Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า
THSF

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข แบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Health Literacy and Mental Health for Participatory Public Health Emergency Response in Namon District, Kalasin Province

จารึก ประคำ[1*]

Jaruek Prakham[1*]

[1] นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

[*]ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 15 เมษายน 2569 ✓ **แก้ไขบทความ:** 20 เมษายน 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 30 เมษายน 2569

การอ้างอิง (Citation): จารึก ประคำ. การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข แบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(1):1-15.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นกรณีศึกษา ในประชาชนและภาคีเครือข่าย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเมษายน 2569 รวม 7 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนและภาคีเครือข่ายใน 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน รวม 585 คน (ประชาชน 381 คน ภาคีเครือข่าย 204 คน) เลือกด้วยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนโดยการจับสลาก เครื่องมือวิจัย ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ และแบบวัดสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test, Independent t-test และ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังดำเนินการ คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 133.40±16.10 เป็น 138.90±13.90 คะแนน ($t = 9.81$, $p<0.001$) คะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจาก 161.30±17.60 เป็น 165.70±16.10 คะแนน ($t = 7.03$, $p<0.001$) และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจาก 40.70±5.60 เป็น 41.80±4.90 คะแนน ($t = 5.62$, $p<0.001$) กระบวนการที่พัฒนาประกอบด้วยมาตรการ 7 กลุ่ม ดำเนินการ 4 ระยะ ภาคีเครือข่ายมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ (143.50±10.30 คะแนน) และสุขภาพจิต (167.20±11.90 คะแนน) สูงกว่าประชาชน (132.30±10.40 และ 161.50±12.00 คะแนน ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะ ควรนำกระบวนการแบบมีส่วนร่วมนี้ไปทดลองใช้และประเมินผลต่อเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่น และควรเพิ่มกิจกรรมพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ, สุขภาพจิต, ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข, การมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory research and development study aimed to develop health literacy and mental health for public health emergency response, using the COVID-19 situation as a case, among stakeholder networks and the public in Namon District, Kalasin Province. It was conducted from October 2025 to April 2026 (7 months). The sample comprised 585 people from 5 sub-districts and 67 villages (381 members of the public and 204 network personnel), selected by proportionate stratified random sampling using a lottery method. The research instruments were a participatory problem-solving process, a health literacy questionnaire, and a mental health questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and chi-square test, with a significance level of .05.

After the intervention, the overall health literacy score increased from 133.40±16.10 to 138.90±13.90 ($t(584) = 9.81$, $p<0.001$), the mental health score increased from 161.30±17.60 to 165.70±16.10 ($t(584) = 7.03$, $p<0.001$), and the self-care behavior score increased from 40.70±5.60 to 41.80±4.90 ($t(584) = 5.62$, $p<0.001$). The developed process comprised seven groups of measures implemented in four phases (one-group pre–post design; causal inference is not possible). Stakeholder network personnel had significantly higher health literacy (143.50±10.30) and mental health (167.20±11.90) scores than the public (132.30±10.40 and 161.50±12.00, respectively). The participatory process should be piloted and further evaluated to prepare for other public health emergencies, and activities to strengthen media literacy and appropriate decision-making should be added.

Keywords: health literacy, mental health, public health emergency, participation

บทนำ

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพและเศรษฐกิจสังคมของประชากรโลกอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างสำคัญคือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่องค์การอนามัยโลกประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดย ณ วันที่ 5 มกราคม 2568 มีผู้ป่วยยืนยันสะสมมากกว่า 777 ล้านราย และเสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านรายทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย ณ ช่วงเวลาเดียวกันพบผู้ป่วยยืนยันสะสมประมาณ 4.81 ล้านราย เสียชีวิตประมาณ 35,000 ราย[1] ส่วนในช่วงที่การระบาดรุนแรง ณ วันที่ 8 สิงหาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 756,505 ราย เสียชีวิต 6,204 ราย[2] นอกจากนี้ ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศกรณีโรคเอ็มพอกซ์ซึ่งประกาศเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2567 ยุติลงเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2568[3] สะท้อนว่าโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำอาจเกิดขึ้นได้อีก และระบบสาธารณสุขต้องเตรียมความพร้อมรับมืออย่างต่อเนื่อง การวิจัยนี้ใช้สถานการณ์ COVID-19 เป็นกรณีศึกษา เพราะอำเภอนามนมีประสบการณ์ดำเนินมาตรการครบวงจรและมีข้อมูลบันทึกไว้ จึงเหมาะต่อการถอดบทเรียนเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินครั้งต่อไป

ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ปี 2563–2564 จังหวัดกาฬสินธุ์พบผู้ป่วยยืนยัน 4,516 ราย ส่วนมากเป็นผู้เดินทางกลับจากต่างจังหวัด[4] สำหรับอำเภอนามนพบผู้ป่วยยืนยัน 219 ราย กระจายใน

