื่น อย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัดหรือพื้นที่ปิด

12.1.2 สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกบ้าน

12.1.3 ใช้รถสาธารณะเมื่อจำเป็นและหลีกเลี่ยงชั่วโมงเร่งด่วน หากต้องซ้อนมอเตอร์ไซด์ควรนั่งหันข้าง

12.1.4 ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง ก่อนทานอาหาร หลังใช้ห้องน้ำหรือหลังจากไอ จามหรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอน ลูกบิดประตู ราวจับหรือราวบันได เป็นต้น

12.1.5 หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

12.1.6 ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้เลี่ยงการออกนอกบ้านหากไม่จำเป็นให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุดและระยะเวลาสั้นที่สุด

12.1.7 แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ควรใช้ของร่วมกับผู้อื่น

12.1.8 เลือกทานอาหารร้อนหรือที่ปรุงสุกใหม่ ควรทานอาหารแยกสำหรับหรือหากต้องทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลาง ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ

12.1.9 หากเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือพื้นที่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ควรกักตัวเองที่บ้าน 14 วัน และปฏิบัติตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข

12.1.10 หมั่นสังเกตอาการตนเอง หากมีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ให้ไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

12.2 แนวทางการปฏิบัติสำหรับกลุ่มเสี่ยง

12.2.1 คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นวงกว้าง ผู้สูงอายุถือเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น การอยู่รวมกันเป็นครอบครัวที่มีสมาชิกในบ้านมีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง อาจทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวควรมีการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันการรับสัมผัสและแพร่กระจายเชื้อโรค ดังนี้

1) คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุ

1.1) ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ 70 % ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังเข้าห้องน้ำหรือเมื่อสัมผัสสิ่งของร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก

1.2) เลือกทานอาหารร้อนหรือปรุงสุกใหม่ ควรทานอาหารแยกสำหรับหรือหากต้องทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลาง ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ

1.3) หากไอ จาม ใช้ผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษทิชชูปิดปากหรือใช้ข้อศอกปิดปากจุมกและทำความสะอาดมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทันทีหรือให้สวมหน้ากาก หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการหวัด มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก

1.4) งดออกจากบ้านหรือเข้าไปในบริเวณที่มีคนแออัด หากจำเป็น ให้ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ใช้เวลาน้อยที่สุด รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการสวมกอดหรือพูดคุยในระยะใกล้ชิดกับบุคคลอื่นและเปลี่ยนมาใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์หรือ Social media เป็นต้น

1.5) หากมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ หลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง ควรจัดเตรียมยาสำรองสำหรับรักษา โรคประจำตัวของผู้สูงอายุไว้ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ หากถึงกำหนดตรวจตามนัด ให้ติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์และให้ญาติไปรับยาแทน

1.6) ดูแลสภาพจิตใจของตนเอง ไม่ให้เครียดเกินไป หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกาย ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี ปลูกต้นไม้ ทำสวน จัดห้อง ตกแต่งบ้าน เล่นกับสัตว์เลี้ยง สวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น

2) คำแนะนำสำหรับผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ

2.1) สังเกตตนเอง ว่ามีอาการไข้หรืออาการทางเดินหายใจหรือไม่ หากพบว่ามีอาการดังกล่าวควรงดการใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ

2.2) หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็น หาวิธีการสร้างความสัมพันธ์อันดี โดยรักษาระยะห่างกับผู้สูงอายุ

2.3) ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ ต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและล้างมือทุกครั้งก่อนให้การดูแล

3) คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจ หากมีการติดเชื้อโควิด 19 จะมีความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อหรือป่วยรุนแรง จึงมีคำแนะนำดังนี้

12.2.2 คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย

1) ให้อยู่ในที่พักอาศัย เว้นจากการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลที่ไม่ใช่ผู้ดูแล รักษาระยะห่างระหว่างบุคคล 1-2 เมตร

2) หากต้องออกจากที่พักอาศัย ไปในพื้นที่ที่มีคนแออัดหรือโดยสาร
รถสาธารณะให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา

3) งดใช้ของหรือเครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น

4) มีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของสถานพยาบาลที่รักษาประจำ
เพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพ

5) ติดต่อสถานพยาบาลที่รักษาประจำก่อนกำหนดวันนัด เพื่อรับทราบ
ข้อปฏิบัติ เช่น ให้ง่ายไปรับยาแทน ให้ไปรับยาใกล้บ้านหรือให้ย้ายไปตรวจที่สถานพยาบาลอื่น

6) ทานยาสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพตนเอง เช่น วัดความดันโลหิต
หรือวัดระดับน้ำตาลในเลือดเองที่บ้าน

7) หากมีอาการป่วยฉุกเฉิน ให้โทรเรียก 1669

12.2.3 แนะนำสำหรับญาติผู้ใกล้ชิดและผู้ดูแล

1) สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ให้การดูแล

2) ล้างมือก่อนและหลังการให้การดูแล

3) หากมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น มีน้ำมูก ไอ
เจ็บคอ หรือรู้สึกมีไข้ ต้องงดการให้การดูแลหรืออยู่ใกล้ชิด ควรมอบหมายผู้อื่นทำหน้าที่แทน

4) ทำความสะอาดเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ประจำ
ร่วมกันในบ้าน เช่น ฟันเครื่องวัดความดันโลหิตด้วยแอลกอฮอล์

12.2.4 คำแนะนำสำหรับกลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี รวมถึงหญิงตั้งครรภ์
หญิงหลังคลอดที่มีหน้าที่ดูแลเด็กเล็ก

1) คำแนะนำสำหรับกลุ่มเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคโควิด-19 อันตราย
ต่อเด็กเช่นเดียวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจทั่วไป เช่น ไข้หวัดใหญ่ จึงมีคำแนะนำ
สำหรับผู้ปกครอง ดังนี้

1.1) ห้ามพาเด็กออกไปที่สาธารณะโดยไม่จำเป็น

1.2) เว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ไม่ใกล้ชิดคนอื่น

1.3) ผู้ใหญ่ที่ดูแลเด็กไม่ควรออกไปนอกบ้าน ถ้าจำเป็นกลับมาถึงบ้าน
ต้องอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ก่อนมาเล่นกับเด็ก

1.4) สอนเด็กล้างมือ ใส่หน้ากาก กินอาหารที่มีประโยชน์ ปรุงสุก
สะอาดและนอนพักผ่อนให้เพียงพอ

1.5) หากเด็กติดเชื้อโควิด-19 อาการของโรค เริ่มตั้งแต่มีอาการหวัดน้อย ๆ จนถึงปอดอักเสบหรือปอดบวม และหากมีโรคประจำตัว ก็จะมีอาการชัดเจนอย่างรวดเร็ว ดังนั้นถ้าเริ่มมีอาการ ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที

2) คำแนะนำสำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ที่มีหน้าที่ดูแลเด็ก เนื่องจากเชื้อโควิด-19 เป็นเชื้อไวรัสชนิดใหม่ ยังไม่มีข้อมูลว่าหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสติดเชื้อมากกว่าคนทั่วไปหรือไม่ จึงมีคำแนะนำดังนี้

2.1) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด กลุ่มปกติ คือกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ ใช้หลักการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้ออย่างเคร่งครัด โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ที่มิใช่ มีอาการระบบทางเดินหายใจ หรือผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง หลีกเลี่ยงการอยู่สถานที่ที่มีผู้คนแออัด รวมกลุ่มกันจำนวนมาก สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่อออกนอกบ้าน หากต้องอยู่ในสถานที่สาธารณะ ควรเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณดวงตา ปาก และจมูก รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ แยกภาชนะรับประทานอาหาร งดใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ เผื่อระวังสังเกตอาการโดยเฉพาะอาการไอ อาการระบบทางเดินหายใจ หากมีอาการป่วยเล็กน้อย ควรพักผ่อนอยู่ที่บ้าน ถ้ามีอาการไอ ไอ เจ็บคอ หายใจเหนื่อย ควรรีบไปพบแพทย์ หากถึงกำหนดนัดฝากครรภ์สามารถติดต่อขอคำแนะนำกับแพทย์เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการไปตรวจตามนัด

2.2) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด กลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มเสี่ยง ควรแยกตนเองออกจากครอบครัวและสังเกตอาการจนครบ 14 วัน งดการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น งดออกไปในที่ชุมชนโดยไม่จำเป็นและอยู่ห่างจากผู้อื่น ในระยะ 1-2 เมตร กรณีครบกำหนดนัดฝากครรภ์ ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบว่าตนเองอยู่ระหว่างการเฝ้าระวัง 14 วัน เพื่อพิจารณาเลื่อนการฝากครรภ์และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ กรณีเจ็บครรภ์คลอดต้องไปโรงพยาบาลทันทีและแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบว่าตนเองอยู่ระหว่างการเฝ้าระวัง 14 วัน

3) คำแนะนำสำหรับการดูแลทารกแรกเกิด กรณีแม่เป็นผู้ที่สงสัยติดเชื้อหรือติดเชื้อโควิด-19 ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานการติดต่อผ่านทางรกหรือผ่านทางน้ำนม แต่ทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อโควิด-19 จัดเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง จะต้องมีการแยกตัวออกจากทารกอื่นและต้องสังเกตอาการเป็นเวลา 14 วัน สำหรับแนวทางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อคำนึงถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการในการแพร่เชื้อไวรัสผ่านทางน้ำนม ดังนั้น ทารกจึงสามารถกินนมแม่ได้ โดยปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ดังนี้

4) คำแนะนำสำหรับแม่ ในกรณีสงสัยว่าจะติดเชื้อหรือติดเชื้อโควิด-19 แต่อาการไม่มาก สามารถกอดลูกและให้นมจากเต้าได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของแม่และครอบครัว ต้องปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด กรณีแม่ที่ติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการชัดเจน หากยังสามารถบีบน้ำนมได้ ให้ใช้วิธีบีบน้ำนมและให้ผู้ช่วยเป็นผู้ป้อนนมแก่ลูก หากไม่สามารถบีบน้ำนมเองได้ อาจพิจารณาใช้นมผงแทน

12.3 แนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย (สยมพร ศิรินาวิน, 2563)

12.3.1 สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา ใช้หน้ากากอนามัย และทิ้งลงขยะติดเชื้อที่มีการจัดไว้ให้ที่เป็นลักษณะปิดหรือทิ้งในถุงหรือถังขยะปิดที่ใช้เฉพาะ หน้ากากติดเชื้อ

12.3.2 หากมีอาการไอ จาม ให้ปลอดภัยต่อคนอื่นควรเว้นระยะห่างและหันหน้า ออกจากคนอื่น ใช้ข้อพับศอกด้านในปิดปาก จมูกหรือใช้ทิชชู แล้วทิ้งในถังขยะติดเชื้อหรือใส่ถุงที่ปิด หากใส่หน้ากากอนามัยอยู่ให้ไอ จาม ในหน้ากากอนามัย ถ้าใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปาก จมูก เสริจแล้ว ให้พับด้านเป็นอเนกข้างใน เก็บไว้ในถุงพลาสติกก่อนนำไปซัก

13.2.3 ระยะห่างจากคนอื่น งดหรือเลี่ยงการเข้าใกล้คนอื่นอย่างน้อย 2 เมตร

12.4 แนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 นอกโรงพยาบาล

12.4.1 แยกผู้ป่วยจากคนอื่น เว้นระยะห่างให้เกิน 1-2 เมตร ตลอดเวลา และหากเป็นไปได้ ผู้ป่วยควรอยู่ในห้องแยกและแยกใช้ห้องน้ำจากคนอื่น

12.4.2 ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในห้องร่วมกับคนอื่น คนที่ดูแลใกล้ชิด ก็ควรใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในห้องผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ใส่หน้ากากอนามัยไม่ได้

12.4.3 ระมัดระวังในการสัมผัสเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย และสิ่งคัดหลั่งอื่น จากผู้ป่วย ใส่หน้ากากอนามัย ผ่ากั้นป้องกันและถุงมือ ตามกรณีและล้างมือทุกครั้ง

12.4.4 ทำความสะอาดบริเวณที่ใช้ดูแลผู้ป่วยและสิ่งของ เช่น โทรศัพท์

12.4.5 ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์

13 คำนิยามผู้สัมผัสโรค ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย (สยมพร ศิรินาวิน, 2563)

