วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย

Health Science Journal of Thailand

HEALTH SCI J of THAI

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2564)
Vol. 3 No. 2 (May - August 2021)

ISSN 2773-8817 (Online)

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย

ชื่อวารสาร	วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย (Health Science Journal of Thailand)	
เจ้าของ	มหาวิทยาลัยทักษิณ	
ที่ปรึกษาฝ่ายบริหาร	อธิการบดีมหาวิทยาลัยทักษิณ รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยทักษิณ รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยทักษิณ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ	
ที่ปรึกษาฝ่ายวิชาการ	ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ศาสตราจารย์ ดร.มาลินี เหล่าไพบูลย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ศาสตราจารย์ ดร.สถิรกร พงษ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
กองบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ นพ.หัชชา ศรีปลั่ง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	รองศาสตราจารย์ ดร.พงษ์เดช สารการ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี มิตกิตติ	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณศรี มงคลชาติ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดศิริ หิรัญชุณหะ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสมศิริ เดชารัตน์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
กองจัดการ	นางสาวรานี ซุ่นเซ่ง	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	นางสาวกัญญณัชช์ เลียดรักษ์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
วัตถุประสงค์	1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ 3. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการวิจัย หรือประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ	
กำหนดการออก	ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม และ กันยายน – ธันวาคม)	
รูปแบบเล่ม	ขนาด B5 (16.7x25 ซ.ม.)	
การเผยแพร่	ออนไลน์ (Online)	

การติดต่อ กองจัดการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210 โทรศัพท์ 0 7460 9600 ต่อ 7254
E-mail address: jhstsu@tsu.ac.th, editorjhstsu@tsu.ac.th
Website: https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHSTSU

โรงพิมพ์ อาร์ตเวิร์ค แอนด์ มีเดีย
โทรศัพท์ 089 925 8455, 095 440 5398
E-mail address: hatyaifoto@gmail.com

บรรณาธิการแถลง

จากการเผยแพร่บทความในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทางวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย (Health Science Journal of Thailand) ผ่านการรับรองคุณภาพจากมาตรฐานจากศูนย์การอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index – TCI) วารสารกลุ่มที่ 1 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567) นอกจากนี้ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย มุ่งพัฒนาความเป็นมาตรฐานของวารสารและบทความที่มีคุณภาพ ดังนั้น วารสารฯ จึงได้มีการปรับรูปแบบและรายละเอียดของการเขียนบทความบางส่วน เพื่อให้เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ และเพื่อรองรับการเข้าสู่ฐานข้อมูลสากลในระดับ ASEAN Citation Index (ACI) ในอนาคต และยังคงไว้ซึ่งขอบเขตของเนื้อหาของการเผยแพร่ตีพิมพ์ครอบคลุมศาสตร์ทางการแพทย์ (Medicine) การพยาบาล (Nursing) และการสาธารณสุข (Health Professions)

สำหรับเนื้อหาของบทความที่ได้เผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคเกลือ การให้คำปรึกษาทางจิตเวช การพัฒนารูปแบบการชุมชนส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดอาการปวดไมเกรนด้วยวิธีการแพทย์พื้นบ้าน การบริโภคยาปฏิชีวนะและการดื้อยา การเฝ้าระวังและการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน รูปแบบความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการโรคอ้วนในเด็กนักเรียน และการเบิกจ่ายค่ารักษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก

ท้ายนี้ บรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และกองการจัดการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ใคร่ขอขอบคุณผู้เขียนทุกท่านที่กรุณาส่งบทความ เพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารฯ และใคร่ขอเรียนเชิญนิสิตนักศึกษา นักวิจัย นักวิชากร และผู้ที่สนใจเข้าร่วมส่งบทความ เพื่อเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารฯ โดยสามารถเข้าอ่านบทความ ศึกษารายละเอียดการเขียนบทความ ขั้นตอนการเขียนบทความ และรายละเอียดต่างๆ ได้ที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/index

รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์
บรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย

สารบัญ

หน้า

ประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช 1

Effect of Reducing Salt Consumption Program towards Dietary Consumption Behavior among with Hypertensive Risk Group: A Case study in Nakhon Si Thammarat

กรรณิกา สุวรรณา, วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ์, จิรา แก้วดำ, เลอศักดิ์ อินทร์นุภาพ, จินดา หอมประสิทธิ์, สินีนาฏ ดำทอง, อมรรัตน์ เพชรเกลี้ยง, ยุพา เพชรทอง, อาภรณ์ นุราภักดิ์

Kannika Suwanna, Walailuck Sittibun, Jira Kaewdam, Lersak Innupaph, Jinda Homprasit, Sineenat Dumthong, Amornrat Phetkleang, Yupa Pettong, Arporn Nurapuk

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 14

Individual Counseling and Stress of Psychiatric Patient's Caregivers

สุภาวดี ดิสโร, จตุรพร แสงกูล

Supawadee Disro, Jaturaporn Sangkool

การพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. (อาหารและการออกกำลังกาย) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน บ้านคลองห้วยบ่า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล 25

Development of Health Promotion Campaign Model with 2 Activities (Food and Exercise) by Community Participation for Solving of Obesity at Banklonghuayba Thungwa District, Satun Province

เอกพล เหมรา

Ekapol Hemmara

ประสิทธิผลของการบำบัดด้วยวิธีการเช็ดแหกและพอกยาเย็นต่อการบรรเทาอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยไมเกรน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง 39

Effectiveness of Shed-Haek and Cold Herbs Mask Treatment for Reducing Headache Pain among Patients with Migraine at Healthcare Network Pabon District, Phatthalung Province

ยุวดี กองมี

Yuvadee Kongme

สารบัญ

หน้า

ความสัมพันธ์ระหว่างการดื้อยาต้านจุลชีพกับการบริโภคยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกระบี่ 48
Correlation between Antimicrobial Resistance and Antimicrobial Consumption in Krabi Hospital
มัชฌิมา เวชกุล, สมฤดี ริมดุสิต
Mutchima Wechakul, Somruedee Rimdusit

ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงต่อการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าในตลาดชุมชน 60
Correlation and Predictive Power of Perceived Severity towards Surveillance and Prevention of COVID-19 of Community Marketplace Shop Entrepreneurs
วันอัสรี แวมามะ, อรุณศิริ สามนกฤษณะ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นวรัตน์ ไวชมภู
Wan-asree Waema-ma, Arunsiri Samonkridsana, Kittiporn Nawsuwan, Navarat Waichompu

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการกับความอ้วนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดพัทลุง 69
Health Literacy Training Program for Improving Obesity Management among Obese-High School Student: A Research and Development, Phatthalung Province
ชไมพร ทองเพชร, มนทกานติ์ เชื่อมชิต, วิทยา เหมพันธ์
Chamaiporn Thongphet, Monthakarn Cherumchit, Witthaya Hemapandha

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเบิกจ่ายค่าการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 77
Factors Affecting Hospital Reimbursement among Geriatric Hip Fracture Patients in Surat Thani Hospital
ถาวร ทองเพชร, วิชยาพร ทองเพชร, สุนีย์ เคราน้วล
Thaworn Thongpeth, Wichayaporn Thongpeth, Sunee Kraonual

Health Science Journal of Thailand

Health Science Journal of Thailand

ประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช

Effect of Reducing Salt Consumption Program towards Dietary Consumption Behavior among with Hypertensive Risk Group: A Case study in Nakhon Si Thammarat

กรรณิกา สุวรรณา[1]*, วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ์[2], จิรา แก้วดำ[2], เลอศักดิ์ อินทร์นุภาพ[3], จินดา หอมประสิทธิ์[4], สินีนาฏ ดำทอง[5], อมรรัตน์ เพชรเกลี้ยง[6], ยุพา เพชรทอง[7], อาภรณ์ นุราภักดิ์[8]

Kannika Suwanna[1]*, Walailuck Sittibun[2], Jira Kaewdam[2], Lersak Innupaph[3], Jinda Homprasit[4], Sineenat Dumthong[5], Amornrat Phetkleang[6], Yupa Pettong[7], Arporn Nurapuk[8]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่เป็นผู้ปรุงหรือประกอบอาหารเองของครัวเรือน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 245 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 222 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และ Paired t-test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้ การรับรู้ เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001 และ <0.001) และมีความเค็มในอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) หลังได้รับโปรแกรม อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = <0.001, <0.001 และ <0.001 ตามลำดับ) นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าระดับความเค็มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = <0.001) จากผลการศึกษาดังกล่าวควรส่งเสริมและประยุกต์โปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