ตำบลหนองบัว 72 ราย นามน 56 ราย สงเปลือย 50 ราย หลักเหลี่ยม 28 ราย และยอดแกง 13 ราย (ร้อยละ 32.88, 25.57, 22.83, 12.79 และ 5.94 ตามลำดับ) อำเภอได้ดำเนินมาตรการสวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่าง ตรวจคัดกรอง จัดตั้งศูนย์แรกรับ และเปิดโรงพยาบาลสนาม[5] แต่พื้นที่ยังพบข่าวลือเรื่องการควบคุมผู้ป่วย ปัญหาขยะ ความเชื่อมั่น การประกอบอาชีพ และผลกระทบด้านสุขภาพจิตทั้งขณะป่วยและหายป่วย ซึ่งสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนและภาคีเครือข่าย จากรายงานการสอบสวนโรคของโรงพยาบาลนามนและการประชาคมระดับอำเภอ พบว่าข่าวลือส่วนใหญ่เกิดจากการแชร์ข้อมูลที่ไม่ตรวจสอบผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ปัญหาขยะเกิดจากขยะติดเชื้อในครัวเรือนที่กักตัวและศูนย์กักกันในชุมชน และผลกระทบด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และการถูกตีตราทั้งขณะป่วยและหลังหายป่วย[5]

ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) หมายถึงความรู้ ความสามารถ และแรงจูงใจในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง[6,7] กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแนวทางการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตในช่วงการระบาด[8] งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนเป็นรายกลุ่ม[9–11] ยังมีการศึกษาน้อยที่พัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตไปพร้อมกันผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ (research gap) ที่การวิจัยนี้ต้องการเติมเต็ม การวิจัยนี้ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam[7] เชื่อมกับการดูแลสุขภาพจิตในภาวะฉุกเฉิน และใช้วงจรการวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์ วางแผน ปฏิบัติ และถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุง

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมในอำเภอนามน เพื่อเป็นต้นแบบการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระยะสั้น ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนงาน จัดสรรงบประมาณ และกำหนดโครงการแก้ไขปัญหาในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคของภาคีเครือข่ายและประชาชน อำเภอนามน ก่อนดำเนินการ
2. เพื่อพัฒนากระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน โดยประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกระบวนการจากการสนทนากลุ่มและการถอดบทเรียน
3. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคก่อนและหลังดำเนินการ รวมทั้งระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่ายกับกลุ่มประชาชน สมมติฐานการวิจัย: คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ และคะแนนของภาคีเครือข่ายสูงกว่าประชาชน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบมีส่วนร่วม

ร่วมกับการประเมินผลแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest) โดยใช้สถานการณ์ COVID-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกรณีศึกษา ในพื้นที่ 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2568–เมษายน 2569 รวม 7 เดือน โดยวัดผลก่อนดำเนินการในเดือนตุลาคม 2568 และหลังดำเนินการในเดือนเมษายน 2569 ห่างจากการสิ้นสุดกิจกรรมหลักประมาณ 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ข้อมูลผู้ป่วยและมาตรการในผลการศึกษาข้อ 2.2 เป็นข้อมูลทุติยภูมิของการระบาดในอำเภอระหว่างปี พ.ศ. 2563–2564 ที่นำมาถอดบทเรียนย้อนหลัง ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

ประชาชนอำเภอนามน 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน 9,133 ครัวเรือน จำนวน 36,550 คน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จำนวน 431 คน ภาคีเครือข่ายหมายถึงบุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่มีบทบาทในมาตรการ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข 96 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 58 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 134 คน ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) 72 คน และหน่วยงานอื่น ๆ 71 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ประชาชน 381 คน และภาคีเครือข่าย 204 คน รวม 585 คน คำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร $n = NZ^2pq/[e^2(N-1) + Z^2pq]$ กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z = 1.96$) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และสัดส่วน 0.50 ได้ 380.17 และ 203.37 คน ปัดเป็น 381 และ 204 คน ขนาดตัวอย่างนี้มีอำนาจการทดสอบประมาณ 0.998 สำหรับตรวจจับขนาดอิทธิพลระดับเล็ก ($d = 0.20$) ด้วย Paired t-test ($\alpha = 0.05$, two-tailed) คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power จากนั้นจัดสรรตามจำนวนครัวเรือนและบุคลากรภาคีเครือข่ายรายตำบล สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (proportionate stratified random sampling) ด้วยวิธีจับสลากจากบัญชีรายชื่อครัวเรือน (ตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน) และบัญชีรายชื่อบุคลากรภาคีเครือข่าย การเลือกตัวแทนครัวเรือนใช้วิธีสุ่มรายชื่อสมาชิกครัวเรือนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มีวันเกิดถัดไปใกล้ที่สุด (next-birthday method) หากติดต่อไม่ได้หรือปฏิเสธให้เลื่อนไปรายชื่อถัดไป ซึ่งมี 42 ราย จากรายชื่อที่สุ่มได้ 627 ราย (ร้อยละ 6.70) คิดเป็นอัตราการตอบร้อยละ 93.30 ผู้ตอบก่อนและหลังเป็นบุคคลเดียวกัน ติดตามด้วยรหัสประจำตัว

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ประชาชนและบุคลากรภาคีเครือข่ายอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (ผู้ที่อายุ 15–17 ปีต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองร่วมกับการยินยอมของผู้เข้าร่วมในการศึกษานี้มีผู้เยาว์ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 2.39 ของกลุ่มตัวอย่าง) อาศัยหรือปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอนามนอย่างน้อย 6 เดือน สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถตอบแบบวัดได้ หรือขอถอนตัวจากการวิจัย ส่วนผู้ตอบแบบวัดไม่ครบถ้วนไม่ถือเป็นเกณฑ์คัดออก แต่จัดการเป็นข้อมูลสูญหาย (วิเคราะห์เฉพาะผู้ตอบครบ) และรายงานจำนวนในผลการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) กระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การสัมภาษณ์กลุ่ม การประชาคม และกระบวนการกลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดมาตรการและบทบาทภาคีเครือข่าย ถอด