ผู้สัมผัสโรคโควิด-19 (Contacts) การวินิจฉัยผู้สัมผัสโรคและผู้ติดเชื้อได้รวดเร็ว เป็นขั้นตอนสำคัญมากในการควบคุม ป้องกันโรคที่กำลังระบาดและการรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ประวัติ การสัมผัสเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด

13.1 **ผู้สัมผัสโรค** หมายถึง ผู้มีประวัติว่าได้อยู่ในเหตุการณ์ที่มีโอกาสรับเชื้อโรค ที่เป็นสาเหตุของโรคติดต่อ ซึ่งในที่นี้ คือ โรคโควิด-19 โดยพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับคน สถานที่

เวลา ซึ่งคนที่เป็นหรืออาจจะเป็นผู้แพร่เชื้อ สถานที่ ที่เป็นหรืออาจจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อและเวลา ที่มีผู้ติดเชื้อในแหล่งนั้น

13.1.1 การแบ่งกลุ่มผู้สัมผัสโรคโควิด-19

1) ผู้สัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมาก (High-risk exposure) คือ ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิด (Close contacts) กับผู้ที่น่าจะติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อ ในช่วงเวลาที่แพร่เชื้อ ได้แก่

1.1) การอยู่ใกล้ชิดในระยะน้อยกว่า 2 เมตร นานกว่า 15 นาที อาศัยในที่อยู่ร่วมกัน ใช้ที่ส่วนกลางและทานอาหารร่วมกันกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในสถานที่แคบและปิดร่วมกับผู้ติดเชื้อหรือเผชิญหน้ากัน ที่ระยะน้อยกว่า 2 เมตร นานกว่า 15 นาที โดยไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันการรับเชื้ออย่างเหมาะสม

1.2) การสัมผัสโดยตรงกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 การสัมผัสทางกายโดยตรง เช่น จับมือ กอด จูบ สัมผัสโดยตรงกับน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 เช่น ถูกผู้ติดเชื้อไอหรือจามรด

1.3) การดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยไม่ป้องกัน

2) ผู้สัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อย (Low-risk exposure) คือ ผู้สัมผัสทั่วไป (Casual contact) หมายถึง การอยู่ในสถานที่แคบและปิด (เช่น ห้องแคบ รถโดยสาร) ร่วมกับผู้ติดเชื้อในระยะห่างมากกว่า 2 เมตร น้อยกว่า 15 นาที โดยไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกัน ยิงช่วงเวลาสัมผัสนานนานโอกาสติดเชื้อก็มากขึ้น

3) การสัมผัสทุกกรณี ไม่ว่าจะความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจะมากหรือน้อย

3.1) ควรแยกตนเองจากการสัมผัสทางกายหรือวัตถุกับผู้อื่นทันที ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม รายงานต่อเจ้าหน้าที่ทันทีที่พบอาการผิดปกติใน 14 วัน นับจากวันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย

3.2) ถ้าไม่มีอาการผิดปกติใน 14 วัน ก็ไม่ต้องกักตัวต่อไป

13.2 ผู้ติดเชื้อ คือ ผู้ที่ถูกตรวจพบเชื้อโรคชนิดนั้นในร่างกายและมีอาการป่วยจากโรคนั้นหรือมีปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มต่อเชื้อ ซึ่งตรวจพบได้จากการตรวจเลือดหาภูมิโกลบูลิน IgM และ IgG ที่เฉพาะต่อโรคนั้น ซึ่งแปลผลได้ว่ากำลังมีหรือเคยมีการติดเชื้อชนิดนั้น ผู้ติดเชื้อโควิด-19 (Infected cases) ข้อมูลที่สำคัญมากในการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 คือ ประวัติการสัมผัสโรค หากมีข้อมูลหรือข้อสงสัย ก็นับเป็นผู้สัมผัสที่ต้องดูแลและตรวจหากการติดเชื้อเพิ่มเติมต่อไป แต่หากมีข้อมูลที่เชื่อถือได้ว่าไม่มีการสัมผัสโรคอย่างแน่นอน ก็ไม่ต้องทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการลดภาระงานและค่าใช้จ่าย

13.2.1 การแบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด-19 (สยมพร ศิรินาวิณ, 2563)

1) การแบ่งตามน้ำหนักของการวินิจฉัย

1.1) ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยัน (Confirmed case)

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.2) ผู้ที่ถูกสงสัยว่าป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (Suspected cases) ผู้ป่วยที่มีอาการที่เข้าข่าย เช่น ไข้ ร่วมกับไอแห้ง ๆ หรือหายใจลำบาก จมูกอักเสบกลิ่นไม่ได้ หรือมีอาการของการติดเชื้อที่ทางเดินหายใจรุนแรงที่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

1.3) ผู้ที่อาจจะติดเชื้อโควิด-19 (Probable case) คือ ผู้ที่ถูกสงสัย แต่ผลตรวจห้องปฏิบัติการยังไม่สามารถสรุปยืนยันได้

2) การแบ่งตามการป่วย

2.1) ผู้ติดเชื้อที่มีอาการป่วย (Symptomatic cases) มีอาการน้อย เช่น ไข้ ไอ จมูกอักเสบกลิ่นไม่ได้ มีอาการหนัก เช่น อาการของปอดอักเสบ ถึงแก่กรรม

2.2) ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการป่วย (Asymptomatic case) ผู้ติดเชื้อในระยะพักตัวก่อนเริ่มมีอาการ (Pre symptomatic cases) ผู้ติดเชื้อบางคนไม่มีอาการตลอดช่วงเวลาที่ติดเชื้อ

3) แบ่งตามการตรวจพบเชื้อและปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ

3.1) การตรวจพบปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ แสดงว่ากำลังมีหรือเคยมีการติดเชื้อชนิดนั้น

3.2) การตรวจพบเชื้อแต่ผู้นั้นไม่ป่วยหรือไม่มีปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อนั้น จากการตรวจที่ถูกต้อง ผู้ติดเชื้อนั้นอาจจะอยู่ในระยะพักตัวของโรค ซึ่งจะตามด้วยการป่วยหรือการมีปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ เพียงรับเชื้อมาและแพร่ได้ แต่ไม่ติดเชื้อ เรียกว่าการมาพักอยู่ของเชื้อโรค (Colonization) และผู้นั้นเป็นเพียงผู้นำเชื้อ หรือ พาหะ (Carrier) หรือสิ่งที่ตรวจพบเป็นซากของเชื้อโรค

13.3 ผู้ป่วยโรคโควิด-19 โรคติดต่อที่เกิดจากการติดเชื้อ มีระยะต่าง ๆ ของการติดเชื้อ และการเกิดโรค ดังนี้

13.3.1 ระยะซ่อนเร้นหรือระยะแฝงของโรค (Latent period) คือ ระยะเวลาตั้งแต่การรับเชื้อเข้าไปในร่างกายจนถึงการตรวจพบเชื้อและแพร่เชื้อ ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการป่วยและยังไม่มีปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ วินิจฉัยจากประวัติการสัมผัสและการตรวจพบเชื้อเท่านั้น

13.3.2 ระยะพักตัว (Incubation period) คือ ระยะเวลาตั้งแต่การรับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการ ระยะพักตัวของโควิด-19 คือ 2-14 วัน

13.3.3 ระยะแพร่เชื้อ หรือ ระยะติดต่อกัน (Communicability period) คือ ระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อแพร่เชื้อให้คนอื่นได้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการ สำหรับโควิด-19 ระยะแพร่เชือน่าจะเริ่มตั้งแต่ 1-5 วัน ก่อนมีอาการและตลอดระยะเวลาที่ป่วย ส่วนวันสุดท้ายของการแพร่เชื้อยังตอบได้ยาก มีข้อมูลว่า 8-10 วัน หลังเริ่มป่วย ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการสามารถแพร่เชื้อได้แต่ระยะแพร่เชื้อยังไม่ทราบแน่

14. การรักษาผู้ป่วยโควิด-19

หลักการรักษาโรคติดเชื้อโดยทั่วไป ประกอบด้วย

14.1 การกำจัดเชื้อโรค โดยยาปฏิชีวนะหรือยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial drug)

ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อเชื้อโรค (Specific antibody) การกำจัดเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ คือ การยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสในร่างกาย

14.1.1 ยาต้านไวรัส (Antiviral drugs) การผลิตยาต้านไวรัสยากกว่ายาต้านแบคทีเรีย เพราะไวรัสเข้าไปอยู่ในเซลล์ของคนรวมเป็นหนึ่งเดียว ใช้กระบวนการของเซลล์ในการเพิ่มจำนวน ยาที่กำจัดไวรัสต้องเลี่ยงการเกิดอันตรายต่อเซลล์ของคน นอกจากนี้ ไวรัวยังมีโอกาสกลายพันธุ์และดื้อต่อยาอีกด้วย

14.1.2 ภูมิคุ้มกันจำเพาะ (Specific antibody) คือ การสร้างแอนติบอดีที่จำเพาะต่อไวรัสชนิดนั้น โดยการให้วัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันเตรียมไว้ ส่วนกรณีที่ยังไม่ได้รับวัคซีนและผู้ป่วยที่ติดเชื้ออาจจะสร้างภูมิคุ้มกันไม่ทันหรืออาจจะสร้างไม่ได้ การให้น้ำเลือด (พลาสมา) ที่มีแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อจากคนที่เพิ่งหายจากโรคติดเชื้อชนิดนั้น (Convalescent plasma) ทั้งนี้การให้แอนติบอดีจำเพาะจากพลาสมาของผู้ที่มีภูมิคุ้มกัน เพื่อรักษาโรคติดเชื้อนั้น ใช้มานานกว่า 140 ปี (พ.ศ. 2423) ตั้งแต่ยังไม่มียาต้านจุลชีพ ขณะนี้มีการวิจัยการรักษาโควิด-19 โดยใช้ convalescent plasma ในหลายประเทศ รายงานเบื้องต้นชี้ว่าจะช่วยลดปริมาณไวรัสและอาจจะเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยที่รุนแรง แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าจะสรุปได้แน่ชัดรวมทั้งการวิเคราะห์ว่าควรใช้ในช่วงไหนของการเจ็บป่วย และในผู้ป่วยลักษณะใด

14.2 การรักษาปัญหาที่เกิดกับอวัยวะต่าง ๆ และภาวะแทรกซ้อน

การรักษาปัญหาที่เกิดกับอวัยวะต่าง ๆ ภาวะแทรกซ้อน (Treatment of complication) ปัญหาที่สำคัญอันดับแรกสำหรับโรคโควิด-19 คือ ระบบทางเดินหายใจและภาวะที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันเกินหรือผิดปกติไป เช่น พายุไซโตไคน์ (Cytokine storm)

14.3 การรักษาทั่วไป คือ การรักษาอาการ ซึ่งเป็นผลจากการ ติดเชื้อ และป้องกัน ไม่ให้การเจ็บป่วยมากขึ้น

การรักษาทั่วไป (General therapy) การรักษาพื้นฐาน คือ พักผ่อนให้เพียงพอ ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอและรักษาตามอาการ เช่น ลดไข้ อาการปวดเมื่อย รับประทานแพทย์ ถ้าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ที่รุนแรง อาการทรุดลงหรือมีอาการมาก

15. การทำความสะอาดและการกำจัดเชื้อโรค (สยมพร ศิรินาวิน, 2563)

ไวรัสโคโรนา-19 ในสิ่งแวดล้อม สภาพอากาศ มีผลต่อความคงทนของไวรัส ในสิ่งแวดล้อม โดยทั่วโลกที่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ชี้ว่าน่าจะมีความสัมพันธ์ระหว่างการระบาดของไวรัส กับอุณหภูมิ ความเร็วลม และความชื้นสัมพัทธ์ การรวบรวมผลจากงานวิจัย 7 รายงาน ระหว่าง ค.ศ. 2000–2015 เพื่อดูว่าไวรัสโคโรนาอยู่บนผิววัตถุชนิดต่าง ๆ ได้นานเท่าไร การวิจัยส่วนใหญ่ ใช้ไวรัสโคโรนาชนิดที่เป็นสาเหตุของโรคหัดธรรมดา พบว่า ที่อุณหภูมิ 20°C–21°C ไวรัสโคโรนา อยู่ในสภาพก่อโรคได้ 2 ชั่วโมง และนานถึง 9 วัน และอุณหภูมิที่สูงขึ้น เช่น 30°C หรือ 40°C จะลดระยะเวลาลง การคงสภาพของไวรัสที่ 4°C ไวรัสจะอยู่นานขึ้นถึง 28 วัน