*Corresponding: Email: pukannika22@yahoo.com, Tel: 075360068

Received: January 15, 2021; Revised: February 26, 2021; Accepted: March 11, 2021

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สคร. 11 นครศรีธรรมราช 80000
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สคร. 11 นครศรีธรรมราช 80000
[3] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, สคร. 11 นครศรีธรรมราช 80000
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. พรหมคีรี นครศรีธรรมราช 80320
[5] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, รพ. ร่อนพิบูลย์ นครศรีธรรมราช 80130
[6] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, รพ.สต. บ้านไม้เสียบ นครศรีธรรมราช 80180
[7] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, รพ.สต. บ้านพัทธสีมา นครศรีธรรมราช 80170
[8] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, รพ.สต. บ้านชะอวด นครศรีธรรมราช 80130
[1] Public Health Technical Officer, (Senior Professional), CDC 11, Nakhon Sri Thammarat, 80000, Thailand
[2] Public Health Technical Officer, (Professional), CDC 11, Nakhon Sri Thammarat, 80000, Thailand
[3] Public Health Technical Officer, (Practitioner), CDC 11, Nakhon Sri Thammarat, 80000, Thailand
[4] Professional Nurse, Promkiri Hospital, Nakhon Sri Thammarat, 80320, Thailand
[5] Professional Nurse, Ron Phibun Hospital, Nakhon Sri Thammarat, 80130, Thailand
[6] Public Health Technical Officer, (Professional), Ban Mai Siab Health Promoting Hospital, Nakhon Sri Thammarat, 80180, Thailand
[7] Professional Nurse, Ban Pattasrima Health Promoting Hospital, Nakhon Sri Thammarat, 80170, Thailand
[8] Professional Nurse, Ban Cha-uat Health Promoting Hospital, Nakhon Sri Thammarat, 80130, Thailand

Abstract

This quasi experimental study aimed to investigate effectiveness of reducing salt consumption program towards dietary consumption behavior among hypertensive risk group. The samples were representative of household who aged more than 15 years, being self-cooking or cooking for family members. The study subjects divided into 2 groups: 245 subjects in intervention group and 222 subjects in control group. The intervention group received reducing salt consumption program. The data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test and paired t-test. Results showed that subjects in intervention group had statistically significant higher knowledge and perception (p-value <0.001 and <0.001) and had statistically significant lower salty food (p-value <0.001), after receiving program. However, subjects in intervention and control group had not different in consumption behavior. Subjects in intervention group had statistically significantly higher knowledge, perception and consumption behavior (p-value <0.001, <0.001 and <0.001), respectively. In addition, subjects in intervention group had statistically significantly smaller level of salty than control group (p-value <0.001). Results suggested that reducing salt consumption program should be launched in order to modify dietary consumption among risk group and reduce risk of hypertensive illness.

Keywords: effectiveness, reducing salt behavior program

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทุกประเทศทั่วโลก และทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจทั้งในระดับจุลภาคและมหัพภาค การป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการสูญเสียผลิตภาพ (Productivity) ครอบคลุมถึงการขาดงาน การขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน ความพิการ การสูญเสียโอกาสในการถูกจ้างงานจากการเจ็บป่วย รวมทั้งการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 198,512 ล้านบาท โดยเฉพาะในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ[1] สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้ได้รับสารอาหารบางอย่างมากเกินความจำเป็นของร่างกาย เช่น ไขมัน คาร์โบไฮเดรต และเกลือโซเดียม เป็นต้น ซึ่งเกลือโซเดียมเป็นแร่ธาตุจำเป็นที่ร่างกายไม่สามารถสร้างได้เอง การบริโภคเกลือโซเดียมเกินความจำเป็นต่อเนื่อง ทำให้ร่างกายอวัยวะในร่างกายทำงานหนัก โดยเฉพาะไต[2] ในการขับของเสียออกจากร่างกาย

จากการสำรวจการบริโภคเกลือแกงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 พบว่า คนไทยได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารมากถึง 4,351.69 มิลลิกรัม[3] ซึ่งสูงเป็น 2 เท่า ของปริมาณโซเดียมที่ควรบริโภคในแต่ละวันตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ไม่ควรเกิน 1 ช้อนชา 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน) การบริโภคเกลือโซเดียมปริมาณมากก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำหรือได้รับน้ำในปริมาณที่จำกัด และการทำงานของไตผิดปกติ (Nephrotic syndrome) มีการคั่งของโซเดียม อาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะบวมน้ำ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ระดับเกลือแร่ในเลือดสูงอาจทำให้เลือดแข็งตัว และอาจนำไปสู่การ

มีภาวะความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบตัน ไตวาย หัวใจวาย และเสียชีวิตในที่สุด[4]

สถานการณ์ทั่วโลกระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2561[5] พบว่า แนวโน้มอัตราความชุกเพิ่มสูงขึ้นทั้งในระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพที่ 11 และจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยที่อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในระดับประเทศ (7,969.98 8,504.64 และ 8,895.22 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ) เขตสุขภาพที่ 11 (9,134.33 9,217.76 และ 9,507.01 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ) และจังหวัดนครศรีธรรมราช (9,091.13, 8,619.74 และ 9,341.92 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ) ซึ่งข้อมูลอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 11 และจังหวัดนครศรีธรรมราชสูงกว่าในระดับประเทศ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อาจมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนทางไต หลอดเลือดหัวใจ และสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย[6] จากสถานการณ์การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีแนวโน้มคงที่ ในขณะที่อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในเขตสุขภาพที่ 11 และจังหวัดนครศรีธรรมราช กลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงกว่าระดับประเทศ[5]

จากความสำคัญของสถานการณ์ดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้ จึงทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นกรณีศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการลดการบริโภคเกลือในอาหาร เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะการลดการบริโภคเกลือโซเดียม และเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยง ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Community-based quasi – experimental study) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการดำเนินการทดลอง (Pre and posttest design) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 - มกราคม พ.ศ. 2563 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประชากร คือ ตัวแทนจำนวนครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นำร่อง 5 อำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ อำเภอชะอวด อำเภอจุฬาภรณ์ อำเภอร่อนพิบูลย์ อำเภอพรหมคีรี และอำเภอหัวไทร[7] ทำการคัดเลือกพื้นที่ระดับอำเภอและตำบลในแต่ละอำเภอแบบจำเพาะเจาะจง ซึ่งในหมู่บ้านทดลองมีจำนวน 1,589 ครัวเรือน และหมู่บ้านควบคุมมีจำนวน 1,797 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ กำหนดขนาดตัวอย่างจากอำนาจการทดสอบของโคเฮน[8] ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการศึกษาของ ธีระพล ชัยสงคราม (2552)[9] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 คน ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน ต่อหมู่บ้าน อำเภอละ 2 หมู่บ้าน (หมู่บ้านทดลองและควบคุม) เท่ากับ 60 คน จำนวน 5 อำเภอ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 300 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเก็บตัวอย่างจริงในพื้นที่ทั้งหมด 467 คน เป็นกลุ่มทดลอง 245 คน และกลุ่มควบคุม 222 คน โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษานำร่อง 5 อำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ อำเภอชะอวด (ตำบลเกาะขันธ์ หมู่ที่ 3 และ หมู่ที่ 6) อำเภอจุฬาภรณ์

(ตำบลบ้านชะอวด หมู่ที่ 3 และ หมู่ที่ 1) อำเภอร่อนพิบูลย์ (ตำบลร่อนพิบูลย์ หมู่ที่ 8 และ หมู่ที่ 4) อำเภอพรหมคีรี (ตำบลพรหมโลก หมู่ที่ 7และ หมู่ที่ 5) และอำเภอหัวไทร (ตำบลท่าซอม หมู่ที่ 3 และ หมู่ที่ 4)

2) เป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากจากการสำรวจการบริโภคเกลือแกงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 พบว่า คนไทยทุกกลุ่มวัยได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารมากถึง 4,351.69 มิลลิกรัม[3] ซึ่งสูงเป็น 2 เท่าของปริมาณที่ควรได้รับ