บทเรียน และปรับปรุงมาตรการ ดำเนินการโดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จัดกิจกรรมตามตาราง 1 เดือนละ 2–4 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 7 เดือน แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการประชาคม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารและข่าวลือ ปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพจิต มาตรการที่ชุมชนต้องการ บทบาทของภาคีเครือข่าย และอุปสรรคในการดำเนินมาตรการ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรายงานผู้ป่วยในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ 7 ด้าน คะแนนเต็ม 167 คะแนน (ความรู้ความเข้าใจ 10 การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 25 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ 30 การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง 25 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 25 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง 50 คะแนน) ดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของกรมอนามัย[24] และแบบวัดสุขภาพจิต 55 ข้อ ข้อละ 1–4 คะแนน คะแนนเต็ม 220 คะแนน ดัดแปลงจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (TMHI-55)[25] และแนวทางของกรมสุขภาพจิต[8] ข้อคำถามอ้างอิงช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นหนึ่งในเจ็ดด้านของความรอบรู้ทางสุขภาพจึงรายงานเป็นด้านย่อย แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom)[26] เป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ปานกลาง (ร้อยละ 60–79) และดี (ร้อยละ 80–100) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ด้านสาธารณสุขศาสตร์ สุขศึกษา และสุขภาพจิต ด้านละ 1 ท่าน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67–1.00 และตรวจสอบความเที่ยงจากการทดลองใช้กับประชาชนในอำเภอใกล้เคียงที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพเท่ากับ 0.89 และแบบวัดสุขภาพจิตเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังหัวหน้าส่วนราชการ ภาคเอกชน กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและจัดกิจกรรมในพื้นที่ จากนั้นเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากแบบวัดและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลนามน ผู้เก็บข้อมูลเป็นทีมที่ไม่ได้ร่วมดำเนินกิจกรรม และแบบวัดตอบด้วยตนเอง ดำเนินการ 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิต กำหนดมาตรการและบทบาทภาคีเครือข่าย และวัดผลก่อนดำเนินการ (ตุลาคม 2568) 2) ดำเนินการตามมาตรการ (พฤศจิกายน–ธันวาคม 2568) 3) ถอดบทเรียนและปรับปรุงมาตรการ (มกราคม 2569) โดยเพิ่มช่องทางสื่อสารความเสี่ยงผ่านหอกระจายข่าวและกลุ่มไลน์หมู่บ้าน เพิ่มการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกโดย อสม. และจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนที่กักตัว 4) ดำเนินการตามมาตรการที่ปรับปรุง วัดผลหลังดำเนินการ และถอดบทเรียนสรุป (กุมภาพันธ์–เมษายน 2569) ดังรายละเอียดในตาราง 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสนทนากลุ่ม 5 ครั้ง (ตำบลละ 1 ครั้ง ครั้งละ 8–10 คน) ประชาคม 2 ครั้ง (ครั้งละประมาณ 60–80 คน) และถอดบทเรียน 2 ครั้ง (ครั้งละประมาณ 30 คน) โดยบันทึกเสียงเมื่อได้รับความยินยอมและจดบันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ Independent t-test (และ ANCOVA ปรับคะแนนก่อนดำเนินการ) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่ายกับกลุ่มประชาชน และ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ทางสุขภาพระหว่าง

กลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ตรวจสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk และใช้ Wilcoxon signed-rank หรือ Mann-Whitney U เมื่อข้อมูลไม่แจกแจงปกติ รายงานผลต่างค่าเฉลี่ย 95% CI และ Cohen's d ปรับระดับนัยสำคัญด้วย Bonferroni (α = 0.0056 สำหรับ 9 ตัวแปร) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วย triangulation และ member checking

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว (privacy) การรักษาความลับ (confidentiality) และการยินยอมพร้อมใจ (informed consent) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ เหตุผลที่วิจัย และกิจกรรมที่ใช้ในการศึกษาแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมอายุ 15–17 ปีได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น การใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลเป็นไปตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่ระบุตัวตน และผู้ที่พบภาวะเครียดสูงได้รับการส่งต่อเพื่อดูแล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิตก่อนดำเนินการ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการมี 585 คน เป็นประชาชน 381 คน (ร้อยละ 65.13) และภาคีเครือข่าย 204 คน (ร้อยละ 34.87) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 320 คน (ร้อยละ 54.70) อายุต่ำกว่า 31 ปี 316 คน (ร้อยละ 54.02) อายุเฉลี่ย 33.40±12.60 ปี (ต่ำสุด–สูงสุด 15–78 ปี) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) สถานภาพโสด 349 คน (ร้อยละ 59.66) การศึกษาระดับปริญญาตรี 207 คน (ร้อยละ 35.38) อาชีพรับจ้างทั่วไป 152 คน (ร้อยละ 25.98) รายได้ครอบครัว 10,000–20,000 บาทต่อเดือน 239 คน (ร้อยละ 40.85) และมีรายได้พอเพียงและเหลือเก็บ 234 คน (ร้อยละ 40.00)