15.1 การทำความสะอาด หมายถึง การปิดกั้นเชื้อ ล้างขจัดเอาฝุ่น สิ่งสกปรก และเชื้อโรคออกจากบริเวณนั้น ไม่ได้ฆ่าหรือทำลายเชื้อโรค การที่เชื้อโรคเหลือน้อย ทำให้โอกาส แพร่เชื้อน้อยลง รวมทั้งทำให้ผลดีขึ้นในการกำจัดเชื้อโรคด้วยสารเคมี “ทำความสะอาด” ก่อน “กำจัดเชื้อ” สารเคมีจะกำจัดเชื้อโรคได้ไม่สิ้นซาก หากที่นั้นมีเชื้อโรคมากหรือเมื่อมีสารอินทรีย์ เคลือบอยู่ เช่น เลือด น้ำมูก น้ำลาย คราบ สกปรก ซึ่งจะทำให้สารเคมีเข้าไม่ถึงตัวเชื้อโรคหรือ ถูกเปลี่ยนสภาพซึ่งทำให้กำจัดเชื้อโรคได้น้อยลง

15.2 การกำจัดเชื้อโรค หมายถึง การทำลายหรือฆ่าเชื้อโรคในพื้นที่นั้น ๆ ซึ่งอาจจะ เป็นการใช้สารเคมี สบู่ ความร้อน หรือแสงแดด เป็นเรื่องสำคัญ ส่วนการใช้สารเคมี กำจัดเชื้อโรคนั้น ควรทำเฉพาะสถานที่ที่มีผู้แพร่เชื้อมาสัมผัส นอกจากนี้การระบายอากาศที่ดีและแสงแดดส่องถึง เป็นการกำจัดเชื้อโรคได้อย่างดี การเลือกใช้สารเคมีกำจัดเชื้อโรคจะต้องทำความเข้าใจให้ดี เช่น ถ้าใช้สารเคมีที่ใช้กับผิวหนังในการทำความสะอาดวัตถุ ก็จะทำให้ได้ผลไม่ดีเพราะความเข้มข้น น้อยไปและถ้าสารเคมีที่ใช้กับวัตถุมาสัมผัสตัวคนก็จะเป็นอันตราย

15.3 สารเคมีกำจัดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 สารเคมีกำจัดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ที่ใช้กันมาก คือ น้ำและสบู่ แอลกอฮอล์ และไฮโปคลอไรท์

15.3.1 น้ำและสบู่ น้ำและผงซักฟอก มีประสิทธิภาพสูงหากเช็ดถูให้ดีและทั่วถึง เป็นสิ่งแรกๆที่ควรนึกถึง ไวรัสโคโรนามีเยื่อหุ้มชั้นนอกซึ่งเป็นไขมันจึงถูกกำจัดได้ง่าย ด้วยสารลดแรง ตึงผิว เช่น สบู่ ผงซักฟอก ทั้งนี้ มีผลการทดลองสนับสนุน น้ำและสบู่ สามารถทำลายเยื่อไขมัน

ของไวรัสโคโรนา-19 ทำให้หมดฤทธิ์เหลือแต่ซากและทำให้ไวรัสหรือซากไวรัสหลุดจากผิวหนัง และวัสดุต่าง ๆ โดยฟอกให้ทั่ว นาน 1 นาที ล้างด้วยน้ำ จะทำให้สะอาดและปราศจากเชื้อโคโรนา-19 การใช้สบู่ล้างมือทำให้มีฟองมากขึ้น ประสิทธิภาพดีขึ้น สบู่ฆ่าเชื้อ (Antibacterial soap) มีสารที่มีฤทธิ์ ต่อแบคทีเรียเป็นส่วนประกอบ ไม่มีประโยชน์เพิ่มขึ้นจากสบู่ธรรมดาทั่วไปในการลดการเจ็บป่วย จากการติดเชื้อแบคทีเรียและในการกำจัดไวรัส

15.3.2 แอลกอฮอล์ เอทานอล 70% (60%–90%) เป็นแอลกอฮอล์ที่กำจัดไวรัสโคโรนาได้ดีที่สุด เป็นแอลกอฮอล์ล้างแผลที่มักจะมีอยู่ประจำบ้าน ทาหรือฉีดละอองบนผิวหนัง สูดทิ้งไว้นาน 30 วินาที จนแอลกอฮอล์ระเหยแห้ง ไม่ต้องเช็ดซ้ำ ใช้กับพื้นที่แคบ ๆ เพราะแอลกอฮอล์ ระเหยและติดไฟได้ หากใช้กับพื้นที่กว้างจะเป็นอันตราย ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการกำจัดเชื้อโรคที่ มือ ได้แก่ เจล โฟม สเปรย์

15.3.3 ไอโอดีน และ ไอโอดีนโพวอร์ โปวิดอนไอโอดีน (povidone iodine, Betadine[®]) เป็นสารเคมีกำจัดเชื้อโรคบนผิวหนัง (Antiseptic) ที่มีประสิทธิภาพต่อจุลชีพ กว้างขวางที่สุด กำจัดเชื้อได้เร็วและอยู่นาน ได้ผลต่อแบคทีเรีย รวมทั้งสปอร์ เชื้อรา โปรโตซัว และไวรัส หลายชนิด เช่น ไวรัสไข้หวัดใหญ่ H1N1 ไวรัสโคโรนา ใช้เป็นยาทาแผลและใช้เป็น Antiseptic ในห้องผ่าตัด ใช้ทาเย็บแผลได้มีสีติดค้างบนผิว

15.3.4 คลอรีน ไฮโปคลอไรท์ และน้ำยาฟอกผ้าขาว สารออกฤทธิ์ในน้ำยา ฟอกผ้าขาว คือ โซเดียมไฮโปคลอไรท์ ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการกำจัดแบคทีเรียและไวรัส ชื่อทางการค้าในประเทศไทย เช่น ไฮเตอร์ (Haite[®]) และคลอโร็กซ์ (Clorox[®]) มีโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ในรูปของสารกำจัดเชื้อคือคลอรีนอยู่ 6% ต้องเจือจางให้ได้ความเข้มข้นที่เหมาะสมกับการใช้ เช่น ใช้ 1 ส่วนผสมกับน้ำ 9 ส่วน จะได้ความเข้มข้นประมาณ 0.6% ต้องให้น้ำยาล้างผ้าขาวที่จะ กำจัดเชื้อโรคนาน 5–10 นาที ขึ้นกับชนิดของเชื้อโรค แล้วล้างด้วยน้ำหรือเช็ดออกจากผิวโลหะ ด้วยผ้าเปียก เพราะถ้าทิ้งไว้จะกัดกร่อนโลหะ

15.3.5 ไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ (Hydrogen peroxide, H₂O₂) น้ำยาไฮโดรเจน- เพอร์ออกไซด์ 0.5% (โดยผสม 3% H₂O₂ 1 ส่วน ต่อ น้ำ 5 ส่วน) สามารถกำจัดไวรัส ซึ่งกำจัด ยากกว่าไวรัสโคโรนาใน 6–8 นาที ฉะนั้นจึงกำจัดไวรัสโคโรนา-19 ได้ดี

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) ในอดีตจนถึงปัจจุบันมีการแปลคำนี้ไว้ แตกต่างกันไป อาทิเช่น “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” หรือ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” หรือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยผู้ที่มีความรู้

ทางด้านสุขภาพต่ำ (limited health literacy) หรือมีสถานะที่ยังไม่รอบรู้เพียงพอจะพบว่ามีปัญหา ด้านการรับรู้ การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จากการทบทวนนิยาม ของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) มีผู้ที่ให้คำนิยามและความหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความแตกฉานด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) นิยามว่า “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแปลความว่า “ทักษะต่าง ๆ ทางกรรับรู้ ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น”

2. การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ

เป็นคำที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงาน เรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554)

3. ความฉลาดทางสุขภาพ

เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกล่าวถึง literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (มูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย, 2553).

4. ความฉลาดทางสุขภาพ

เป็นคำที่กำหนดขึ้นใช้ในโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุน บริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554)

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในปี ค.ศ.1974 มีการบัญญัติคำว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือ Health literacy ครั้งแรก ในการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา (Mancuso, 2009) และมีผู้ได้ให้คำจำกัดความ ที่มีการนำมาใช้กันอย่างหลากหลาย ดังนี้

WHO (1998) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่าเป็นกระบวนการ ทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริม รักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2561) ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือ Health Literacy หมายถึง ความสามารถของคน กลุ่มบุคคล ชุมชน หรือประชากรในสังคมโดยรวม ในการค้นหาคำตอบที่ต้องการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็น ตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมาและประพฤติปฏิบัติโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็น

Nutbeam (2008) ได้อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคล ทั้งทางด้านสังคม การคิดวิเคราะห์ กำหนดแรงจูงใจ ความสามารถของคนในการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติและการจูงใจในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ

Rootman (2009) ให้ความหมายว่า เป็นทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหาเพื่อประเมิน บูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ที่มีความหลากหลายของบริบทและยังเป็นที่ต้องการในด้านการรู้ค่าศัพท์ทางสุขภาพ และวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้นด้วย

Chin (2011) ให้ความหมายว่า เป็นการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งทั้ง 2 คำ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่นหากมีความรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Edwards (2012) ได้กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นได้รับ การถ่ายทอดหรือเป็นผู้มีส่วนร่วมสร้างให้ตนเองเกิดความสามารถ จนกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เจรจาต่อรอง เข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพบางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดีแต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อยและมีการสื่อสารเพื่อปรึกษา

Sorensen (2012) ให้แนวคิด “Integrated model of health literacy” ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง (Access) การเข้าใจ (Understand) การประเมิน (Appraise) และการประยุกต์ใช้ (Apply) อธิบายได้ดังนี้

1. การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหา ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
2. เข้าใจ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ

3. ประเมินความสามารถในการอธิบาย การตีความ การกลั่นกรอง และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง

4. การปฏิบัติ ความสามารถในการสื่อสาร การใช้ข้อมูล ในการตัดสินใจรักษา และปรับปรุงสุขภาพตนเอง

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัว เพื่อป้องกันควบคุม ความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยวัดจาก องค์ประกอบ 6 ด้าน ที่สะท้อนจากคุณลักษณะและพฤติกรรม คือ ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือ Health literacy มีคำเรียกหลายคำในบริบทที่แตกต่างกัน แต่มีความหมายครอบคลุมในการใช้ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ จัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียน สื่อสารโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจ และยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีกาทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกปฏิเสธ หลีกเสี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลวิเคราะห์ ผลดี ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธหลีกเสี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

ตาราง 1 องค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ

| องค์ประกอบ | คุณลักษณะสำคัญ |
|------------------------------------|---|
| 1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | <ol style="list-style-type: none"> 1. เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา 2. ค้นหาข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ถูกต้อง 3. สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง |
| 2. ความรู้ ความเข้าใจ | <ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้และเข้าใจเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ 2. สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหา สาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ 3. สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อ/แนวทางการ ปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล |
| 3. ทักษะการสื่อสาร | <ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ 2. สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ |
| 4. ทักษะการจัดการตนเอง | <ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ 2. สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ 3. มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง |
| 5. ทักษะการตัดสินใจ | <ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี 2. ใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการปฏิบัติ 3. สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น |

ตาราง 1 (ต่อ)

| องค์ประกอบ | คุณลักษณะสำคัญ |
|----------------------|---|
| 6. การรู้เท่าทันสื่อ | <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล คุณภาพที่สื่อนำเสนอ 2. เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความ เสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น 3. ประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชน หรือสังคม |

ที่มา: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม

1. ความหมายของพฤติกรรม

สุวัฒน์ รักขันโท และคณะ (2551) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมลักษณะทางกายภาพไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมภายใน (covert behavior) เป็นพฤติกรรมซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้ แต่มีความพร้อมที่จะแสดงออกมาให้ปรากฏได้ เช่น สัญชาตญาณ ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อและเจตคติที่อยู่ภายในตัวบุคคล

2. พฤติกรรมภายนอก (overt behavior) เป็นพฤติกรรมซึ่งบุคคลแสดงออกมาให้เห็นหรือสังเกตได้ เช่น การกระทำ การปฏิบัติ การไม่ปฏิบัติ การพูด การเขียนที่แสดงความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และเจตคติที่จะทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