3) เป็นผู้ปรุง หรือประกอบอาหารด้วยตนเองของครัวเรือน

4) สมัครใจเข้าร่วมทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหาร มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ระยะก่อนทดลอง (สัปดาห์ที่ 1–2)

· การวัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหาร ด้วย

เครื่องวัดเค็ม (Salt meter) แสดงแถบสีบอกระดับปริมาณโซเดียมในอาหาร แปลผลดังนี้ สีเหลือง (0.3-0.6%) มีปริมาณโซเดียมปานกลาง สีส้ม (0.8-1.0%) มีปริมาณ โซเดียมสูง และสีแดง (1.3-2.0%) มีปริมาณโซเดียมสูงมาก และเก็บข้อมูลของครัวเรือนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการประกอบอาหารและการบริโภคอาหารเค็ม **(ประเมินครั้งที่ 1)**

ระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 3-8)

· การคืนข้อมูลผลลัพธ์การวัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารแก่ครัวเรือนกลุ่มทดลอง ทั้ง 5 อำเภอ

· การให้ความรู้ : จัดอบรมให้ความรู้รายกลุ่มแก่ครัวเรือนกลุ่มทดลอง ทั้ง 5 อำเภอ ในเรื่องการบริโภคอาหารเค็มที่ถูกต้อง ภายหลังการวัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารครั้งที่ 1

· การวัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหาร และเก็บข้อมูลของครัวเรือนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการประกอบอาหารและการบริโภคอาหารเค็ม ทั้ง 5 อำเภอ ภายหลังการจัดอบรมให้ความรู้ครัวเรือนกลุ่มทดลองแล้ว 4 สัปดาห์ หรือดำเนินการในช่วงสัปดาห์ที่ 7-8 **(ประเมินครั้งที่ 2)**

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบสอบถามความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการประกอบอาหารและการบริโภคอาหารเค็ม ประยุกต์จากการศึกษาของ สายหยุด มูลเพ็ชร์[10] ที่ศึกษาการสำรวจปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาทางปัสสาวะและปัจจัยที่มีผลต่อการกินเค็มในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเป็นโรคไม่ติดต่อของครอบครัว การเป็นผู้ปรุงอาหารในครัวเรือน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเค็ม เป็นแบบสอบถามชนิดถูก/ผิด จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการลดเค็ม เป็นแบบสอบถามชนิดการประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ตัวเลือก (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากผลของการบริโภคเค็ม จำนวน 2 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงจากผลของการบริโภคเค็ม จำนวน 2 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์จากการลดเค็ม จำนวน 2 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคจากการบริโภคอาหารลดเค็ม จำนวน 4 ข้อ 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อการบริโภคอาหารลดเค็ม จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการประกอบอาหารและการบริโภคอาหารเค็ม เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการประกอบอาหารและการใช้เครื่องปรุงรส จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกคำตอบ ประกอบด้วย

ลักษณะการรับประทานอาหาร ชนิดอุปกรณ์ในการตัก/ตวง เกลือ น้ำปลา การใช้ผงชูรสหรือรสดีในการทำอาหาร การใช้เครื่องปรุงเมื่อรับประทานอาหารตามร้าน การใส่น้ำปลา/ซีอิ้วขาวเมื่อรับประทานก๋วยเตี๋ยว การอ่านฉลากปริมาณเกลือโซเดียมก่อนเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ และ 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม เป็นแบบสอบถามชนิดการประมาณค่า (Rating scale) 3 ตัวเลือก (ไม่รับประทาน รับประทานนานๆ ครั้ง รับประทานบ่อย) จำนวน 12 ข้อ

2.2) การเก็บข้อมูลเชิงลึก โดยการจัดสนทนากลุ่มของครัวเรือนกลุ่มทดลอง แต่ละอำเภอ ที่ดำเนินการลดเค็มได้ดีและลดเค็มได้ไม่ดี กลุ่มละ 5-7 คน เพื่อถอดบทเรียนและสรุปผลมาใช้ประโยชน์

ประเด็นในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ความรู้สึกต่อการลดการบริโภคอาหารเค็ม วิธีการในการปรุงอาหารลดเค็มในครัวเรือน และลดเค็มในอาหารที่ไม่ได้ปรุงในครัวเรือน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการลดการบริโภคอาหารเค็ม

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ หมายเลข TSU 2019-018 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2562

ผลการศึกษา

จากการศึกษาคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (82.00%) มีอายุเฉลี่ย 54.02 (SD = 13.25) ปี เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (33.90%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (73.50%) เชื้อชาติไทย (100%) ประมาณ 2 ใน 3 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (63.70%) มีอาชีพเกษตรกร (71.40%) มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (67.80%) ประมาณ 1 ใน 3 มีโรคประจำตัว (31.00%) โดยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 2 ใน 3 (59.21%) และประมาณ 1 ใน 2 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ (51.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (88.30%) มีอายุเฉลี่ย 53.50 (SD = 12.14) ปี เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าประมาณ 1 ใน 3 มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (28.80%) และ 55-64 ปี (26.60%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (78.40%) เชื้อชาติไทย (100%) ประมาณ 2 ใน 3 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (62.70%) มีอาชีพเกษตรกร (60.40%) มีรายได้ 5,000-10,000 บาท (59.50%) ประมาณ 1 ใน 3 มีโรคประจำตัว (27.50%) โดยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (62.29%) มีประวัติครอบครัว คือ พ่อ/แม่/พี่น้องสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อมากกว่า 1 โรค (51.80%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 467)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 245)	กลุ่มควบคุม (n = 222)
เพศ		
ชาย	44 (18.0)	26 (11.7)
หญิง	201 (82.0)	196 (88.3)
อายุ (ปี)		
15-24	4 (1.6)	0
25-34	13 (5.3)	10 (4.5)
35-44	37 (15.1)	49 (22.1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 467) (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 245)	กลุ่มควบคุม (n = 222)
45-54	83 (33.9)	64 (28.8)
55-64	55 (22.4)	59 (26.6)
65 ปีขึ้นไป	53 (21.6)	40 (18.0)
Mean ± SD	54.02±13.25	53.50±12.14
Min: Max	17: 94	27: 87
สถานภาพสมรส		
โสด	18 (7.3)	19 (8.6)
สมรส	180 (73.5)	174 (78.4)
หย่า/แยกกันอยู่	4 (1.6)	5 (2.3)
หม้าย	43 (17.6)	24 (10.8)
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่รู้หนังสือ/ประถมศึกษา	156 (63.7)	139 (62.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น	40 (16.3)	22 (9.9)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	30 (12.2)	28 (12.6)
อนุปริญญา/ปวส	10 (4.1)	18 (8.1)
ปริญญาตรีขึ้นไป	9 (3.7)	15 (6.8)
อาชีพ		
เกษตรกร	175 (71.4)	134 (60.4)
รับจ้าง (รายวัน)	21 (8.6)	29 (13.1)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	22 (8.9)	17 (7.7)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (0.8)	4 (1.8)
อื่นๆ (พนักงานบริษัท)	10 (4.1)	16 (7.3)
ไม่ทำงาน	15 (6.1)	22 (9.9)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
≤5,000 บาท	166 (67.8)	132 (59.5)
5,001 – 10,000	67 (27.3)	67 (30.2)
10,001 – 15,000	9 (3.7)	15 (6.8)
15,001 – 20,000	3 (1.2)	5 (2.3)
>20,000	0	3 (1.4)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	169 (69.0)	161 (72.5)
มี	76 (31.0)	61 (27.5)
เส้นเลือดสมองตีบ/แตก อัมพฤกษ์ อัมพาต	2	3
ความดันโลหิตสูง	45	38
เบาหวาน	16	17
หัวใจ	2	4
ไต	3	3
ไขมันในเส้นเลือดสูง	25	12
อื่นๆ	13	13
ประวัติครอบครัว		
พ่อ/แม่/พี่น้องสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	61 (24.9)	55 (24.8)
พ่อ/แม่/พี่น้องสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรคเบาหวาน	25 (10.2)	22 (9.9)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 467) (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 245)	กลุ่มควบคุม (n = 222)
ญาติ/พี่น้อง ป่วย/เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง	0	1 (0.5)
ญาติ/พี่น้อง ป่วย/เสียชีวิตจากโรคไต	2 (0.8)	1 (0.5)
พ่อ/แม่/พี่น้องสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรคติดต่อมากกว่า 1 โรค	32 (13.1)	115 (51.8)
ไม่มีพ่อ/แม่/ญาติ/พี่น้อง ป่วย/เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ	125 (51.0)	28 (12.6)