1.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมก่อนดำเนินการ ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (133.40±16.10 คะแนน) โดยด้านความรู้ความเข้าใจ (7.30±1.50) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (19.90±3.70) และการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ (21.90±4.30) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง (21.00±2.80) การรู้เท่าทันสื่อ (20.90±5.70) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (40.70±5.60) อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (1.70±1.00) อยู่ในระดับน้อย สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (161.30±17.60 คะแนน) พฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ ไม่สวมหน้ากากเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น (397 คน ร้อยละ 67.86) และข้อด้านสุขภาพจิตที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การทำใจยอมรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (5 คน ร้อยละ 0.85) เมื่อแยกกลุ่ม ก่อนดำเนินการภาคีเครือข่ายมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม 139.50 คะแนน และสุขภาพจิต 166.40 คะแนน ส่วนประชาชนมี 130.10 และ 158.50 คะแนน ตามลำดับ

2. กระบวนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม

2.1 กระบวนการและกิจกรรมการพัฒนา ดำเนินการโดยทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาคีเครือข่าย และประชาชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ประกอบด้วยมาตรการ 7 กลุ่ม ได้แก่ (1) การวิเคราะห์

ข้อมูลและสถานการณ์ (2) การสอบสวนและควบคุมโรค (3) การถอดบทเรียนกรณีศึกษา (4) การวางแผนบูรณาการและจัดสรรงบประมาณ (5) การจัดตั้งจุดบริการ (6) การแก้ไขปัญหา ได้แก่ การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพจิต การเฝ้าระวังเชิงรุกและเชิงรับ และการรักษาพยาบาลและดูแลหลังหายป่วย และ (7) การดำเนินงานในชุมชน กิจกรรมที่พัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตโดยตรง ได้แก่ การสื่อสารความเสี่ยงผ่านหอกระจายข่าวและสุขศึกษา การดูแลสุขภาพจิตตามแนวทางกรมสุขภาพจิต และกิจกรรมรู้เท่าทันสื่อในระยะที่ 4 จัดกิจกรรมเดือนละ 2–4 ครั้ง โดย อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล ผลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและประชาคมพบประเด็นหลัก คือ ประชาชนต้องการข้อมูลที่เชื่อถือได้จากแหล่งเดียว เพื่อลดข่าวลือ ต้องการให้สื่อสารผ่านหอกระจายข่าวและกลุ่มไลน์หมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และต้องการการติดตามดูแลใจผู้ถูกกักตัวและผู้หายป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 กระบวนการและกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม จำแนกตามช่วงเวลา

ช่วงเวลา	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
ต.ค. 2568	วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตของพื้นที่ (วัดผลก่อนดำเนินการ)	การสัมภาษณ์กลุ่ม แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ แบบวัดสุขภาพจิต แบบรายงานผู้ป่วย	1 เดือน	การประเมินสถานการณ์และบริบทของชุมชนก่อนวางมาตรการ ช่วยให้มาตรการตรงกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่[6]
ต.ค. 2568	กำหนดมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายร่วมกัน	การประชาคมและกระบวนการกลุ่ม	2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง	การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนสร้างความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของมาตรการ[11]
พ.ย.–ธ.ค. 2568	ดำเนินการตามมาตรการ ได้แก่ ประชุมศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สอบสวนและควบคุมโรค จัดตั้งจุดบริการ ให้ความรอบรู้และดูแลสุขภาพจิตในชุมชนทุกหมู่บ้าน	ศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอำเภอ หอกระจายข่าวชุมชน การให้สุขศึกษา ชุดตรวจ Antigen Test Kit	2 เดือน	ความรอบรู้ทางสุขภาพคือทักษะการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องจึงช่วยพัฒนาทักษะเหล่านี้[7]
ม.ค. 2569	ถอดบทเรียนกรณีศึกษา วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงมาตรการ/บทบาทภาคีเครือข่าย	การประชุมถอดบทเรียน กระบวนการกลุ่ม	1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง	การทบทวนหลังปฏิบัติการ (after-action review) ช่วยให้เรียนรู้จากเหตุการณ์จริงและปรับปรุงมาตรการอย่างต่อเนื่อง

ช่วงเวลา	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
ก.พ.–เม.ย. 2569	ดำเนินการตามมาตรการที่ปรับปรุง เสริมการดูแลสุขภาพจิตและการรู้เท่าทันสื่อ	แนวทางดูแลสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต[8] สื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน	3 เดือน	การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจเชิงรุกในชุมชนช่วยลดผลกระทบทางจิตใจในภาวะวิกฤต[8]
เม.ย. 2569	วัดผลหลังดำเนินการและถอดบทเรียนสรุป	แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ แบบวัดสุขภาพจิต	1 เดือน	การวัดซ้ำด้วยเครื่องมือเดิมทำให้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อน–หลังได้

2.2 ผลการดำเนินงานตามมาตรการ ตลอดช่วงการระบาดปี พ.ศ. 2563–2564 (ข้อมูลทุติยภูมิ) พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มเสี่ยงต่ำ รวม 4,203 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยัน 186 ราย เสียชีวิต 1 ราย สอบสวนและควบคุมโรคครบทุกราย (ร้อยละ 100.00) ประชุมศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอำเภอ 15 ครั้ง และถอดบทเรียนเหตุการณ์สำคัญ 5 ครั้ง มีจุดบริการ ได้แก่ จุดรายงานตัวระดับหมู่บ้าน 67 แห่ง ศูนย์แรกรับระดับอำเภอ 1 แห่ง ศูนย์กักกันในชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลสนามระดับตำบล (20 เตียง) 7 แห่ง โรงพยาบาลสนามระดับอำเภอ (120 เตียง) 1 แห่ง คลินิกโรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ARI clinic) 7 แห่ง และหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) 22 เตียง ให้ความรอบรู้ทางสุขภาพและดูแลสุขภาพจิตในชุมชนครบ 67 หมู่บ้าน (ร้อยละ 100.00) และดูแลสุขภาพจิตผู้ป่วยหลังหายป่วยครบทั้ง 185 ราย (ร้อยละ 100.00) โรงพยาบาลนามนรักษาผู้ป่วย 186 ราย หายดี 185 ราย อัตราตายร้อยละ 0.54 (1/186) ข้อมูลได้จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลนามนและรายงานการสอบสวนโรคของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน โดยผู้ป่วยยืนยันหมายถึงผู้ที่ตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี RT-PCR หรือ Antigen Test Kit ตามนิยามของกรมควบคุมโรค และตัวชี้วัดความสำเร็จที่กำหนดล่วงหน้า ได้แก่ สอบสวนโรคครบทุกราย จุดบริการและการให้ความรอบรู้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และอัตราตายต่ำกว่าร้อยละ 1

3. การเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมการป้องกันโรค

3.1 การเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

หลังดำเนินการ คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี (คิดเป็นร้อยละ 79.90 ของคะแนนเต็มก่อนดำเนินการ และร้อยละ 83.17 หลังดำเนินการ สัดส่วนผู้อยู่ในระดับดีเพิ่มจากประมาณร้อยละ 48.00 เป็นร้อยละ 58.29) จาก 133.40±16.10 เป็น 138.90±13.90 คะแนน (ผลต่าง 5.50, 95% CI 4.40 ถึง 6.60, $t(584) = 9.81$, $p<0.001$, $d = 0.41$) สุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจาก 161.30±17.60 เป็น 165.70±16.10 คะแนน ($t(584) = 7.03$, $p<0.001$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 40.70±5.60 เป็น 41.80±4.90 คะแนน ($t(584) = 5.62$, $p<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน รวมถึงด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($t(584) = 4.83$, $p<0.001$) ค่า t ผลต่าง และ 95% CI เป็นค่าประมาณจาก $\bar{x}$ และ S.D. โดยสมมติสหสัมพันธ์ก่อน–หลัง $r = 0.60$ ขนาดอิทธิพล d อยู่ระดับเล็ก (0.20–0.41) และทุก

ด้านยังมีนัยสำคัญหลังปรับ Bonferroni (α = 0.0056) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังดำเนินการ (Paired t-test, n = 585)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
ความรู้ความเข้าใจ (คะแนนเต็ม 10)	ภาพรวม	7.30	1.50	7.80	1.10	ปานกลาง	0.50	0.40-0.60	9.94	<0.001*
การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (คะแนนเต็ม 25)	ภาพรวม	19.90	3.70	20.70	3.40	ดี	0.80	0.54-1.06	6.07	<0.001*
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ (คะแนนเต็ม 30)	ภาพรวม	21.90	4.30	22.90	3.80	ปานกลาง	1.00	0.70-1.30	6.63	<0.001*
การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง (คะแนนเต็ม 25)	ภาพรวม	21.00	2.80	21.90	2.60	ดี	0.90	0.70-1.10	8.99	<0.001*
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (คะแนนเต็ม 25)	ภาพรวม	20.90	5.70	21.90	5.50	ดี	1.00	0.59-1.41	4.83	<0.001*
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (คะแนนเต็ม 2)	ภาพรวม	1.70	1.00	1.90	0.90	ดี	0.20	0.13-0.27	5.66	<0.001*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 50)	ภาพรวม	40.70	5.60	41.80	4.90	ดี	1.10	0.72-1.48	5.62	<0.001*
ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม (คะแนนเต็ม 167)	ภาพรวม	133.40	16.10	138.90	13.90	ดี	5.50	4.40-6.60	9.81	<0.001*
สุขภาพจิตโดยรวม (คะแนนเต็ม 220)	ภาพรวม	161.30	17.60	165.70	16.10	ปานกลาง	4.40	3.17-5.63	7.03	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชาชนและกลุ่มภาคีเครือข่าย หลังดำเนินการ ภาคีเครือข่ายมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ (143.50 คะแนน) และสุขภาพจิต (167.20 คะแนน) สูงกว่าประชาชน (132.30 และ 161.50 คะแนน ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -12.50 และ -5.50 ตามลำดับ , p<0.001) ผลต่างความรอบรู้ 11.20 คะแนน (95% CI 9.44 ถึง 12.96) และสุขภาพจิต 5.70 คะแนน (95% CI 3.67 ถึง 7.73) ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของภาคีเครือข่ายเท่ากับ 43.10 คะแนน และของประชาชนเท่ากับ 40.30 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -6.54, p<0.001) การเปรียบเทียบนี้ใช้คะแนนหลังดำเนินการโดยไม่ปรับคะแนนก่อนดำเนินการ ซึ่งก่อนดำเนินการภาคีเครือข่ายมีคะแนนสูงกว่าประชาชนอยู่แล้ว (ความรอบรู้ 139.50 และ 130.10 คะแนน สุขภาพจิต 166.40 และ 158.50 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ ANCOVA ปรับคะแนนก่อนดำเนินการ ผลต่างด้านความรอบรู้ลดลงเหลือประมาณ 5.60 คะแนน (95% CI 3.70 ถึง 7.50) แต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการระหว่างกลุ่มประชาชนและกลุ่มภาคีเครือข่าย (Independent t-test, df = 583)