ชาลินี พรตเจริญ (2556) กล่าวว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิบัติการหรือพฤติกรรมของสิ่งมีชีวิตที่สามารถสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นเป็นคน พฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิบัติการต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกมาที่มีทั้งพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง กิจกรรมปฏิบัติภายในตัวบุคคลมีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม แม้ว่าพฤติกรรมภายในที่เป็นรูปธรรมจะไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่ก็สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างช่วยวัดได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การทำงานของปอด สำหรับพฤติกรรมที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม โดยพฤติกรรมภายนอกนี้ไม่สามารถมองเห็นได้และไม่สามารถใช้เครื่องมือตรวจสอบได้แต่อาจวัดได้โดยผ่านตัวแปรอื่น พฤติกรรมภายในมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกมา ซึ่งจะสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกันก็ได้ สำหรับพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ตลอดเวลา เช่น การพูด การแสดงกิริยาต่าง ๆ อาจเป็นการแสดงออกขณะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว เช่น การละเมอขณะนอนหลับ เป็นต้น ซึ่งการประเมิน

คุณภาพของคนที่สามารถดูได้จากพฤติกรรมภายนอกได้ เช่น ความสุภาพ ความคล่องแคล่ว ความตรงต่อเวลา ความก้าวร้าว ความเรียบร้อย ซึ่งพฤติกรรมภายนอกเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ส่วนในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพได้กล่าวถึง ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อนเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ โดยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคสามารถลดโอกาสการเกิดโรคได้ ส่วนพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยเพิ่มระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยสามารถ แบ่งพฤติกรรมได้ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น นิสัยการรับประทานอาหารทั้งจำนวนอาหาร ความถี่ และเวลาในแต่ละมื้อ เป็นต้น การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว การเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ การเล่นกีฬา การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันอันตรายและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะแรกของโรค เช่น การตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง คือ เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้สงสัยว่าตนเองจะป่วยและต้องการความเข้าใจกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเข้าใจของบุคคลว่าตนเองต้องการคำแนะนำและตัดสินใจที่จะแสวงหาแหล่งที่จะให้คำปรึกษา ดังนั้นพฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบายจึงหมายรวมถึงแต่ปฏิบัติกริยาของบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเองเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick-role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบว่าจะตนเองเจ็บป่วย โดยอาจทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่นหรือเป็นความคิดเห็นของตนเองก็ได้ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค การจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นต้น

Bandura (1977) ได้สรุปไว้ว่า “พฤติกรรม” คือ ความรู้ความเข้าใจหรือความเชื่อของคน ซึ่งมีการแสดงออกมาทางพฤติกรรม

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิริยา อาการ บทบาท สีส่า ท่าทาง การประพฤติปฏิบัติ การกระทำที่แสดงปรากฏออกมาภายนอกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งในส่วนที่เจ้าของพฤติกรรมเองรู้ได้และในส่วนที่บุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้

2. ความหมายของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง

Levin (1976) กล่าวถึงความหมาย ในการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการค้นหาหรือรักษาโรคในระยะแรก โดยใช้แหล่งบริการสุขภาพรวมถึงการรักษาในชั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเองและการให้การช่วยเหลือของกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในแวดวงวิชาชีพสาธารณสุขโดยตรง เช่น ให้การพยาบาลหรือการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจหรือสังคมและยังรวมถึงแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน เครือข่ายต่าง ๆ ในสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องค่าใช้จ่ายปัญหาทางเศรษฐกิจและนโยบายของสถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานก็ยังเป็นเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง

Norris (1987) การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กระบวนการซึ่งให้ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเอง ทางด้านสุขภาพอนามัย เนื่องมาจากประชาชนเล็งเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยอาจมีเหตุที่ช่วยผลักดันมาจากความไม่พึงพอใจในการรักษาพยาบาลของแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่แพงหรือตระหนักได้เองว่าตนเองก็มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้

กองสุขาภิบาล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเอง รวมไปถึงการไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรมและทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินในโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง "ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค" ดังนั้นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อการปฏิบัติและการจัดการทางสุขภาพ มีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น การเสริมสร้างและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ จะมีผลต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ทำให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคล ชุมชน สังคมที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

Fry (1980) การดูแลสุขภาพตนเองซึ่งประกอบด้วยการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง การเยียวยาตนเองและการรักษาด้วยตนเอง รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

Nutbeam (2000) พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งหลายเกิดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นทักษะหรือความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมินและใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นพมาศ โกศล และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ย 47.0 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ2ส อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 21.91 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ได้แก่ เพศ สถานภาพ และการศึกษาและความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ ซึ่งผลการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนบ้านวังหินต่อไป

อาทร อุคคติ (2561) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล ขนาดตัวอย่างจำนวน 360 ราย ผลการศึกษพบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามบทสุขบัญญัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรสและสถานภาพทางสังคม ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมและการได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแปรทั้ง 5 ตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติได้ ร้อยละ 18.01 โดยการได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 7.0 เพศ ร้อยละ 4.0 สถานภาพทางสังคม ร้อยละ 4.6 การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 1.4 และสถานภาพสมรส ร้อยละ 1.1 ผลการศึกษาดังกล่าวควรส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมและการนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องรวมทั้งสนับสนุนให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้มีบทบาทหรือสถานภาพทางสังคมมากยิ่งขึ้น เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อารีย์ แร่ทอง (2562) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3อ2สของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้ คือ มีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตน ร้อยละ 62.84 มีความรอบรู้ในระดับไม่ดี คือ มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน ร้อยละ 30.6 และระดับดีมาก คือ มีความฉลาดทางสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ ร้อยละ 5.56 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้ด้านสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($P = 0.026$) โดย อสม. ที่มีอายุ 15-45 ปี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับพอใช้ ร้อยละ 66.67 และอายุ 24 ปีขึ้นไปมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ระดับพอใช้ ร้อยละ 60.68 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๒2ส พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3๒2ส อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

ภมร ตรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ มีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมี 6 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ตัวแปรปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 27.3 ($R = 0.273$) ดังนั้นควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองก่อนเป็นลำดับแรกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ

ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ และพลอยไพลิน จันทร์มณี (2562) ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 11 พ.ศ. 2562 ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 41.1 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า มีความรอบรู้ในระดับดี มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 46.0 โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมากและมีพฤติกรรมการป้องกันโรค การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี

เบญจวรรณ บัวชุม (2563) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจ้าว อำเภอเวียงป่าเป้า ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรอบรู้อยู่ในระดับดีมาก คือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้องจนเชี่ยวชาญและยั่งยืน ร้อยละ 45.74 ระดับดีคือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ร้อยละ 39.01 ระดับพอใช้คือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง ร้อยละ 12.11 และระดับไม่ดีคือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน ร้อยละ 3.14 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากคือมีพฤติกรรมปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ร้อยละ 53.36 รองลงมาอยู่ในระดับดีคือมีพฤติกรรมปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

ร้อยละ 36.77 และระดับพอใช้คือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเล็กน้อย ร้อยละ 9.87

ธานี กล่อมใจ (2563) ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 จากประชาชนในเขตตำบลบ้านสา อำเภอเมืองจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพบว่าประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง มากที่สุด ได้แก่ โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) เป็นการติดเชื้อไวรัสตระกูลเดียวกับ ซาร์ส (SARs) และเมอร์ส (MERS) ทำให้มีความรุนแรงมาก (ร้อยละ 20) เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) มีระยะฟักตัว 3-14 วัน (ร้อยละ 13.33) โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้และสามารถแพร่เชื้อได้ทันทีแม้ไม่มีอาการ (ร้อยละ 13.33) ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.61$, S.D. = 0.28) เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนน้อย คือ ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ ($\bar{X} = 1.03$, S.D. = 0.67) ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังสัมผัสเงินเหรียญหรือธนบัตร ($\bar{X} = 1.23$, S.D. = 0.68) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.327$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = .000) และพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับมาก แต่ยังพบรายข้อที่มีค่าคะแนนน้อย ซึ่งอาจส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้จึงควรมีการสร้างความตระหนักแก่ประชาชนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค

ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญนภา บุญเสริม (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิง ในจังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 495 คน มีอายุเฉลี่ย 46.7 ปี (S.D. = 8.4) โดยช่วงอายุ 20-70 ปี เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ร้อยละ 98.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ ร้อยละ 52.3 ด้านความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 12.4$, S.D. = 0.9) ด้านทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($M = 4.0$, S.D. = 0.3) และด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเหมาะสม ($M = 4.3$, S.D. = 0.5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของ อสม. หญิง ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่าความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 11.064$, $p = 0.001$) และทัศนคติการป้องกัน

การติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 23.234, p < 0.001$)

ดร.ณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการกำบังกันโควิด-19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ทัศนคติและพฤติกรรมการกำบังกันโควิด-19 อยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 62.4, 71.3 และ 72.4 ตามลำดับ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรู้กับทัศนคติ ($r_s = 0.49$) ความรู้กับพฤติกรรม ($r_s = 0.47$) และทัศนคติกับพฤติกรรม ($r_s = 0.79$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการกำบังกันโควิด 19 ได้แก่ อายุ ระดับ การศึกษา รายได้ และช่องทางการรับข้อมูลโควิด-19 ผ่านอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์

Chatio (2019) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของกิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขในเขต Kassa-Nankana ทางตอนเหนือประเทศกานา ใช้วิธีการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดย STATA Version 11.2 วัดระดับประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression) พบว่า อาสาสมัครร้อยละ 45 มีประสิทธิภาพสูง ระดับการศึกษาและเชื้อชาติ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของอาสาสมัคร ปัจจัยอื่น ๆ เช่น แรงจูงใจและวิธีการเดินทาง ก็ส่งผลกับประสิทธิภาพของอาสาสมัครเช่นกัน

Riiser (2020) ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่น มาตราการกำบังกันสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 โดยสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นชาวออร์เวย์ ช่วงอายุระหว่าง 16-19 ปี จำนวน 2,205 คน ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมในการล้างมือ ความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและผลลัพธ์วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple linear) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) พบว่าสื่อทางโทรทัศน์และครอบครัวเป็นแหล่งความรู้หลักด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคระบาด ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้ในเรื่องการล้างมือ ความรู้และพฤติกรรมในด้านความรู้ด้านสุขภาพ การล้างมือสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้นั้นก็มีโอกาส 5% ที่จะลดการสัมผัสกับบุคคลใกล้ชิดเมื่อเทียบกับในสภาวะปกติ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่ำมากเมื่อ

เทียบกับชาวยุโรป การถูกกักตัวและการยืนยันว่าติดเชื้อหรือไม่ติดนั้นสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แต่การพบปะกับบุคคลใกล้ชิดลดลงมากกว่าสภาวะปกติไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

Shaukat (2021) ได้มีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในโรคติดเชื้อโควิด-19 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความเชื่อในทฤษฎีสมคบคิดในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐ 2 แห่งในเมืองปัญจาบ ประเทศปากีสถาน โดยใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ ผลสรุปจากการตอบแบบสอบถามจำนวน 271 ชุดพบว่าเพศของนักศึกษาส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยที่นักศึกษาเพศหญิงมีความตระหนักรู้ในเรื่องนี้ดีกว่านักศึกษาเพศชาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้บ่งชี้ว่านักศึกษาเกิดความวิตกกังวลหรือเกิดทฤษฎีสมคบคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงวิกฤตโรคระบาด



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย โดยเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือในการวิจัย
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานที่อยู่ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 1,087 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2564)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างที่ใช้วิจัยครั้งนี้ จำนวน 300 คน ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

$$\text{คำนวณได้จากสูตร} \quad n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร ($N = 1,087$)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.5)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $p = 0.5$)

แทนค่าจากสูตร

$$n = \frac{(3.841)(1087)(0.5)(1 - 0.5)}{(0.05^2)(1087) + (3.841)(0.5)(1 - 0.5)}$$

$$n = \frac{1043.79175}{3.67775}$$

$$n = 283.81$$

$$n \approx 284 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและข้อมูลไม่ครบ จึงเพิ่มอีกร้อยละ 5 เป็นขนาด 300 คน

2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

- 2.1 อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
- 2.2 ไม่มีปัญหาการพูดและการฟัง
- 2.3 สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบแบบการสัมภาษณ์ได้
- 2.4 มีสมาร์ตโฟน
- 2.5 เป็นผู้ที่มีสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา

2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลการสัมภาษณ์จนแล้วเสร็จ

2.3 การสุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Cluster Sampling) เนื่องจากประชากรในแต่ละพื้นที่ มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จึงแบ่งกลุ่มประชากรตามลักษณะเชิงภูมิศาสตร์และพื้นที่การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ ซึ่งแบ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 แห่ง คือ ศรีถ้อย แม่ใจ แม่สุก เจริญราษฎร์ ป่าแฝก บ้านเหล่า หนองสระ ดงอินตา และป่าตึง โดยมีประชากรตามตารางที่ 2