สำหรับพฤติกรรมการประกอบอาหารและการใช้เครื่องปรุงรส กลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่ปรุงอาหารรับประทานเอง (88.20%) ใช้ช้อนชาตวงเกลือ น้ำปลาในการปรุงอาหาร (69.80%) และใช้ผงชูรส (หรือผงปรุงรสชนิดก้อน) ในการประกอบอาหารในบ้านบางครั้ง (58.00%) ส่วนใหญ่มีการชิมก่อนแล้วใส่เครื่องปรุงเมื่อรับประทานอาหารนอกบ้าน (77.60%) ประมาณ 2 ใน 3 เติมน้ำปลา/ซีอิ้วขาว เมื่อรับประทานก๋วยเตี๋ยว (64.50%) และอ่านฉลากดูปริมาณเกลือโซเดียมที่หน้าซองหรือข้างกล่องก่อนเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ (62.00%) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ปรุงอาหารเอง (90.10%) ใช้ช้อนชาตวงเกลือ น้ำปลาในการปรุงอาหาร (71.20%) และใช้ผงชูรส (หรือผงปรุงรสชนิดก้อน) ในการทำอาหารด้วยตนเองหรือบุคคลในบ้านบางครั้ง (59.00%) ส่วนใหญ่มีการชิมก่อนแล้วจึงใส่เครื่องปรุงเมื่อรับประทานอาหารนอกบ้าน (81.50%) ประมาณ 2 ใน 3 เติมน้ำปลา/ซีอิ้วขาว เมื่อรับประทานก๋วยเตี๋ยว (69.40%) และอ่านฉลากดูปริมาณเกลือโซเดียมที่หน้าซองหรือข้างกล่องก่อนเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ (62.20%) ดังแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ การรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดเค็ม และความเค็มในอาหารก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = <0.001 และ 0.004 ตามลำดับ) และพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้และค่าระดับความเค็มไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.420 และ 0.494 ตามลำดับ) สำหรับหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = <0.001, <0.001 และ <0.001 ตามลำดับ) นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับความเค็มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ การรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดเค็ม และความเค็มในอาหารระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้ การรับรู้ เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001 และ <0.001) และมีความเค็มในอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สำหรับกลุ่มควบคุมมีความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และมีค่าคะแนนการรับรู้ พฤติกรรม และค่าความเค็มในอาหารไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการประกอบอาหารและการใช้เครื่องปรุงรสระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 245)	กลุ่มควบคุม (n = 222)
การปรุงอาหาร		
ปรุงอาหารเอง	216 (88.20)	200 (90.10)
พฤติกรรมการประกอบอาหารและการใช้เครื่องปรุงรส		
การรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือทำเอง		
รับประทานอาหารนอกบ้าน	1 (0.40)	1 (0.50)
ทำเอง	227 (92.70)	203 (91.40)
คนในบ้านทำให้	17 (6.90)	18 (8.10)
การตวงเกลือ น้ำปลาลงไปในการปรุงอาหาร (ในกระทะ/หม้อ)		
ใช้ทัพพี	12 (4.90)	7 (3.20)
ใช้ช้อนโต๊ะ	49 (20.00)	40 (18.00)
ใช้ช้อนชา	171 (69.80)	158 (71.20)
เติมน้ำปลาหรือเกลือแกงลงไปในหม้อหรือกระทะโดยตรง	13 (5.30)	17 (7.70)
การใช้ผงชูรส (หรือผงปรุงรสชนิดก้อน) ในการทำอาหารด้วยตนเองหรือบุคคลในบ้าน		
ไม่ใช้	29 (11.80)	22 (9.90)
ใช้บางครั้ง	142 (58.00)	131 (59.00)
ใช้ประจำ	74 (30.20)	69 (31.10)
การเติมเครื่องปรุงเมื่อรับประทานอาหารนอกบ้าน		
ไม่ใส่เครื่องปรุงเพิ่ม	44 (18.00)	36 (16.20)
ชิมก่อนแล้วจึงใส่เครื่องปรุง	190 (77.60)	181 (81.50)
ใส่เครื่องปรุงแล้วค่อยชิม	11 (4.50)	5 (2.30)
การเติมน้ำปลา/ซีอิ้วขาว เมื่อรับประทานก๋วยเตี๋ยว		
ไม่ใส่	75 (30.60)	53 (23.90)
ใส่บางครั้ง	158 (64.50)	154 (69.40)
ใส่ทุกครั้ง	12 (4.90)	15 (6.80)
การอ่านฉลากดูปริมาณเกลือโซเดียมที่หน้าซองหรือข้างกล่องก่อนเลือกซื้อผลิตภัณฑ์		
ไม่เคย	93 (38.00)	84 (37.80)
เคย	152 (62.00)	138 (62.20)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดเค็ม และความเค็มในอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

การเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean difference	95%CI	t	df	p-value
	M	SD	M	SD					
ก่อน									
ความรู้	8.42	3.09	7.31	2.92	1.11	0.56, 1.66	3.98	465	<0.001
การรับรู้	53.66	5.29	53.24	5.90	0.41	-0.60, 1.43	0.80	465	0.420
พฤติกรรม	12.82	2.96	12.00	3.18	0.82	0.26, 1.38	2.90	465	0.004
ความเค็ม	2.62	0.77	2.58	0.74	0.05	-0.09, 0.19	0.68	465	0.494
หลัง									
ความรู้	11.21	3.10	9.18	3.22	2.02	1.45, 2.60	6.92	465	<0.001
การรับรู้	55.87	5.98	53.85	5.80	2.02	0.95, 3.10	3.70	465	<0.001
พฤติกรรม	13.36	3.61	11.42	3.13	1.94	1.32, 2.55	6.21	465	<0.001
ความเค็ม	2.22	0.55	2.49	0.71	-0.27	-0.38, -0.15	-4.49	415.83	<0.001

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดเค็ม และความเค็มในอาหาร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบ	ก่อน		หลัง		Mean difference	95%CI	t	df	p-value
	M	SD	M	SD					
กลุ่มทดลอง									
ความรู้	8.42	3.09	11.21	3.10	-2.79	-3.31,2.27	-10.62	244	<0.001
การรับรู้	53.66	5.29	55.87	5.98	-2.22	-3.23,-1.20	-4.29	244	<0.001
พฤติกรรม	12.82	2.96	13.36	3.61	-0.54	-1.12,0.05	-1.80	244	0.073
ความเค็ม	2.62	0.78	2.22	0.55	0.40	0.30, 0.50	8.24	244	<0.001
กลุ่มควบคุม									
ความรู้	7.31	2.92	9.18	3.22	-1.88	-2.44,-1.31	-6.54	211	<0.001
การรับรู้	54.78	7.28	53.85	5.80	0.93	-0.29,2.15	1.50	211	0.136
พฤติกรรม	12.00	3.18	11.42	3.13	0.58	0.00,1.15	1.98	221	0.049
ความเค็ม	2.42	0.74	2.47	0.07	-0.05	-0.14, 0.04	-1.11	221	0.270

จากการสนทนากลุ่มในกลุ่มทดลอง พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการลดการบริโภคอาหารเค็ม ได้แก่ การตระหนักถึงอันตรายต่อโรคความดันโลหิตสูง การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรค การตักเตือนจากครอบครัวและญาติ การปรุงอาหารด้วยตนเอง การลดปริมาณเครื่องปรุง และตวงวัดก่อนการปรุง ประกอบอาหาร รวมทั้งชิมก่อนใส่เครื่องปรุง การใช้สิ่งอื่นทดแทน เช่น การเติมน้ำส้ม และพริกแทน