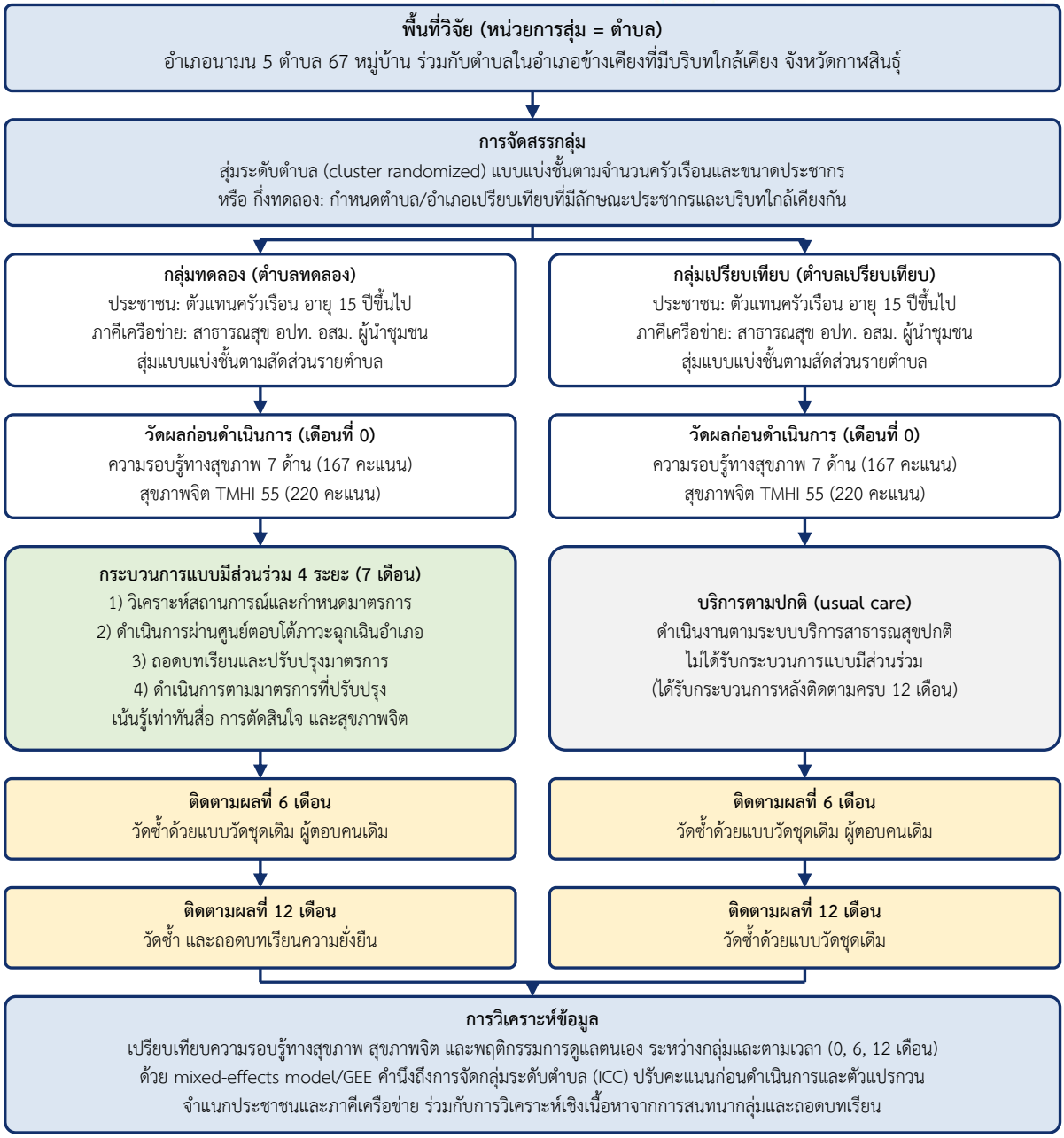
ตัวแปร	ประชาชน (n = 381)		ภาคีเครือข่าย (n = 204)		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 50)	40.30	5.00	43.10	4.80	ดี/ดี	-2.80	-3.64 ถึง -1.96	-6.54	<0.001*
ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม (คะแนนเต็ม 167)	132.30	10.40	143.50	10.30	ปานกลาง/ดี	-11.20	-12.96 ถึง -9.44	-12.50	<0.001*
สุขภาพจิตโดยรวม (คะแนนเต็ม 220)	161.50	12.00	167.20	11.90	ปานกลาง/ปานกลาง	-5.70	-7.73 ถึง -3.67	-5.50	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตามกลุ่ม เมื่อจำแนกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพตามเกณฑ์ของบลูม พบว่าภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับดีร้อยละ 75.00 สูงกว่าประชาชนที่อยู่ในระดับดีร้อยละ 49.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 37.10, df = 2, p<0.001, Cramér's V = 0.25) เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะระดับดี χ^2 = 35.97, df = 1, p<0.001 (OR 3.08, 95% CI 2.12 ถึง 4.48) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพหลังดำเนินการ จำแนกตามกลุ่ม (Chi-square test)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ	ประชาชน (ร้อยละ)	ภาคีเครือข่าย (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ระดับน้อย	12.10	3.90	37.10	<0.001*
ระดับปานกลาง	38.60	21.10		
ระดับดี	49.30	75.00		