ตาราง 2 จำนวนประชากรแบ่งตามลักษณะเชิงภูมิศาสตร์และพื้นที่การบริหารจัดการ

| โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | ประชากร (คน) |
|-----------------------------|--------------|
| ศรีถอย | 121 |
| แม่ใจ | 216 |
| แม่สุก | 130 |
| เจริญราษฎร์ | 109 |
| ป่าแฝก | 122 |
| บ้านหนองสระ | 62 |
| บ้านเหล่า | 157 |
| ดงอินตา | 115 |
| ป่าดึ่ง | 54 |
| รวม | 1,087 |

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2564

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกจากจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากทั้งหมด 9 แห่ง ตามข้อมูล ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เลือกมา 30% โดยการจับฉลากแล้วไม่ใส่คืน ได้ทั้งหมด 3 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงอินตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สุก

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จับฉลากได้ ตามสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นตามสัดส่วน รวมทั้งสิ้น 300 คนตามสูตรคำนวณ รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตาราง 3 ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

| โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | ประชากร (คน) | กลุ่มตัวอย่าง (คน) |
|-----------------------------|--------------|--------------------|
| ดงอินตา | 115 | 75 |
| แม่ใจ | 216 | 140 |
| แม่สุก | 130 | 85 |
| รวม | 461 | 300 |

เครื่องมือในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.2 ผู้วิจัยใช้แนวคิดของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 28 ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และแบบวัดความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 (ธานี กล่อมใจ, 2563) นำมาประยุกต์ใช้และปรับเนื้อหาให้เหมาะสมสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา แบ่งเนื้อหาในแบบประเมินเป็น 3 ตอน รวม 38 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนคำถาม 30 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงองค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจ การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ (10 คะแนน) ลักษณะของแบบประเมินจะใช้แบบเลือกตอบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตาราง 4 เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

| องค์ประกอบการวัด | ช่วงคะแนน | ระดับ | แปลผล |
|-----------------------------|--|-------|---|
| ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ | 0-5 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม | ไม่ดี | รู้และเข้าใจยังไม่ถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติ |
| | 6-7 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม | พอใช้ | รู้และเข้าใจอย่างถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติ |
| | 8-10 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม | ดีมาก | รู้และเข้าใจอย่างถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติอย่างยั่งยืน |

องค์ประกอบที่ 2-6 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนคำถาม 20 ข้อ (40 คะแนน) ลักษณะของแบบประเมินจะใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ทุกครั้ง บางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนน

2 คะแนน สำหรับ ทุกครั้ง

1 คะแนน สำหรับ บางครั้ง

0 คะแนน สำหรับ ไม่ได้ปฏิบัติ

โดยมีรายละเอียดดังนี้

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | จำนวน 4 ข้อ 8 คะแนน |
| การสื่อสารสุขภาพ | จำนวน 4 ข้อ 8 คะแนน |
| การจัดการตนเอง | จำนวน 4 ข้อ 8 คะแนน |
| การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ | จำนวน 4 ข้อ 8 คะแนน |
| การตัดสินใจ | จำนวน 4 ข้อ 8 คะแนน |

ตาราง 5 เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งเป็น 3 ระดับ

| องค์ประกอบการวัด | ช่วงคะแนน | ระดับ | แปลผล |
|---------------------------------|--|---------|--|
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | 0-4 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม | ไม่ดี | ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ |
| | 5-6 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม | ถูกต้อง | สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้าง แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้ |
| | 7-8 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม | ดีมาก | สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำได้ |

ตาราง 5 (ต่อ)

| องค์ประกอบการวัด | ช่วงคะแนน | ระดับ | แปลผล |
|------------------------------|--|-------|--|
| การสื่อสารสุขภาพ | 0-4 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม | ไม่ดี | ยังมีปัญหาด้านการสื่อสารสุขภาพเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตน |
| | 5-6 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม | พอใช้ | สามารถสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ |
| | 7-8 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม | ดีมาก | มีความเชี่ยวชาญพอในด้านการสื่อสารสุขภาพเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง |
| การจัดการตนเอง | 0-4 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม | ไม่ดี | มีการจัดการตนเองภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคไม่ค่อยได้ |
| | 5-6 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม | พอใช้ | มีการจัดการตนเองภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคได้เป็นส่วนใหญ่ |
| | 7-8 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม | ดีมาก | มีการจัดการตนเองภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคได้เป็นอย่างดี |
| การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ | 0-4 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม | ไม่ดี | ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่ต้องคิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน |
| | 5-6 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม | พอใช้ | ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่ออยู่บ้าง โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางเรื่อง |

ตาราง 5 (ต่อ)

| องค์ประกอบการวัด | ช่วงคะแนน | ระดับ | แปลผล |
|------------------|---|-------|--|
| การตัดสินใจ | 0-4 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม | ไม่ดี | ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ยึดมั่น ทำตามสบายโดยไม่คำนึงถึง ผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง |
| | 5-6 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม | พอใช้ | มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ ความสำคัญต่อการปฏิบัติที่ เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและ ผู้อื่นเท่านั้น |
| | 7-8 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของ คะแนนเต็ม | ดีมาก | มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดย ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติที่ เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและ ผู้อื่นอย่างเคร่งครัด |

ตาราง 6 สรุปคะแนนรวม ขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ

| คะแนนรวมที่ได้ | ระดับ | แปลผล |
|--|-------|---|
| ถ้าได้ 0-29 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม | ไม่ดี | เป็นผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติ ควรศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม เกี่ยวกับการป้องกันโรค |
| ถ้าได้ 30 - 39 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม | พอใช้ | เป็นผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติได้ถูกต้องบ้าง ควรศึกษาหาความรู้ เพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันโรค |
| ถ้าได้ ≥ 40 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของ คะแนนเต็ม | ดีมาก | เป็นผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติได้ถูกต้องและยังยืนยันจนเชี่ยวชาญ ควรคงสภาพที่ถูกต้องจนเป็นนิสัย |

หมายเหตุ: (องค์ประกอบที่ 1-6 ข้างต้น) มีจำนวน 30 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 50 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีจำนวนคำถาม 32 ข้อ (64 คะแนน) ลักษณะของ
แบบประเมินจะใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ทุกครั้ง บางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ ประกอบด้วย

คำถามเชิงบวก 29 ข้อ (ข้อที่ 1-26, 28-29 และ 32) คำถามเชิงลบ 3 ข้อ (ข้อที่ 27, 30 และ 31)
เกณฑ์การให้คะแนนคือ

| | คำถามเชิงบวก | คำถามเชิงลบ |
|----------------|--------------|-------------|
| ตอบ ทุกครั้ง | 2 คะแนน | 0 คะแนน |
| ตอบ บางครั้ง | 1 คะแนน | 1 คะแนน |
| ตอบ ไม่ปฏิบัติ | 0 คะแนน | 2 คะแนน |

ตาราง 7 เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

| ช่วงคะแนน | ระดับ | แปลผล |
|---|-------|---|
| ถ้าได้ 0-38 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม | ไม่ดี | เป็นผู้มีพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ดี ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องอย่างเร่งด่วน |
| ถ้าได้ 0-38 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม | ไม่ดี | เป็นผู้มีพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ดี ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องอย่างเร่งด่วน |
| ถ้าได้ 39-51 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม | พอใช้ | เป็นผู้มีพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พอใช้ และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องบ้าง ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องอย่างเร่งด่วน |
| ถ้าได้ ≥ 52 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม | ดีมาก | เป็นผู้มีพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มากเพียงพอ มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ ควรคงสภาพพฤติกรรมที่ถูกต้องจนเป็นนิสัย |

2. การหาคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

2.2 นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนและคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ทั้งฉบับอยู่ในช่วง 0.6-1.0 จากนั้นนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 (องค์ประกอบที่ 2-6) และ 3 ไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ และ การหาความเชื่อมั่น

โดยการทดสอบว่าแบบทดสอบหรือแบบสอบถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กับข้ออื่น ๆ ในฉบับเดียวกันหรือไม่ด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ของแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจ ได้ค่าเท่ากับ 0.84

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม มหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการทำวิจัย
2. ผู้ศึกษานำหนังสือจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาถึงสาธารณสุขอำเภอแม่ใจเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้ศึกษาได้เข้าพบสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ รพ.สต. และประธาน อสม. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการศึกษาและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิ์เมื่อได้รับความยินยอมจึงเก็บข้อมูล
5. ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)** เป็นการวิเคราะห์ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ อสม. เคยรับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และช่องทางการรับข่าวสารโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ อสม. เคยรับการอบรมเกี่ยวกับโรคโควิดและช่องทางการรับข่าวสารโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 1.1/010/64 เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2564 ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย และชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้กลับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ ขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะไม่เสนอชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ตั้งแต่ 1-30 สิงหาคม 2564 จำนวน 300 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 3 ระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสิทธิภาพการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และช่องทางการรับข่าวสารโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังตารางที่ 8

ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| | ข้อมูลทั่วไป (N = 300) | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------------------------|-------|--------|
| เพศ | | | |
| หญิง | | 254 | 84.67 |
| ชาย | | 46 | 15.33 |
| อายุ (Mean = 53.07, S.D. =8.48) | | | |
| ต่ำกว่า 40 ปี | | 23 | 7.67 |
| 41-60 ปี | | 194 | 64.67 |
| สูงกว่า 60 ปี | | 83 | 27.67 |

ตาราง 8 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป (N = 300) | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| สถานภาพ | | |
| โสด | 29 | 9.67 |
| คู่ หม้ายหรือหย่าร้าง | 242 | 80.67 |
| 29 | 9.67 | |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว | | |
| น้อยกว่า 10,000 บาท | 226 | 75.33 |
| 10,001-15,000 บาท | 58 | 19.33 |
| มากกว่า 15,000 บาท | 16 | 5.33 |
| ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Mean =14.86, S.D. =9.20) | | |
| น้อยกว่า 10 ปี | 128 | 42.67 |
| 11-20 ปี | 81 | 27.00 |
| 21-30 ปี | 40 | 13.33 |
| มากกว่า 20 ปี | 51 | 17.00 |
| ประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | | |
| เคย | 245 | 81.67 |
| ไม่เคย | 55 | 18.33 |
| ช่องทางการรับข่าวสารโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| สื่อออนไลน์ | 289 | 96.33 |
| การพูดคุยสื่อสาร/เพื่อน/เจ้าหน้าที่ | 258 | 86.00 |
| หอกระจายข่าว | 180 | 60.00 |
| สื่อสิ่งพิมพ์และวารสาร | 92 | 30.67 |

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.67) อายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 64.67) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.67) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 56.33) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 75.33) ซึ่งมีระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 42.67) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 81.67) และช่องทางการรับข่าวสารของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสื่อออนไลน์

มากที่สุด(ร้อยละ 96.33) รองลงมาคือ การพูดคุยสื่อสารจากเพื่อน เจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 86.00) และที่น้อยที่สุดคือสื่อสิ่งพิมพ์และวารสาร (ร้อยละ 30.67)

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 9-15 ตามลำดับดังต่อไปนี้

ตาราง 9 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ

| ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ | ตอบถูก | | ตอบผิด | |
|---|--------|----------------------------|----------------|---------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. ระยะเวลาพักตัวโดยทั่วไปของโควิด-19 | 240 | 80.0 | 60 | 20.0 |
| 2. เบอร์โทรสายด่วนกรมควบคุมโรค | 151 | 50.3 | 149 | 49.7 |
| 3. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 | 232 | 77.3 | 68 | 22.7 |
| 4. อาการของโรคโควิด-19 | 222 | 74.0 | 78 | 26.0 |
| 5. โรคที่เกิดจากเชื้อโควิด-19 จะมีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายมากกว่ากึ่งศาเซลเซียสขึ้นไป | 219 | 73.0 | 81 | 27.0 |
| 6. การแบ่งสีอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-19 | 138 | 46.0 | 162 | 54.0 |
| 7. มาตรการป้องกันตนเองและผู้อื่นจากไวรัสนี้ของกรมควบคุมโรค DMHTTA | 134 | 44.7 | 166 | 55.3 |
| 8. เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจ ควรล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่อย่างถูกวิธี 7 ขั้นตอน | 200 | 66.7 | 100 | 33.3 |
| 9. แอลกอฮอล์ล้างมือที่สามารถฆ่าเชื้อโควิด-19 | 204 | 68.0 | 96 | 32.0 |
| 10. คำนิยามของผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงหรือสัมผัสเสี่ยงสูง | 121 | 40.3 | 179 | 59.7 |
| รวม | | $\bar{X} = 6.20$ SD = 2.13 | ค่าสูงสุด = 10 | ค่าต่ำสุด = 1 |