น้ำปลา การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่/อสม. อย่างต่อเนื่อง สำหรับปัญหาอุปสรรคในการลดเค็ม ได้แก่ การกินอาหารที่ผ่านการอุ่นหลายครั้งจึงทำให้มีความเค็มเพิ่มขึ้น การติดกับรสชาติเดิม และคิดว่าเป็นรสชาติที่กินแล้วอร่อย คนในครอบครัวไม่สามารถรับประทานอาหาร (จืด) ลดเค็มได้ การใส่เครื่องปรุงอื่นๆ เช่น รสดี ผงชูรส แทนเกลือ การปรุงด้วยความเคยชิน ไม่มีการตวงวัด บางคนไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารเอง การมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ การซื้อแกงถุงรับประทาน ซื้ออาหารหน้าโรงเรียนให้บุตรหลาน บางคนรู้สึกเฉยๆ ต่อการกินเค็ม เพราะคิดว่าไม่อันตรายมาก การรับประทานอาหารในงานเลี้ยงที่มีรสจัด (เค็ม) การใส่น้ำปลาในจานข้าวก่อน และเมื่อมีการจัดงานเลี้ยงจะมีน้ำปลาประจำโต๊ะ ในบางกรณี ผู้สูงอายุจะรับประทานข้าวกับเกลือ “เหนาะเกลือกับข้าว” และวิถีชีวิต กินปลาเค็ม กะปิ แกงไตปลา เป็นต้น

อภิปรายผล

โดยสรุปกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้ การรับรู้เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าความเค็มในอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม สำหรับค่าคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารเค็มที่ถูกต้องจากการจัดอบรมให้ความรู้รายกลุ่มแก่ครัวเรือนกลุ่มทดลอง ทั้ง 5 อำเภอ ในโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหาร และจากการสนทนาเชิงลึก พบว่า กลุ่มทดลองได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของชลธิชา บุญศิริ และคณะ[11] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้ และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ระยะก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับมากกว่าปริมาณที่แนะนำ และค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะอยู่ในระดับมาก และระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้มากกว่าระยะก่อนทดลอง ปริมาณโซเดียมที่บริโภคและค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะน้อยกว่าระยะก่อนทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งฤดี วงค์ชุม และคณะ[12] ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคเกลือต่ำต่อความรู้และพฤติกรรมการกินเค็มของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการกินเค็มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของเรณู อาจสาลี และคณะ[13] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดหวาน มัน และเค็มแบบยั่งยืนแก่ผู้ประกอบอาหารในครัวเรือน เขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ประกอบการมีคะแนนความรู้เรื่องโรค การบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (t=12.34,p< 0.001) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มควบคุม มีความรู้เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมเช่นเดียวกัน อาจเนื่องจากในหมู่บ้านมีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องจาก อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

การรับรู้ที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากในโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหาร มีการวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร และคืนข้อมูลผลลัพธ์การวัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารแก่ครัวเรือนกลุ่มทดลอง เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเค็มในอาหารที่ปรุงและความตระหนักต่อการลดการบริโภคอาหารเค็ม นอกจากนี้จากการสนทนาเชิงลึก พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงมีการตระหนักถึงอันตรายต่อโรคความดันโลหิตสูง การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรค การตักเตือนจากครอบครัวและญาติ ทำให้การรับรู้ต่อการลดการบริโภคอาหารเค็มเพิ่มขึ้น แตกต่างจาก

การศึกษาของณัฐธิวรรณ พันธ์มุง และคณะ[14] ที่ศึกษาการวิจัยทดลอง การใช้ชุดมาตรการลดบริโภคเค็มในชุมชนต้นแบบ จังหวัดอุดรธานี ราชบุรี และตรัง พบว่าค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูงระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง จากการเปรียบเทียบ พบว่าตำบลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (5.71±1.28 และ 7.53±1.20) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p< 0.001$) ส่วนตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี และตำบลห้วยยอด จังหวัดตรัง ไม่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม อาจเนื่องจากการกินอาหารที่ผ่านการอุ่นหลายครั้งเช่นเดิม การติดกับรสชาติเดิม และคิดว่าเป็นรสชาติที่กินแล้วอร่อย คนในครอบครัวไม่สามารถรับประทานอาหาร (จืด) ลดเค็มได้ การใส่เครื่องปรุงอื่นๆ เช่น รสดี ผงชูรส แทนเกลือ การปรุงด้วยความเคยชิน ไม่มีการตวงวัด การมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ การซื้อแกงถุงรับประทาน ซื้ออาหารหน้าโรงเรียนให้บุตรหลาน การรับประทานอาหารในงานเลี้ยงที่มีรสจัด (เค็ม) ซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีวิถีชีวิตที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงได้แก่ กินปลาเค็ม กะปิ แกงไตปลา สอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ[15] ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มระดับปานกลาง (รสปกติ) ร้อยละ 59.20 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม ได้แก่ การมีชุดเครื่องปรุงเตรียมไว้สำหรับการปรุงอาหาร ($r=.154$) การเตรียมอาหารหรือซื้ออาหารโดยคำนึงถึงความอร่อย รสชาติถูกปาก

ค่าความเค็มในอาหารลดลง เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการปรุงอาหารด้วยตนเองร้อยละ 88.20 และจากการสนทนาเชิงลึกพบว่ากลุ่มทดลองมีการลดปริมาณเครื่องปรุง และตวงวัดก่อนการปรุง ประกอบอาหาร โดยใช้ช้อนชาในการตวงวัดร้อยละ 69.80 รวมทั้งชิมก่อนใส่เครื่องปรุง การใช้สิ่งอื่นทดแทน เช่น การเติมน้ำส้ม และพริกแทนน้ำปลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายหยุด มูลเพ็ชร์[10] ที่ศึกษาการสำรวจปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาทางปัสสาวะ และปัจจัยที่มีผลต่อการกินเค็มในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำอาหารเองร้อยละ 76.80 ใช้ช้อนชาตวงเกลือ น้ำปลาในการปรุงอาหารมากที่สุด ร้อยละ 44.30 สอดคล้องกับการศึกษาของ Miao Wang และคณะ[16] ที่ศึกษาผลของการลดเกลือในอาหารต่อระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุชาวจีน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของการขับโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงของผู้มีความดันโลหิตสูง คือ -163.0 มิลลิโมลต่อวัน ช่วงความเชื่อมั่น 95% [CL] : -233.5 ถึง -92.5 มิลลิโมลต่อวัน และลดค่าเฉลี่ย Systolic BP -8.9 mm Hg (95% CI:-14.1 ถึง -3.7 mmHg) การลดเกลือในอาหาร 1 กรัม ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตสูง จะลด Systolic BP ลง 0.94 mmHg แตกต่างจากการศึกษาของลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ[17] ที่ศึกษาสถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประชากรไทย พบว่า การเติมเครื่องปรุงรสเป็นนิสัยของคนส่วนใหญ่ โดยผู้ตอบแบบสำรวจ 4 ใน 10 คนมีนิสัยการเติมเครื่องปรุงแบบเคยชินด้วยการ “ปรุงก่อนชิม” รวมทั้งพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ตอบมีการเติมน้ำปลาหรือซีอิ้วทุกครั้งที่กินอาหารตามร้าน และประมาณร้อยละ 60.00 มีการใช้ผงปรุงรสทุกครั้งที่ปรุงอาหารเอง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารไปขยายผล และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน รวมทั้งการนำโปรแกรมไปใช้ในการให้บริการในโรงพยาบาล

2. ควรมีการวางนโยบายให้มีการจัดโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารในประชากรทั่วไป และ

ประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินความรู้ และพฤติกรรมการกินเค็มหลังจากสิ้นสุดการให้โปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารไปแล้วเป็นระยะๆ

2. ควรทำการศึกษาการใช้โปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารในพื้นที่อื่น หรือกับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ต่อไป