ภาพ 1 ขั้นตอนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม

อภิปรายผล

ก่อนดำเนินการ สถานการณ์ของพื้นที่สะท้อนผลกระทบของภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดเป็นระลอก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการระบาดแต่ละครั้งส่งผลกระทบต่อปัญหาส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ[12] และการควบคุมการระบาดต้องอาศัยการตื่นรู้ของชุมชนและบรรทัดฐานทางสังคมควบคู่กับนโยบายภาครัฐ[13,14] ด้านพฤติกรรม พบว่าการสวมหน้ากากและการล้างมือเป็นพฤติกรรมป้องกันที่ปฏิบัติได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[9,10,15,16] แต่ยังพบพฤติกรรมเสี่ยง คือ การร่วมงานสังสรรค์ การใช้ของส่วนตัวและการกินอาหารร่วมกับผู้อื่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อเสนอ[15] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิถีชีวิตของชาวอีสานนิยมรับประทานอาหารร่วมกันและรวมกลุ่มตามประเพณี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการ

ประชาคมที่ผู้เข้าร่วมระบุว่างานบุญ งานศพ และการรวมกลุ่มรับประทานอาหารเป็นประเพณีสำคัญที่ปรับเปลี่ยนได้ยากในช่วงการระบาด ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ของประชาชนสูงทุกด้าน[17] แต่สอดคล้องในประเด็นปัญหาการรู้เท่าทันสื่อที่ประชาชนจำนวนมากหลงเชื่อข่าวปลอม[17] ส่วนสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเลือกให้ความสนใจและการเลือกจดจำข่าวสารมีผลต่อความวิตกกังวล[18] และการเว้นระยะห่างทางสังคมก่อให้เกิดความเครียด[12] แม้การศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์จะพบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมไม่สูง[19] แต่ก็พบความเครียดและความซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปในผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรค[20]

กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมที่ใช้ในการศึกษานี้อาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตั้งแต่การวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ การสอบสวนและควบคุมโรค การถอดบทเรียน การวางแผนบูรณาการและจัดสรรงบประมาณ การจัดตั้งจุดบริการ ไปจนถึงการดำเนินงานในชุมชน โดยมีนายอำเภอเป็นประธานศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของจังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและภาคีเครือข่าย[11] และสอดคล้องกับการค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสได้รวดเร็วผ่านการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน[13] นอกจากนี้กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพที่เน้นการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพ[7] จึงอาจนำไปทดลองประยุกต์ใช้กับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่น เช่น โรคเอ็มพอกซ์[3] อย่างไรก็ตาม กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นงานตอบโต้โรค ต่างจากกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้โดยตรง จึงยังประเมินไม่ได้ว่ากิจกรรมใดส่งผลต่อคะแนน และการประยุกต์ใช้กับโรคอื่นยังเป็นข้อเสนอเชิงแนวคิด จากการถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การที่นายอำเภอเป็นประธานศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน การมีส่วนร่วมของ อสม. และผู้นำชุมชน และการสื่อสารข้อมูลที่รวดเร็วผ่านหอกระจายข่าว ส่วนอุปสรรค ได้แก่ ข่าวลือ ปัญหาขยะติดเชื้อ ภาระงานของบุคลากร และการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติบ่อย

ภายหลังดำเนินการ ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม สุขภาพจิต และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง[9] แต่ขัดแย้งกับการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง[21] ผลที่เพิ่มขึ้นระดับเล็กนี้สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่พบว่าการให้ความรู้และปรับพฤติกรรมมีผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมเพียงเล็กน้อย โดยหลักฐานมีความเชื่อมั่นต่ำมาก[22] ด้านการรู้เท่าทันสื่อมีขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด (ผลต่าง 1.00 คะแนน, $d = 0.20$) ซึ่งอาจเป็นเพราะการพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อทำได้ยาก สื่อมีหลายช่องทางและมักนำเสนอในเชิงลบ ภาครัฐจึงต้องปรับรูปแบบการนำเสนอและใช้เวลามากขึ้น ภาคีเครือข่ายมีคะแนนสูงกว่าประชาชนในทุกด้านที่เปรียบเทียบ ซึ่งอาจเป็นเพราะภาคีเครือข่ายเป็นผู้ขับเคลื่อนมาตรการและได้รับข้อมูลและฝึกปฏิบัติโดยตรง แต่ความต่างส่วนหนึ่งมีมาตั้งแต่ก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาในภาคใต้ของไทยที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 เพียงพอ ขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ[23] ข้อจำกัดของการวิจัย คือ เป็นการวัดผลก่อนและหลังในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ระยะเวลาศึกษา 7 เดือน ใช้แบบวัดที่ตอบด้วยตนเอง ผลที่เปลี่ยนแปลงอาจได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์การระบาดที่เปลี่ยนไปตามเวลา ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนากระบวนการจึง

อาจเกิดอคติ ผู้ตอบอาจตอบตามความคาดหวังของสังคม การเลื่อนรายชื่อแทนรายที่ติดต่อไม่ได้อาจเกิดอคติการคัดเลือก ใช้แบบวัดชุดเดิมก่อน–หลัง (testing effect) มีการปรับมาตรการระหว่างศึกษา ไม่ได้ปรับตัวแปรกวน ข้อมูลภายในหมู่บ้านอาจสัมพันธ์กัน ผลจำเพาะกับ 1 อำเภอ และไม่มีการติดตามผลระยะยาว