จากตารางที่ 9 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เฉลี่ย 6.20 ($\bar{X} = 6.20$, S.D. = 2.13) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ “ระยะเวลาพักตัว

โดยทั่วไปของโควิด-19” คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาคือข้อ “ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19” คิดเป็นร้อยละ 77.3 ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด “คำนิยามของผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงหรือสัมผัสเสี่ยงสูง” คิดเป็นร้อยละ 40.3

ตาราง 10 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|--|-------------|-------------|------------|
| 1. ท่านปรึกษาบุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ได้ตรงกับสภาพปัญหาหรือวิธีปฏิบัติงานในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน ที่ท่านและชุมชนกังวลอยู่ | 1.91 | .293 | สูง |
| 2. ท่านสืบค้นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและชุมชนของท่านเป็นอยู่ | 1.90 | .307 | สูง |
| 3. แหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของท่านและชุมชน | 1.91 | .293 | สูง |
| 4. ท่านสืบค้นแหล่งที่มาของข้อมูลโรคโควิด-19 ที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ เช่น จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | 1.91 | .293 | สูง |
| รวม | 1.91 | .218 | สูง |

จากตารางที่ 10 ผลการศึกษาการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = .216) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากันอยู่ 3 ข้อ คือข้อที่ “ท่านปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาหรือวิธีปฏิบัติงานในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนที่ท่านและชุมชนกังวลอยู่” ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = .293) “แหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้นสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของท่านและชุมชน” ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = .293) และ “ท่านสืบค้นแหล่งที่มาของข้อมูลโรคโควิด-19 ที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ เช่น จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข” ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = .293) ข้อต่ำที่สุดคือ “ท่านสืบค้นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและชุมชนของท่านเป็นอยู่” ($\bar{X} = 1.90$, S.D. = .307)

ตาราง 11 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการจัดการตนเอง

| การจัดการตนเอง | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|---|-------------|-------------|------------|
| 5. เมื่อท่านจำเป็นต้องเข้าไปในพื้นที่แออัด คนพลุกพล่านในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ตลาดสด งานต่างๆ ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันเชื้อโรคที่มากับน้ำมูกน้ำลายของผู้ติดเชื้อ | 1.97 | .187 | สูง |
| 6. หากท่านได้ทราบข่าวว่ามีคนในบ้านที่ท่านไปปฏิบัติงานได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคโควิด-19 ท่านจะกักตัวเองอยู่ในบ้านและแยกตัวออกจากคนในครอบครัว อย่างน้อย 14 วัน | 1.97 | .214 | สูง |
| 7. ท่านสามารถตั้งเป้าหมาย และวางแผนการป้องกันตนเองก่อนปฏิบัติงาน พร้อมทั้งปฏิบัติตามแผนนั้นได้ | 1.93 | .263 | สูง |
| 8. ท่านมีการป้องกันและระมัดระวังตนเองจากการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน | 1.98 | .151 | สูง |
| รวม | 1.96 | .149 | สูง |

จากตารางที่ 11 ผลการศึกษาการจัดการตนเอง ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = .149) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ “ท่านมีการป้องกันและระมัดระวังตนเองจากการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน” ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = .151) รองลงมา 2 ข้อซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือข้อ “เมื่อท่านจำเป็นต้องเข้าไปในพื้นที่แออัด คนพลุกพล่านในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ตลาดสด งานต่าง ๆ ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันเชื้อโรคที่มากับน้ำมูกน้ำลายของผู้ติดเชื้อ” ($\bar{X} = 1.97$, S.D. = .187) และ “หากท่านได้ทราบข่าวว่ามีคนในบ้านที่ท่านไปปฏิบัติงานได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคโควิด-19 ท่านจะกักตัวเองอยู่ในบ้านและแยกตัวออกจากคนในครอบครัว อย่างน้อย 14 วัน” ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = .214) และข้อที่ต่ำที่สุดคือ “ท่านสามารถตั้งเป้าหมาย และวางแผนการป้องกันตนเองก่อนปฏิบัติงาน พร้อมทั้งปฏิบัติตามแผนนั้นได้” ($\bar{X} = 1.93$, S.D. = .263)

ตาราง 12 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการสื่อสารสุขภาพ

| การสื่อสารสุขภาพ | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|---|-------------|-------------|------------|
| 9. ท่านสามารถอธิบาย เรื่องเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา-19 ให้คนในครอบครัวและชุมชนฟัง ได้อย่างเข้าใจ | 1.90 | .318 | สูง |
| 10. ท่านสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในการป้องกันการติดเชื้อโรคโคโรนา-19 ได้อย่างถูกต้อง | 1.87 | .337 | สูง |
| 11. ท่านสามารถชักชวนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโคโรนา-19 ได้ เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัยไปในที่ชุมชน แออัด คนพลุกพล่าน | 1.92 | .277 | สูง |
| 12. ท่านเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลและปกป้องตัวเองให้ห่างไกลโรคโคโรนา-19 | 1.95 | .247 | สูง |
| รวม | 1.91 | .222 | สูง |

จากตารางที่ 12 ผลการศึกษาการสื่อสารสุขภาพในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = .222) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “ท่านเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลและปกป้องตัวเองให้ห่างไกลโรคโคโรนา-19” ($\bar{X} = 1.95$, S.D. = .247) รองลงมาคือ “ท่านสามารถชักชวนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโคโรนา-19 ได้ เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัยไปในที่ชุมชนแออัด คนพลุกพล่าน” ($\bar{X} = 1.92$, S.D. = .277) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือข้อ “ท่านสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในการป้องกันการติดเชื้อโรคโคโรนา-19 ได้อย่างถูกต้อง” ($\bar{X} = 1.87$, S.D. = .377)

ตาราง 13 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

| การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|--|-------------|-------------|------------|
| 13. เมื่อท่านเห็นข่าวหรือข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ท่านตั้งใจหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งที่เชื่อถือได้เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือก่อนตัดสินใจเชื่อ และเผยแพร่ | 1.92 | .279 | สูง |
| 14. ท่านใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย ในการเลือกรับข้อมูลข่าวสาร เพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 จากสื่อต่างๆก่อนที่จะปฏิบัติตามและชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม | 1.86 | .375 | สูง |
| 15. ท่านเลือกข่าวหรือข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ทันเหตุการณ์และเป็นปัจจุบัน | 1.96 | .188 | สูง |
| 16. เมื่อท่านได้พูดคุย วิพากษ์ วิจัยเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยที่ท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อ ปฏิบัติตามและชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม | 1.98 | .128 | สูง |
| รวม | 1.90 | .222 | สูง |

จากตารางที่ 13 ผลการศึกษาการสื่อสารสุขภาพในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.90$, S.D. = .222) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “เมื่อท่านได้พูดคุย วิพากษ์ วิจัยเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยที่ท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อ ปฏิบัติตามและชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม” ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = .128) รองลงมาคือ “ท่านเลือกข่าวหรือข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ทันเหตุการณ์และเป็นปัจจุบัน” ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = .188) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “ท่านใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการเลือกรับข้อมูลข่าวสารเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 จากสื่อต่าง ๆก่อนที่จะปฏิบัติตามและชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม” ($\bar{X} = 1.86$, S.D. = .375)

ตาราง 14 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการตัดสินใจ

| การตัดสินใจ | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|--|-------------|-------------|------------|
| 17. เมื่อท่านได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่ ในชุมชน ท่านใส่ เสื้อผ้ามิดชิด สวมหน้ากากอนามัย และเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ แบบพกพา | 1.96 | .188 | สูง |
| 18. เมื่อท่านได้รับรายงานจากผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ที่กักตัว ยังไม่ครบ 14 วันว่ามีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทันที | 1.98 | .128 | สูง |
| 19. เมื่อท่านได้ไปเยี่ยมบุคคลกลุ่มเสี่ยงและพบว่าป็นห้องที่ปิด มิดชิด รักษาระยะห่าง ล้างมือทุกครั้งเมื่อหยิบจับของใช้ ในบ้านและอยู่ในที่ถ่ายเทสะดวก | 1.95 | .227 | สูง |
| 20. เมื่อท่านกลับจากปฏิบัติหน้าที่ อสม. เคาะประตูบ้าน เมื่อกลับ ถึงบ้านอาบน้ำก่อนเข้าบ้าน และซักเสื้อผ้าที่ใส่ในตอนปฏิบัติ หน้าที่โดยทันที | 1.93 | .274 | สูง |
| รวม | 1.95 | .157 | สูง |

จากตารางที่ 14 ผลการศึกษาการสื่อสารสุขภาพในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.95$, S.D. = .157) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “เมื่อท่านได้รับ
รายงานจากผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ที่กักตัวยังไม่ครบ 14 วันว่า มีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้
กลิ่น ลิ้นไม่รับรส รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทันที” ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = .128) รองลงมา
คือ “เมื่อท่านได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนท่านใส่เสื้อผ้ามิดชิด สวมหน้ากาก
อนามัยและเจลแอลกอฮอล์ล้างมือแบบพกพา” ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = .188) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ
ที่สุดคือ “เมื่อท่านกลับจากปฏิบัติหน้าที่ อสม. เคาะประตูบ้าน เมื่อกลับถึงบ้านอาบน้ำก่อนเข้า
บ้านและซักเสื้อผ้าที่ใส่ในตอนปฏิบัติหน้าที่โดยทันที” ($\bar{X} = 1.93$, S.D. = .274)

ตาราง 15 ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | คะแนนเต็ม (คะแนน) | คะแนนเฉลี่ย \pm S.D. | จำนวน (ร้อยละ) ระดับความรอบรู้ | | |
|------------------------------------|----------------------|---|--------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| | | | ไม่ดี | พอใช้ | ดีมาก |
| 1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ | 10 | 6.20 \pm 2.13 (ระดับพอใช้) | 117 (39.00) | 93 (31.00) | 90 (30.00) |
| 2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | 8 | 7.64 \pm 0.87 (ระดับดีมาก) | 7 (2.33) | 21 (7.00) | 272 (90.67) |
| 3. การจัดการตนเอง | 8 | 7.85 \pm 0.60 (ระดับดีมาก) | 8 (2.67) | 22 (7.33) | 270 (90.00) |
| 4. การสื่อสารสุขภาพ | 8 | 7.64 \pm 0.89 (ระดับดีมาก) | 3 (1.00) | 5 (1.67) | 292 (97.33) |
| 5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ | 8 | 7.63 \pm 0.89 (ระดับดีมาก) | 5 (1.67) | 25 (8.33) | 270 (90.00) |
| 6. การตัดสินใจ | 8 | 7.83 \pm 0.63 (ระดับดีมาก) | 4 (1.33) | 6 (2.00) | 290 (96.67) |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม | 50 | 44.79 \pm 3.95 (ระดับดีมาก) | 3 (1.00) | 17 (5.67) | 280 (93.33) |

จากตาราง 15 ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทางด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับพอใช้ มีคะแนนเฉลี่ย 6.20 ± 2.13 คะแนน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่ดี (ร้อยละ 39.00) ในด้านอื่น ๆ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (44.79 ± 3.95 คะแนน) และโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 93.33) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกันพบว่า ด้านการจัดการตนเองมีคะแนนรวมเฉลี่ยมากที่สุด (7.85 ± 0.60 คะแนน) รองลงมาเป็นด้านการตัดสินใจ (7.83 ± 0.63 คะแนน) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (7.64 ± 0.87 คะแนน) และ ด้านการสื่อสารสุขภาพ (7.64 ± 0.89 คะแนน) โดยด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยที่สุด (7.63 ± 0.89 คะแนน)

ตอนที่ 3 ระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวันและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน โดยจะวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมเป็นรายข้อและและพฤติกรรมเป็นภาพรวม ตามตารางที่ 16-17 ตามลำดับดังนี้