References

1. Health Promotion Policy Research Center, International health policy program. situation NCDs: health crisis, social crisis. Bangkok: Health Promotion Policy Research Center.; 2014. (In Thai)
2. Apinya, T. The Review of model of prevention NCDs with sodium reduction. Bangkok: The printing office to assist veterans organization.; 2013. (In Thai)
3. Bureau of Nutrition. Ministry of Public Health. The survey of sodium chloride Intake among people in Thailand. Bangkok: Department of Health, 2009. (In Thai)
4. Prateepasen, M., Jongsuwat, R., & Hattakosol, C. Excessive & imbalance consumption. Bangkok; National Office of Buddhism printery, 2011. (In Thai)
5. Information and Communication Technology Center Office of the Permanent Secretary. Non Communicable Diseases. [Internet]. 2019. [Cited in 31 March, 2019] Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat.
6. Thai Hypertension Society. Hypertension. [Internet].2019. [Cited in 9 May, 2019] Available from: http://www.thaihypertension.org/information.html.
7. The Bureau of Registration Administration. Official Statistics registration systems. [Internet]. 2019 . [Cited in 20 May, 2019] Available from: https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php
8. Cohen, J. Statistical power analysis for behavioral sciences. (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
9. Chaisongkhram, T. The effect of low-salt diet consumption promoting program on salt consumption behaviors of hypertensive patients. [Internet]. 2009. [Cited in 20 September, 2020] Available from: http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/15727
10. Moolphate, S. Daily salt intake and factors associated with high salt intake in the community, Donkeaw subdistrict, Chiang Mai province, northern Thailand. [Internet]. 2015. [Cited in 10 July, 2019] Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/Reports/page.php?cat.
11. Boonsiri, C., Piaseu, N., Putwatana, P., & Kantachuvesiri, S. Effects of program promoting food consumption for sodium reduction on knowledge and urinary sodium in nursing students. Thai Journal of Nursing Council 2017; 32(3): 104-119.

12. Wongchum, R., Chaimoon, C., Kantasen, A., Kansit, R., Juntida, M., Suriwan, S., Jalernsup, W., & Tepsiri, B. The effect of the low salt diet consumption knowledge and behavior among 2nd year nursing students, McCormick Faculty of Nursing, Payap University. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office 2018; 23(1): 21-31.
13. Assalee, R., Sittipongsakul, S., Supakul, J., & Kaewchantr, M. Effectiveness of the program knowledge. to change food consumption behavior reducing the sugary, fatty and salty foods, sustainable, for the household cooks in U-Thong District, Suphanburi Province. [Internet]. 2015. [Cited in 13 December,2020] Available from: https:// www.western.ac.th/media/attachments/2018/03/02/1.pdf
14. Panmung, N., Srisawad, K., & Boontawee, P. The experimental study of using the low salt international program in communities. Department of Health Service Support Journal 2020; 16(3): 39-48.
15. Thangkratok, P., Chookok, S., Mongkoldee, P. Pinrot, P., & Puangpetch, P. Salty eating behavior of aging in Bang-Plad District, Bangkok. KKU Journal for Public Health Research 2016; 9(3-4): 72-78.
16. Wang, M., Moran, A. E., Liu, J., Qi, Y., Xie, W., Tzong, K., & Zhao, D. (2014). A meta-analysis of Effect of dietary salt restriction on blood pressure in Chinese adults [Internet]. 2014 [Cited in 19 Febuary, 2021] Available from: http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/260114655/
17. Sringernyuang, L., Wongjinda, T., & Apichanakulchai, T. Situation of salt consumption among Thai population [Internet]. 2007 [Cited in 15 July, 2019] Available from: http://thaincd.com/document/file/download/paper-anual/downloadd1no167.pdf

Health Science Journal of Thailand

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
Individual Counseling and Stress of Psychiatric Patient's Caregivers

สุภาวดี ดิสโร[1]*, จตุรพร แสงกูล[2]
Supawadee Disro[1]*, Jaturaporn Sangkool[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงกันยายน พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบเอง ถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและใช้แบบวัดความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดก่อนและหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 65 ราย มีคะแนนความเครียดหลังรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (p-value <0.001) 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล (p-value <0.001) 3) ความสัมพันธ์ระหว่างญาติภายในครอบครัว (p-value = 0.040) และ 4) ความยุ่งยากในเรื่องต่างๆ (p-value <0.001) จากผลวิจัยดังกล่าว ควรจัดกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลที่ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเน้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ดูแล และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีและมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความเครียด, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช, การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล

*Corresponding author: Email: dsupawad@medicine.psu.ac.th, Tel: 06-41469245

Received: January 15, 2021; Revised: March 8, 2021; Accepted: March 12, 2021

[1] นักจิตวิทยา สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
[2] รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
[1] Psychologist Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110
[2] Assoc. M.D. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110

Abstract

This quasi-experimental research, one group pretest-posttest design aimed to compare the stress of psychotic in-patient caregivers after attending individual psychological counseling based on client-centered therapy. The data were collected among caregivers of psychotic patients who were diagnosed with psychotic disorders in Songklanagarind hospital between May 2017- September 2019. The data were collected from a self-report questionnaire including demographic information of caregivers and stress questionnaires. The data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test. The results showed that 65 participants had the mean score of stress after attending individual psychological counseling was significantly decreased in all 4 components including 1) the relationship between caregivers and patients (p-value <0.001), 2) the emotional coping change (p-value <0.001), 3) the relationship between relative in their families (p-value = 0.040) and 4) the complications in various matters (p-value <0.001). The results suggested that the individual psychological counseling process should be provided to caregivers for decreasing their stress, which focuses on building relationships between the therapist and caregivers and promotes caregivers to have a good attitude and positive interaction with patients.

Keywords: Stress, Psychotic patient's caregiver, Individual psychological counseling

บทนำ

การที่ผู้ป่วยจิตเวชไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่ยอมรับผู้ป่วย พบเป็นความเสี่ยง 2.23 เท่าที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมาป่วยซ้ำ[1] ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช จากการศึกษา[2] พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมักมีความกังวลเกี่ยวกับโอกาสที่จะรักษาผู้ป่วยให้หายกลับมาดีเหมือนเดิม มีความรู้สึกผิดว่าการเลี้ยงดูหรือการปฏิบัติตัวของตนต่อผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยผิดปกติ รวมถึงความคาดหวังหรือการยอมรับที่แตกต่างกันของญาติทำให้มีความขัดแย้งในแนวทางการดูแลผู้ป่วยหรือมีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตซึ่งมีพฤติกรรม ความคิดที่ผิดปกติ เช่น พฤติกรรมแยกตัว ไม่ดูแลเรื่องกิจวัตรส่วนตัว ความคิดหลงผิด หวาดระแวง ก้าวร้าว ทำพฤติกรรมซ้ำๆ ไม่ช่วยทำงานบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดทุกด้าน เช่น กิจวัตรประจำวัน การกินยา ทำให้บางคนต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเป็นงานที่หนักและต่อเนื่องทำให้เกิดความเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกเป็นภาระ อีกทั้งยังมีความรู้สึกอับอายที่คนอื่นรู้ว่าตนเองมีญาติป่วยทางจิต มีความรู้สึกว่ายากที่จะปรับตัวโดยเฉพาะในสังคมของชุมชนขนาดเล็กมักมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ถูกต้อง โดยมีความเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงและมักทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงมักเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป[2, 3, 4] ได้มีการศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่าสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถเรียนหรือทำงานได้ มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง มีปัญหาพฤติกรรม ปัญหาการรักษาพยาบาล ปัญหาการเงินและความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลก่อให้เกิดความเครียด[5] ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นและคงอยู่เป็นเวลานานดังกล่าวจะนำ

ไปสู่ความเครียดซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยความเครียด หมายถึงภาวะทางจิตที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนถูกคุกคาม ทำให้เกิดความวิตกกังวล สับสน และไม่แน่ใจทิศทางพฤติกรรมของตน อันเนื่องจากผู้ดูแลมีความไม่สอดคล้อง (incongruence) ระหว่างการรับรู้ตนกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้เกิดกระบวนการทางจิตดึงกลไกการป้องกันตนเองออกมาใช้โดยมีลักษณะที่บิดเบือนการรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามจริง[6, 7]

ผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมักมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าและมีความคาดหวังสูงกว่าผู้ดูแลของผู้ป่วยนอก ยิ่งผู้ดูแลมีความเครียดสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล เช่น หงุดหงิด โกรธ ไม่พอใจ เบื่อหน่าย ขาดความสนใจ รวมถึงความคาดหวังที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง[8, 9] ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมาก[10] โดยส่วนใหญ่รู้สาเหตุการเจ็บป่วยแต่มีอคติต่อผู้ป่วย เช่น คิดว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลอันตราย ไม่สามารถทำงานได้ มีความอดทนต่ำ สร้างปัญหาและเป็นภาระแก่ครอบครัวและไม่สามารถมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่นได้[11] นอกจากนี้พบว่าเกินครึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการปิดบังว่าตนเองมีญาติป่วยทางจิต เพราะรู้สึกอับอาย เศร้าและสิ้นหวังเหมือนตกเป็นเหยื่อเมื่อผู้ป่วยที่เขาดูแลไปก้าวร้าวใส่ผู้อื่น[12] ดังนั้นการเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจึงเป็นเรื่องสำคัญ[12, 13]

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้รับผลกระทบด้านความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ทางลบต่าง ๆ ของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างญาติ ๆ ในครอบครัว และความยุ่งยากในเรื่องต่างๆ ของญาติ เช่น เรื่องการเงิน การกลับเข้าทำงานของผู้ป่วย ความทุกข์ใจในการดูแล รวมถึงโรคประจำตัวทางกายของผู้ดูแลเอง อาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล[14] จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลจะต้องจัดการเพื่อให้เกิดความสมดุลในครอบครัว ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อความเครียดและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือด้านการปรึกษา การส่งเสริมสนับสนุนและคงไว้ซึ่งทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยให้มีอย่างต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นโดยมีการติดตามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต[9]

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเอื้อให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชเกิดการสำรวจและทำความเข้าใจสิ่งที่เป็นปัญหา และแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นด้วยตนเอง พึ่งตนเองได้ รู้สึกมีอิสระ มีความสุขในชีวิตและได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ในการแก้ปัญหาที่เผชิญ[15, 16] ช่วยให้การรับรู้ตนเองกับประสบการณ์ของผู้ดูแลมีความสอดคล้องกันมากขึ้น การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเป็นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่เอื้ออำนวยผู้รับบริการให้เปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจจากภาวะไม่สอดคล้องมาสู่ภาวะที่สอดคล้อง (Congruence) คือเป็นผู้ที่เปิดใจกว้าง รับรู้ประสบการณ์หลายแง่มุมอย่างที่มันเป็น ปรับตัวรับสิ่งใหม่และการเปลี่ยนแปลงได้ ดำเนินชีวิตอยู่กับปัจจุบัน มีความเชื่อถือตนเอง รู้สึกอิสระ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้พัฒนาและงอกงามขึ้น เป็นตัวของตัวเองโดยไม่รู้สึกถูกคุกคามจากสภาพแวดล้อม[6, 7] ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลคลี่คลายจากความคาดหวัง สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือความเครียดที่ต้องเผชิญได้ จากการศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางต่อความเครียดของบิดามารดาในการดูแลบุตรทารกแรกเกิดที่มีอาการหนัก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าความเครียดของกลุ่มตัวอย่างหลังให้คำปรึกษาลดลงกว่าก่อนให้คำปรึกษา[6] รวมทั้งการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางช่วยลดความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภทได้[14]

ผู้วิจัยซึ่งเป็นนักจิตวิทยาให้บริการด้านจิตวิทยาสังคมบำบัด (Psychosocial intervention) และการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective) หลังจำหน่ายที่เข้าระบบดูแลต่อเนื่องของสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2560 จำนวน 79 ราย และมีอัตราการป่วยซ้ำภายใน 1 ปีของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในปีพ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 12 ประกอบกับจำนวนผู้ป่วย 2 โรคข้างต้นที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 44 ราย และในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 47 ราย จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลเพิ่มจำนวนขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำกระบวนการ Psychosocial intervention[9] ที่มีฐานแนวคิดมาจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยให้คลี่คลายจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการพัฒนาระบบงานด้านบริการผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล

3.เพื่อศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย One group pretest - posttest design โดยการเปรียบเทียบความเครียดก่อนและหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ซึ่งผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ 60-018-03-8)

ประชากร คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วย โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective) และโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการทางจิต (Bipolar with psychotic feature)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยทุกคนที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective) โรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการทางจิต (Bipolar with psychotic feature) จำนวน 65 คน

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีรายละเอียด ดังนี้

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ตอน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลได้แก่อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

2. แบบประเมินความเครียดโดยพัฒนามาจากแบบสำรวจความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของอัจฉรา บัวเลิศ[6] จำนวน 30 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อถือ (Reliability) เท่ากับ 0.92

3. คำถามเพื่อประเมินการรับรู้ระดับความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 2 ข้อ

4. คำถามเพื่อประเมินการรับรู้ระดับความเครียดวิธีการจัดการกับความเครียด ประโยชน์และสิ่งที่ได้

เรียนรู้ของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 4 ข้อ

กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล โดยมีฐานแนวคิดมาจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Carl R. Roger[7] จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่มีการยอมรับ เข้าใจ และจริงใจ (Therapeutic relationship) กับผู้ดูแล

2. ช่วยสำรวจและประเมินปัญหา รวมถึงทรัพยากร ศักยภาพ จุดแข็ง และข้อจำกัดของผู้ดูแล

3. เมื่อพบว่ามีปัญหาจึงใช้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หรือให้การสนับสนุน (Problem solving & supporting)

4.เมื่อค้นพบจุดแข็งก็เสริมพลังให้ผู้ดูแลเห็นศักยภาพและเติบโตจากประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมา (Empowerment & growth)

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 65 ราย อายุเฉลี่ย 53.7 ปี (SD = 13.1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.8) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 43.1) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 29.2) เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบิดามารดา (ร้อยละ 58.5) มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10 ปี (SD = 8.2) ผู้ป่วยที่ดูแลเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเฉลี่ย 3 ครั้ง (SD = 2.1)

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนความเครียดลดลงหลังให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้านคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติภายในครอบครัว และความยุ่งยากในเรื่องต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

การรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ก่อนการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลส่วนใหญ่ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.4) เครียดเล็กน้อย (ร้อยละ 33.8) เครียดมาก (ร้อยละ 24.6) ไม่มีความเครียด (ร้อยละ 4.6) และหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีความเครียดเล็กน้อย (ร้อยละ 49.2) ไม่มีความเครียด (ร้อยละ 33.8) เครียดปานกลาง (ร้อยละ 13.8)

วิธีจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ก่อนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ผู้ดูแลใช้วิธีจัดการกับความเครียดด้วยการเบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย (ร้อยละ 29.2) รองลงมาคือไม่มีวิธีจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 26.2) ใช้หลักศาสนายึดเหนี่ยวจิตใจ (ร้อยละ 15.4) มีมุมมอง ทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 10.8) ขอคำปรึกษาจากทีมรักษา หรือพูดคุยกับญาติและเพื่อน (ร้อยละ 9.2) และหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ผู้ดูแลมีวิธีการช่วยลดความเครียดคือขอคำปรึกษา ร่วมมือและปฏิบัติตามแนวทางของทีมรักษา (ร้อยละ 30.8) รองลงมาคือพูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ร้อยละ 27.7) ใช้หลักศาสนายึดเหนี่ยวจิตใจ (ร้อยละ 10.8) และเบี่ยงเบนด้วยการทำกิจกรรมผ่อนคลาย (ร้อยละ 7.7)

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเห็นต่อการเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ว่าได้รับประโยชน์จากกิจกรรมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 56.9 ระดับมาก ร้อยละ 36.9 และระดับปานกลาง ร้อยละ 4.6 โดยได้รับความรู้เรื่องโรค อาการ และวิธีการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 60) และตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงตนเองมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 21.5) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (n = 65)

ความเครียด	Mean ± S.D. (min-max)		t	p-value
	Pretest	Posttest		
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย	14.7 ± 7.1 (2-28)	10.6 ± 7.2 (0-28)	7.6	<0.001
การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของญาติ	17.7 ± 8.7 (2-32)	14.2 ± 9.2 (0-35)	5.5	<0.001
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติในครอบครัว	1.8 ± 1.6 (0-6)	1.5 ± 1.7 (0-6)	2.1	0.040
ความยุ่งยากในเรื่องต่างๆ	4.3 ± 3.3 (0-11)	3.4 ± 3.2 (0-11)	3.8	<0.001
รวม	38.6 ± 18.7 (6-72)	29.7 ± 19.7 (0-72)	6.9	<0.001