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2568–เมษายน 2569 ในกลุ่มตัวอย่าง 585 คน พบว่า ก่อนดำเนินการความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง กระบวนการที่พัฒนาประกอบด้วยมาตรการ 7 กลุ่ม ดำเนินการ 4 ระยะ ภายหลังดำเนินการด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ (133.40 เป็น 138.90) สุขภาพจิต (161.30 เป็น 165.70) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (40.70 เป็น 41.80) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตสูงกว่าประชาชน ทั้งนี้ผลเป็นการเปลี่ยนแปลงก่อน–หลังในกลุ่มเดียว ขนาดอิทธิพลระดับเล็ก จึงไม่สามารถสรุปเชิงเหตุผลได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำกระบวนการแบบมีส่วนร่วมนี้ไปทดลองใช้และประเมินผลต่อเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่น ผ่านศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอ โดยเน้นการสื่อสารความเสี่ยงและการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน และเพิ่มกิจกรรมพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาเปรียบเทียบกับอำเภอข้างเคียง ทดลองใช้รูปแบบและมาตรการในพื้นที่อื่น และติดตามผลในระยะเวลาที่นานขึ้น โดยออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบหรือการสุ่มระดับตำบล (cluster randomized) และติดตามผลที่ 6 และ 12 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายอำเภอนามน ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนามน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนอำเภอนามนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย การวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนและไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. COVID-19 epidemiological update – Edition 176 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Feb 13 [cited 2026 Apr 5]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/ceu176.pdf
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation report of the Emergency Operations Center for COVID-19 [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021 Aug 8 [cited 2026 Nov 5]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ (in Thai)

3. World Health Organization. Fifth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the upsurge of mpox 2024 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Oct 30 [cited 2026 Apr 5]. Available from: https://www.who.int/news/item/30-10-2025-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-upsurge-of-mpox-2024

4. Kalasin Provincial COVID-19 Command Center. Situation report of COVID-19 in Kalasin Province. Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2020 Apr 9. (in Thai) (internal report)

5. Namon Hospital. Report of the Emergency Operations Center for COVID-19, Namon District. Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2021. (in Thai) (internal report)

6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.

7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.

8. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Operational manual for mental health crisis assistance and healing teams during the COVID-19 outbreak [Internet]. 2020 [cited 2026 Apr 5]. Available from: https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=1 (in Thai)

9. Glomjai T, Kaewjiboon J, Chachvarat T. Knowledge and behaviors of the public on self-protection against the novel coronavirus 2019. J Nurs Public Health Educ. 2020;21(2):29-39. (in Thai)

10. Khamsaen N. Knowledge, attitudes, and self-protection behaviors against COVID-19 among residents of U-Thong District, Suphanburi Province, 2021. J Phrachomklao Coll Nurs Phetchaburi Prov. 2021;4(1):33-48. (in Thai)

11. Ketdao R, Thiengtrongdee A, Thoin P. Development of a surveillance, prevention and control model for COVID-19 in sub-district health promoting hospitals, Udon Thani Province: Udon Model COVID-19. J Health Sci. 2021;30(1):53-61. (in Thai)

12. Samatthanakun R. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of nursing students, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University [independent study]. Buriram: Buriram Rajabhat University; 2021. (in Thai)

13. Nawamawat J, Sittisart V, Lekphet K, Thianthawon P. Participation of village health volunteers and communities in COVID-19 prevention and surveillance using a geographic information system. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)

14. Chanwat T. Behavior of Thai households under the COVID-19 situation in 2020. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2020. (in Thai)

15. Jaisaen J. COVID-19 prevention behaviors among personnel of the Institute of Public Health Science Research, Department of Medical Sciences [independent study]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2021. (in Thai)

16. Bunthan W, Whaikit P, Soysang V, Soynak C, Akaratanapol P, Kompayak J. Factors influencing health promotion behaviors for COVID-19 prevention among older adults. Police Nurs J. 2020;12(2):323-37. (in Thai)

17. Wae A. COVID-19 and learning for health behavior modification today. J Health Educ Prof Assoc. 2020;35(1):24-9. (in Thai)

18. Ekpanyaskul S. Factors affecting anxiety from perceiving COVID-19 news among the population outside Bangkok [independent study]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2021. (in Thai)

19. Netirojjanakul W. Prevalence and associated factors of mental health problems among healthcare personnel at Nakhon Pathom Hospital during the COVID-19 outbreak. Reg 4-5 Med J. 2020;39(4):616-27. (in Thai)

20. Saengsirirak E. Stress and depressive mood among healthcare personnel during the COVID-19 outbreak. J Psychiatr Assoc Thailand. 2020;65(4):400-8. (in Thai)

21. Thinpreepream R, et al. Knowledge and self-protection behaviors against the novel coronavirus 2019 [independent study]. Bangkok: Huachiew Chalermprakiet University; 2021. (in Thai)

22. Amberson T, Heagele T, Wyte-Lake T, Couig MP, Bell SA, Mammen MJ, et al. Social support, educational, and behavioral modification interventions for improving household disaster preparedness in the general community-dwelling population: a systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2024;11:1257714.

23. Saisanan Na Ayudhaya W, Thanapop C, Wongrith P, Loonlawong S, Laor P, Fajriyah R. Health literacy and preventive behaviors towards COVID-19 among village health volunteers and residents in urban and rural areas of upper southern Thailand. Soc Sci. 2023;12(7):377.

24. Department of Health, Ministry of Public Health. Health literacy and health behavior (3E 2S) assessment form, revised edition. Nonthaburi: Department of Health; 2018. (in Thai)

25. Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanom W, Romsai P, Chutha W. The development and testing of Thai mental health indicator (version 2007). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2007. (in Thai)

26. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.