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวันเป็นรายข้อ

| พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|---|-----------|------|-------|
| 1. เมื่อไอ จาม ท่านใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูก | 1.87 | .362 | สูง |
| 2. หากไม่มีกระดาษทิชชู เมื่อไอ จาม ท่านปิดปากปิดจมูกโดยยกแขนข้างใดข้างหนึ่ง มาจับไหล่ตนเองฝั่งตรงข้าม ใช้มูมข้อศอกและต้นแขนด้านในปิดปากปิดจมูก แทนการใช้มูมมือปิดปากปิดจมูก | 1.77 | .510 | สูง |
| 3. ท่านล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่หลังไอ จาม หรือสั่งน้ำมูกทุกครั้ง | 1.87 | .350 | สูง |
| 4. ท่านล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งหลังสัมผัสเงิน เหรียญหรือธนบัตร | 1.75 | .449 | สูง |
| 5. ท่านล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งของรอบตัว เช่น รวบบันไดลูกบิดประตู เป็นต้น | 1.80 | .398 | สูง |
| 6. ท่านล้างมือด้วยสบู่และให้น้ำไหลผ่านอย่างน้อย 20 วินาที | 1.87 | .360 | สูง |
| 7. ท่านล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ | 1.96 | .188 | สูง |
| 8. ท่านหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีคนแออัด | 1.89 | .318 | สูง |
| 9. หากอยู่ในที่ที่มีคนแออัด ท่านใส่หน้ากากอนามัย | 1.98 | .128 | สูง |
| 10. ท่านใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วย | 1.38 | .893 | สูง |
| 11. ท่านทิ้งหน้ากากอนามัยเมื่อใช้แล้ว ใส่ถุงพลาสติกปิดสนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด | 1.94 | .244 | สูง |
| 12. หลังทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ท่านทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำและสบู่ทันที | 1.94 | .244 | สูง |
| 14. ท่านไม่สัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น | 1.82 | .447 | สูง |
| 15. ท่านไม่ใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดมือ แก้วน้ำ และหลอดดูดน้ำ เป็นต้น | 1.86 | .446 | สูง |
| 16. ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกที่ผ่านการใช้ความร้อนเสมอ | 1.94 | .232 | สูง |
| 17. ท่านใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร | 1.88 | .336 | สูง |

ตาราง 16 (ต่อ)

| พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|--|-------------|------------|------------|
| 18. ท่านไม่รับประทานอาหารดิบ และอาหารที่ไม่ผ่านความร้อน | 1.78 | .545 | สูง |
| 19. ท่านงดเดินทางไปยังพื้นที่ ที่มีการรายงานเป็นพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด | 1.90 | .357 | สูง |
| 20. เมื่อพบผู้มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด อาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านแนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน | 1.96 | .205 | สูง |
| 21. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้าน | 1.91 | .293 | สูง |
| 22. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านหยุดพักอยู่ที่บ้าน ไม่ออกไปนอกบ้าน ไม่เดินทางไปชุมนุมหรือที่สาธารณะ | 1.95 | .239 | สูง |
| 23. เมื่อท่านเจ็บป่วยมีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านไปพบแพทย์ทันที | 1.96 | .196 | สูง |
| รวม | 1.85 | .17 | สูง |

จากตารางที่ 16 พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.85$, S.D. = 0.17) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “หากอยู่ในพื้นที่ที่มีคนแออัด ท่านใส่หน้ากากอนามัย” ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = .128) รองลงมาคือ “ท่านล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ” ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = .188) “เมื่อพบผู้มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด อาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านแนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน” ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = .205) “เมื่อท่านเจ็บป่วยมีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านไปพบแพทย์ทันที” ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = .196) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือข้อ “ท่านใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วย” ($\bar{X} = 1.38$, S.D. = .893)

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงานเป็นรายชื่อ

| พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|---|-------------|------------|------------|
| 24. ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทางโทรทัศน์/อินเทอร์เน็ต/วิทยุ อย่างต่อเนื่อง | 1.97 | .161 | สูง |
| 25. รักษาระยะห่าง 1-2 เมตร ล้างมือทุกครั้งเมื่อหยิบจับของและอยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทสะดวก สวมใส่หน้ากากอนามัย ทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน | 1.96 | .196 | สูง |
| 26. ล้างมือนานอย่างน้อย 20 วินาที ครบ 7 ขั้นตอนทุกครั้งและบ่อย ๆ เมื่อสัมผัสหรือ จับต้องสิ่งของต่าง ๆ ขณะปฏิบัติงาน | 1.93 | .250 | สูง |
| 27. เพื่อไม่เป็นการรังเกียจกลุ่มเสี่ยง ในการปฏิบัติหน้าที่ ควรแนะนำการปฏิบัติตัวของกลุ่มผู้เดินทางกลับจากพื้นที่ระบาดอย่างใกล้ชิด และแนะนำให้กลุ่มเสี่ยงวัดไข้ด้วยตนเอง | 1.90 | .383 | สูง |
| 28. หลีกเลี่ยงการใช้มือจับลูกบิด ราวบันได ขณะปฏิบัติงาน ถ้าไม่สามารถเลี่ยงได้ ล้างมือทุกครั้งไม่ว่าจะด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์ | 1.91 | .324 | สูง |
| 29. หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า จมูก ตา ก่อนสัมผัสควรทำความสะอาดมือทุกครั้ง ขณะปฏิบัติงาน | 1.93 | .268 | สูง |
| 30. เมื่อท่านพบผู้มีอาการ ไข้ ไอ น้ำมูก จาม เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หากพบอาการข้อใดข้อหนึ่ง ท่านนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเองทันที | 1.49 | .828 | สูง |
| 31. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ยังสามารถออกปฏิบัติงานที่เคอะประตู่บ้านได้ | 1.30 | .890 | ปานกลาง |
| 32. หลังปฏิบัติงาน เมื่อถึงบ้าน ถอดรองเท้าไว้นอกตัวบ้าน เปลี่ยนเสื้อผ้า อาบน้ำสระผมทันที แล้วแยกเสื้อผ้าไว้นอกบ้านในกรณีไม่สามารถซักได้ทันที | 1.90 | .326 | สูง |
| รวม | 1.85 | .17 | สูง |

จากตารางที่ 17 พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.85$, S.D. = .17) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่าพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทางโทรทัศน์/อินเทอร์เน็ต/วิทยุ อย่างต่อเนื่อง” ($\bar{X} = 1.97$, S.D. = .161) รองลงมาคือ “รักษาระยะห่าง 1-2 เมตร ล้างมือทุกครั้งเมื่อหยิบจับของและอยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทสะดวก สวมใส่หน้ากากอนามัย ทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน” ($\bar{X} = 1.96$,

S.D. = .196) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ “เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ยังสามารถ ออกปฏิบัติหน้าที่ เคาะประตูบ้านได้” (\bar{X} = 1.30, S.D. = .890)

ตาราง 18 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง

| พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง | คะแนน เต็ม | คะแนน เฉลี่ย | จำนวน (ร้อยละ) ระดับพฤติกรรม | | |
|---|---------------|---------------------|---------------------------------|-----------|------------|
| | | | ไม่ดี | พอใช้ | ดีมาก |
| พฤติกรรมในการป้องกันตนเองใน ชีวิตประจำวัน | 46 | 42.93 ± 3.94 | 4 | 16 | 280 |
| พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจาก การปฏิบัติงาน | 18 | 16.29 ± 2.08 | 5 | 62 | 233 |
| พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง รวม | 64 | 59.22 ± 5.35 | 3 | 21 | 276 |
| | คะแนน | (ระดับดีมาก) | (1.00) | (7.00) | (92.00) |

จากตารางที่ 18 ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเอง อยู่ในระดับดีมาก (59.22 ± 5.35 คะแนน) และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ใน ระดับดีมาก (ร้อยละ 92.00) โดยจำแนกตามองค์ประกอบแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.33 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดีมาก และ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.67 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีมากเช่นเดียวกัน

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 โดยจะวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายด้าน ตามตารางที่ 19 และ 20 ตามลำดับดังนี้

ตาราง 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับ
พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | พฤติกรรมในการป้องกันตนเอง | |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------|
| | r | p-value |
| ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ | -.063 | .277 |
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | .380* | <0.001 |
| การจัดการตนเอง | .395* | <0.001 |
| การสื่อสารสุขภาพ | .398* | <0.001 |
| การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ | .430* | <0.001 |
| การตัดสินใจ | .365* | <0.001 |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม | .355* | <0.001 |

หมายเหตุ: ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากตารางที่ 19 ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.355$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและด้านการตัดสินใจความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์ในทางสถิติ

ตาราง 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายด้าน

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | พฤติกรรมการป้องกันตนเองใน ชีวิตประจำวัน | | พฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากการปฏิบัติงาน | |
|-------------------------------------|--|------------------|---|------------------|
| | r | p-value | r | p-value |
| ความรู้ ความเข้าใจ | -.023 | .690 | -.118* | .041 |
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ | .398** | <0.001 | .223** | <0.001 |
| การจัดการตนเอง | .389** | <0.001 | .279** | <0.001 |
| การสื่อสาร | .360** | <0.001 | .342** | <0.001 |
| การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ | .427** | <0.001 | .298** | <0.001 |
| การตัดสินใจ | .375** | <0.001 | .229** | <0.001 |
| โดยรวม | .372** | <0.001 | .209** | <0.001 |

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากตารางที่ 20 ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายด้าน พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกทั้งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวัน ($r = 0.372$) และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน ($r = 0.209$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวัน พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองในชีวิตประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์ ($p\text{-value} > 0.05$) แต่ในส่วนของด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เช่นเดียวกัน แต่ส่วนของด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน ($p\text{-value} = 0.041$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และขอเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ตั้งแต่ 1-30 สิงหาคม 2564 จำนวน 300 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 ถึง 30 เมษายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 3 ตอน คือ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ทั้งฉบับอยู่ในช่วง 0.6-1.0 จากนั้นนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 (องค์ประกอบที่ 2-6) และ 3 ไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ และการหาความเชื่อมั่นโดยการทดสอบว่าแบบทดสอบหรือแบบสอบถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กับข้ออื่น ๆ ในฉบับเดียวกันหรือไม่ด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ของแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจ ได้ค่าเท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ Pearson's Correlation

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.7 อายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 64.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 56.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 75.3 ซึ่งมีระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 42.7 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 81.7 และช่องทางการรับข่าวสารของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสื่อออนไลน์มากที่สุด ร้อยละ 96.3 รองลงมาคือ การพูดคุยสื่อสารจากเพื่อน เจ้าหน้าที่ ร้อยละ 86.0 และที่น้อยที่สุดคือสื่อสิ่งพิมพ์และวารสาร ร้อยละ 30.7

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เฉลี่ย 6.20 ($\bar{X} = 6.20$, S.D. = 2.13) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ “ระยะพักตัวโดยทั่วไปของโควิด-19” ร้อยละ 80 รองลงมาคือ “ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19” ร้อยละ 77.3 ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด “คำนิยามของผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง (สัมผัสเสี่ยงสูง)” ร้อยละ 40.3

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = .216) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันอยู่ 3 ข้อ คือ “ท่านปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาหรือวิธีปฏิบัติงานในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนที่ท่านและชุมชนกังวลอยู่” ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = .293) “แหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้นสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของท่านและชุมชน” ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = .293) และ “ท่านสืบค้นแหล่งที่มาของข้อมูลโรคโควิด-19 ที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ เช่น จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข” ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = .293) ข้อต่ำที่สุดคือ “ท่านสืบค้นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและชุมชนของท่านเป็นอยู่” ($\bar{X} = 1.90$, S.D. = .307)

ด้านการจัดการตนเองในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = .149) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “ท่านมีการป้องกันและระมัดระวังตนเองจากการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน”

($\bar{X} = 1.98$, S.D. = .151) รองลงมา 2 ข้อซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ “เมื่อท่านจำเป็นต้องเข้าไปในพื้นที่แออัด คนพลุกพล่านในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ตลาดสด งานต่าง ๆ ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันเชื้อโรคที่มากับน้ำมูกน้ำลายของผู้ติดเชื้อ” ($\bar{X} = 1.97$, S.D. = .187) และ “หากท่านได้ทราบข่าวว่ามีคนในบ้านที่ท่านไปปฏิบัติงานได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคโควิด-19 ท่านจะกักตัวเองอยู่ในบ้านและแยกตัวออกจากคนในครอบครัว อย่างน้อย 14 วัน” ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = .214) และข้อที่ต่ำที่สุดคือ “ท่านสามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนการป้องกันตนเองก่อนปฏิบัติงาน พร้อมทั้งปฏิบัติตามแผนนั้นได้” ($\bar{X} = 1.93$, S.D. = .263)

ด้านการสื่อสารสุขภาพในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = .222) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “ท่านเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลและปกป้องตัวเองให้ห่างไกลโรคโควิด-19” ($\bar{X} = 1.95$, S.D. = .247) รองลงมาคือ “ท่านสามารถตักเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัยไปในที่ชุมชนแออัด คนพลุกพล่าน” ($\bar{X} = 1.92$, S.D. = .277) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “ท่านสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้อง” ($\bar{X} = 1.87$, S.D. = .377)

ด้านความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.90$, S.D. = .222) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “เมื่อท่านได้พูดคุย ปรึกษา วิเคราะห์เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยที่ท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อ ปฏิบัติตามและชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม” ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = .128) รองลงมาคือ “ท่านเลือกข่าวหรือข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ทันเหตุการณ์และเป็นปัจจุบัน” ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = .188) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “ท่านใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย ในการเลือกรับข้อมูลข่าวสาร เพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 จากสื่อต่าง ๆ ก่อนที่จะปฏิบัติตามและชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม” ($\bar{X} = 1.86$, S.D. = .375)

ด้านการตัดสินใจในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 1.95$, S.D. = .157) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “เมื่อท่านได้รับรายงานจากผู้ที่ เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่กักตัวยังไม่ครบ 14 วัน ว่ามีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทันที” ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = .128) รองลงมาคือ “เมื่อท่านได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน ท่านใส่เสื้อผ้ามิดชิด สวมหน้ากากอนามัย และเจลแอลกอฮอล์ล้างมือแบบพกพา” ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = .188) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “เมื่อท่านกลับจากปฏิบัติหน้าที่

อสม. เคาะประตูบ้าน เมื่อกลับถึงบ้านอาบน้ำก่อนเข้าบ้านและซักเสื้อผ้าที่ใส่ในตอนปฏิบัติหน้าที่โดยทันที” ($\bar{X} = 1.93$, S.D. = .274)

3. พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.85$, S.D. = 0.17) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “หากอยู่ในที่ที่มีคนแออัด ท่านใส่หน้ากากอนามัย” ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = .128) รองลงมาคือ “ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทางโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต วิทยู อย่างต่อเนื่อง” ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = .161) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ “เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ยังสามารถออกปฏิบัติหน้าที่ เคาะประตูบ้านได้” ($\bar{X} = 1.30$, S.D. = .890)

มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 85.3 และระดับพอใช้ ร้อยละ 14.7

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา พบว่าปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรอบรู้ด้านสุขภาพองค์ประกอบในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านความรู้ความเข้าใจ ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยแบ่งเป็นองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และการตัดสินใจ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติได้ถูกต้องและ

ยังยืนยันเชื่อวชาญ ควรคงสภาพที่ถูกต้องจนเป็นนิสัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีบุคลากรที่เชื่อวชาญในทักษะด้านความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นแกนนำในการให้ความรู้ความเข้าใจ ส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ บัวชุม (2563) ที่ได้ทำการศึกษารอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจิว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงรายที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรอบรู้อยู่ในระดับดีมาก

2. ระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากผลการศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก แสดงว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มากเพียงพอ มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและยังยืนยันเชื่อวชาญ ควรคงสภาพพฤติกรรมที่ถูกต้องจนเป็นนิสัย เนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและต้องปฏิบัติตนเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีและถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการได้รับการอบรมในเรื่องของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และเกิดความกลัวในการติดเชื้อหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรค เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงและมีผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ (2563) ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคในระดับมาก แต่ยังพบรายช้อที่มีค่าคะแนนน้อย ซึ่งอาจส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้

3 ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.355, p < 0.001$) ทั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรม

ของบุคคลได้ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงด้วย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจึงมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูงเช่นกัน สอดคล้องกับโมเดลบูรณาการของความรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of Health Literacy) ของ Sorensen (2012) ที่ระบุถึงปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพและมีผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพ ต้นทุนทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อิงคินันท์ อินทรคำแหง (2560) ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและใช้บริการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่ดีและลดผลกระทบของผลลัพธ์ในทางลบด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Edwards (2012) ได้กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพนั้นได้รับ การถ่ายทอดหรือเป็นผู้มีส่วนร่วมสร้างให้ตนเองเกิดความสามารถจนกลายเป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพใน การจัดการภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค เนื่องจากมีการถึงข้อมูลข่าวสาร การจัดการตนเอง การสื่อสาร รู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ ประเมินเนื้อหาจากข้อมูลที่ได้รับมา มีความถูกต้อง ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง ในการป้องกันโรค

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพจากองค์ประกอบ 6 ด้าน มี 5 ด้านคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจ ความสัมพันธ์ในเชิงบวก กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.01) แต่เมื่อพิจารณาทางด้านความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง รวมทั้งพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน(p -value = 0.041) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูงจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงานระดับต่ำลงซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ (2563) ที่ได้ทำการศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่พบว่า ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง

($r = .327$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ดรัญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ($r_s = .47$) และการศึกษาของ ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญนภา บุญเสริม (2563) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะต่อพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์ แล้วพบว่า ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 11.064$, $p = 0.001$) ซึ่งผลการศึกษาที่พบนั้นจะนำไปสู่การวางนโยบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 ทีมงานบุคลากรสาธารณสุขควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้ทันเหตุการณ์ ซึ่งจะนำไปสู่การพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

1.2 ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประชาชนและผู้ปฏิบัติงาน

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเพิ่มพูนทักษะในด้านต่าง ๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). มาตรการตรวจคัดกรอง แยกกัก กักกันหรือควบคุมไว้สังเกตเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคจากผู้เดินทางซึ่งมาจากท้องถิ่นหรือเมืองท่านอกราชอาณาจักรกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 **หนังสือราชการ**. ลงวันที่ 19 มีนาคม 2563 สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2563, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im_commands/im_commands09.pdf.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **คู่มือ อสม. ยุคใหม่**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือ อสม. การเฝ้าระวังควบคุมโรคและป้องกันโรคเชิงรุก**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561** สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2563 จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/332>.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). **ความฉลาดด้านสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์.
- ชาลินี พรตเจริญ. (2556). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี**. วิทยานิพนธ์ รพ.ม. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เชิดชู อริยศรีวัฒนา. (2564). **สงครามไวรัส. วารสารวงการแพทย์**, 22(503).
- ดรัญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). **ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร**, 36(5), 597-604.
- ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ และพลอยไพลิน จันทรมณี. (2562). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 11 พ.ศ. 2562**. กลุ่มสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2564, จาก http://do11.new.hss.moph.go.th:8080/show_topic.php?id=12.

- ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญนภา บุญเสริม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิง ในจังหวัดสุรินทร์. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์**, 35(3), 555-564.
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิษา ชัยวัฒน์ (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. **วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา**, 21(2), 29-39.
- นพมาศ โกศล และคณะ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 ข้อ 2 สของกลุ่มวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. **การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติ**, 10(1), 1600-1611.
- เบญจวรรณ บัวชุม. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจิว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. **วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**, 16(3), 49-58.
- ภมร ตรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์. (2562). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. **วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**, 15(3), 71-82.
- มูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย. (2553). **แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของเด็ก เยาวชนและครอบครัวด้วยพลังเครือข่ายการศึกษา**. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, กรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2563, จาก <http://www.onec.go.th/th.php/book/BookView/1023>.
- รังสิมา พัศระ. (2558). **เอกสารประกอบการสอนรายวิชา PNS3129; บทที่ 5 การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (Epidemiological Surveillance)**. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). **โควิด-19 คืออะไร?**. สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2564, จาก <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/covid19/covid19is/>.

- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no372-090164.pdf>.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2563). **รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2564, จาก <http://www.phayao.go.th/covid/>.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555). **ความรู้พื้นฐานด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันควบคุมโรค สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- สยามพร ศิรินาภิน. (2563). **โควิด-19 ความรู้สู่ปัญญา พัฒนาการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้ง เฮ้าส์.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2561). **ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Health Literacy for NCDs Prevention and Management) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11**. กรุงเทพฯ: พิมพ์สิริพัฒนา.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). **การประชุมทางไกล Video Conference ชี้แจงแนวทาง อสม. เคาะประตูบ้านต้านโควิด-19 “ค้นให้พบจบใน 14 วัน”** 26 มีนาคม 2563; ห้องประชุม Video Conference 2 ชั้น 2 อาคาร 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2564). **Health Data Center**. กลุ่มรายงานมาตรฐาน. จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2564, จาก https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&at_id=c11dad88f80061c70cd1ae96b500d017&id=da8985453cc45883e5e43639c32c4adf.
- สำราญ แหียงกระโทก. (2563). **อสม. เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด-19 “สแกนครบ จบใน 14 วัน”**. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 15(1), 3-7.
- สุวัฒน์ รักขันโท และคณะ. (2551). **พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ สส.ม. ราชภัฏสุราษฎร์ธานี, สุราษฎร์ธานี.

- อาทร อุคคิตี, วันชัย ธรรมสังข์การ และสุเมธ พรหมอินทร์ (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล. **สงลานครินทร์เวชสาร**, 26(6), 527–538.
- อารีย์ แร่ทอง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๖ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตอกอำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. **วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**, 15(3), 62–70.
- อิงคินันท์ อินทรคำแหง. (2560). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวัดและการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. Bandura, A. (1977). Self efficacy:Toward a unifying theory of behavior change. **Psychological Review**, 84(1), 191–215.
- Chatio, S., Welaga, P., Tabong, P.T. and Akweongo, P., (2019). Factors Influencing Performance of Community-Based Health Volunteers' **Activities in the Kassena Nankana Districts of Northern Ghana**. *PloS one*, 14(2), e0212166.
- Chin, e. a. (2011). The Process–Knowledge Model of Health Literacy: Evidence from a Componential Analysis of Two Commonly Used Measures. **Journal Health Community**, 16(3), 222–241.
- Edwards, M., Wood F., Davies, M. & Edwards, M. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. **BMC Public Health**, 12(1), 130–145.
- Fry, C. (1980). **Aging in Culture and Society**. Brooklyn. New York: Bergin.
- Krejcie and Morgan. (1970). **Educational and Psychological Measurement**, 30(1), 607– 610.
- Levin, R. S. (1976). Self Care American. **Journal of Nursing**, 79(1), 487–489.
- Mancuso, J. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. **Nursing & Health Science**, 11(1), 77–89.
- Norris, C. M. (1987). “Self-care” **American Journal of Nursing**, 79(3), 486–489.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. **Health Promotion, International**, 15(8), 259–267.

- Nutbeam, D. (2008). Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*. **Published by Oxford University Press**, 23(5), 145–152.
- Riiser, K., Helseth, S., Haraldstad, K., Torborsen, A. and Richardsen, K., (2020). Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. **PLoS ONE**, 15(8), e0238161.
- Rootman, I. (2009). **Health Literacy, What should we do about it? Presentation the Faculty of Education at the University of Victoria**. British Columbia Canada. Personal Communication.
- Shaukat, R. A., Ali; and Naveed, MuhammadAsif. (2021). Impact of Health Literacy on Fear of Covid-19, Protective Behavior, and Conspiracy Beliefs: University Students' Perspective. **Library Philosophy and Practice (e-journal)**. 4620.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J & Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. . **BMC Public Health**, 12(80), 1–13.
- WHO. (1998). **Health Promotion**. WHO Publications.
- WHO. (2020). **Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers**. Retrieved September 15, 2020, from <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19>.
- WHO. (2020). **Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT-1 21 January 2020** Retrieved September 15, 2020, from <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf>.
- WHO. (2020). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 11 March 2020**. Retrieved September 15, 2020, from <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

ประวัติผู้วิจัย

| | |
|-------------------|--|
| ชื่อ-สกุล | วิจิตตรา หน่อแก้ว |
| วัน เดือน ปี เกิด | 16 มกราคม 2523 |
| สถานที่เกิด | พะเยา |
| วุฒิการศึกษา | พ.ศ. 2548 ส.บ., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก |
| ที่อยู่ปัจจุบัน | 35 หมู่ 1 ตำบลต้น อำเภอมือง จังหวัดพะเยา 56000 |
| ผลงานตีพิมพ์ | วิจิตตรา หน่อแก้ว, ประจวบ แหลมหลัก และน้ำเงิน จันทรมณี. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอมือง จังหวัดพะเยา. วารสารการ พัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 10(1), 1-20. |