ตารางที่ 2 สิ่งที่ได้เรียนรู้หลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

สิ่งที่ได้เรียนรู้	n (%)
การเข้าร่วมกิจกรรมมีประโยชน์ต่อท่าน	
มากที่สุด	37 (56.9)
มาก	24 (36.9)
ปานกลาง	3 (4.6)
ไม่ตอบ	1 (1.5)
ประโยชน์	
ได้รับความรู้เรื่องโรค อาการ และวิธีการดูแลผู้ป่วย	39 (60.0)
การเปลี่ยนแปลงตนเองมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย	14 (21.5)
ได้ระบายความรู้สึก ความทุกข์มีคนรับฟัง	7 (10.8)
ไม่ตอบ	5 (7.7)
สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม	
ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ดูแลมีผลต่อผู้ป่วย	6 (9.2)
มีแนวทางและเทคนิคในการดูแลผู้ป่วย	42 (64.6)
เกิดความหวัง มีกำลังใจ มองเห็นจุดแข็งของตนเอง	4 (6.2)
รู้สึกได้รับความช่วยเหลือ	3 (4.6)
ไม่ตอบ	10 (15.4)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักจะเป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย รวมถึงการวิจัยครั้งนี้ด้วย[17, 18] เนื่องจากเพศหญิงหรือมารดามักจะถูกคาดหวังจากครอบครัวและสังคมให้ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลบ้านรวมถึงช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วย[19] ทั้งนี้ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมาก่อน และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมายาวนาน ทำให้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยช่วงที่กลับไปอยู่บ้านและมีอาการคงที่ แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล อาจส่งผลต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้น หรือบางคนมีโรคทางกาย ทำให้เริ่มกังวลหรือทุกข์ใจกับอนาคต

ของผู้ป่วยทั้งในแง่ของผลการรักษาที่ไม่หายขาด มีอาการหลงเหลือ และผู้ที่จะมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทนตัวเองในอนาคต ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น[14] อย่างไรก็ตามมีการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาที่สูง การประกอบอาชีพ และการมีรายได้ที่สูงของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ทำให้รับรู้ตราบาปในระดับต่ำ[18] โดยผู้ดูแลจะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้เร็วขึ้น รวมถึงผู้ดูแลได้รับแนวทางจัดการกับความเครียดและวิธีการดูแลผู้ป่วยจากกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ศักยภาพของตนเอง รวมทั้งได้สรุปบทเรียน สิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนตนเองจากการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา นำไปสู่แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพื้นฐานความเข้าใจโรคและอาการเจ็บป่วย และทัศนคติที่ดีจึงทำให้ความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดของผู้ดูแลลดลง[20]

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนความเครียดหลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลลดลงทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ด้านการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ดูแล ด้านความสัมพันธ์ระหว่างญาติในครอบครัว และด้านความยุ่งยากในเรื่องต่างๆ รวมถึงเมื่อให้ผู้ดูแลประเมินการรับรู้ความเครียดและแนวทางจัดการความเครียด พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเครียดของตนเองก่อนเข้ากิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.4) และนิยมวิธีจัดการกับความเครียดโดยการเบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมผ่อนคลาย (ร้อยละ 29.2) และพบว่าผู้ดูแลถึงร้อยละ 26.2 ไม่มีวิธีจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีการประเมินระดับความเครียดของตนเองลดลงเป็นระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 49.2) และไม่มีความเครียดเลย (ร้อยละ 33.8) และมีการเปลี่ยนแปลงวิธีจัดการกับความเครียดโดยหันมาเลือกใช้วิธีการขอคำปรึกษา ร่วมมือและปฏิบัติตามแนวทางของทีมรักษาเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 30.8) รองลงมาคือการพูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ร้อยละ 27.7) เมื่อให้ผู้ดูแลสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าได้รับประโยชน์ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 56.9) โดยได้รับความรู้เรื่องโรค อาการ และวิธีการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 60.0) ตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงตนเองมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 21.5) และได้เรียนรู้แนวทางและเทคนิคในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 64.6) ซึ่งสอดคล้องกับผลของการบำบัดครอบครัว คือสมาชิกมีความเข้าใจ เห็นใจและรู้สึกดีต่อกัน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ถูกต้อง รวมถึงมีทักษะจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียด สามารถสื่อสารแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม อยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างเป็นสุข[21-25] และสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง[26] และความเครียดลดลง[6, 27]

เนื่องจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจจากภาวะไม่สอดคล้องมาสู่ภาวะที่สอดคล้อง (Congruence) คือเป็นผู้ที่เปิดใจกว้าง รับรู้ประสบการณ์หลายแง่มุม ปรับตัวรับสิ่งใหม่และการเปลี่ยนแปลงได้ สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับปัจจุบัน มีความเชื่อถือ เห็นคุณค่าของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้พัฒนาและเติบโตขึ้นเป็นตัวของตัวเองโดยไม่รู้สึกถูกคุกคามจากสภาพแวดล้อม[6, 7] ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลคลี่คลายจากความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และจัดการความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งการสนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการรักษา เป็นการเปลี่ยนทัศนคติความรู้สึกผิดที่เป็นสาเหตุต่อการเจ็บป่วยมาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย

ในระหว่างรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจะช่วยสนับสนุนและเสริมพลังผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย[28] สอดคล้องกับผลวิจัยที่พบว่าหากญาติหรือผู้ดูแลรับรู้บทบาทและทำหน้าที่ของตัวเองอย่างเหมาะสม มีการให้ความหมายหรือมีมุมมองเชิงบวกต่อการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัวและมีความเข้มแข็งภายในครอบครัวสูง ย่อมส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ[29] สอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และเริ่มต้นแก้ไขปัญหาโดยเริ่มต้นจากตนเอง เห็นความสำคัญและมีแนวทางในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างตนเองกับผู้ป่วย เช่น *"การแสดงความรัก ความหวังดี ทั้งทางคำพูดและทางกาย ความเข้าใจและเข้าถึงผู้ป่วย ความอดทน ความเอาใจใส่ผู้ป่วย"* และความสัมพันธ์กับญาติคนอื่นๆ ในครอบครัวซึ่งจะเป็นผู้ช่วยเหลือแบ่งเบาการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เกิดความเห็นอกเห็นใจกันและลดภาระการดูแล รวมถึงญาติเห็นความสำคัญของความรู้เรื่องโรค ทักษะและเทคนิคในการดูแลผู้ป่วยเช่น *"ได้รับรู้ถึงสาเหตุและการป่วยของคนไข้ว่าเกิดจากโรคสมองไม่ใช่จากความเครียดเพียงอย่างเดียว ได้เรียนรู้วิธีการรับมือ การปรับตัวในการดูแลคนไข้"*, *"ได้เข้าใจอาการของโรคมากขึ้น ต้องคอยระวังสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น ทราบอาการ สาเหตุ และวิธีดูแลผู้ป่วย"*, *"ต้องให้ผู้ป่วยทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอ ห้ามนอนดึก และเมื่อยาออกฤทธิ์ได้ผลควรช่วยผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพตัวเอง"* อีกทั้งได้ตระหนักในตนเองมากขึ้น เกี่ยวกับทัศนคติ อารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกของตนเองว่ามีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเช่น *"ได้ความคิด ความรู้ ประสบการณ์ และปรับทัศนคติที่จะดูแลผู้ป่วย"*, *"ให้ความอบอุ่น ส่งเสริมความมั่นใจในตนเองให้กับผู้ป่วย รับฟังและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ไม่ปฏิเสธหรือโต้แย้งความคิดของผู้ป่วย"* รวมถึงการทราบแหล่งช่วยเหลือที่สามารถขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล และได้เข้าระบบการดูแลต่อเนื่อง เช่น *"มีข้อคิดดีๆ ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เช่น การกินยา การพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดี และคิดว่าถ้าคุยกับผู้ป่วยไม่รู้เรื่อง ก็มีสามารถโทรปรึกษาอาการได้ตลอด"*, *"ทำตามหมอสั่งก็จะสบายใจขึ้น"*, *"ทุกอย่างมีทางออกเราต้องมีสติ รู้จักวิธีผ่อนปรน เรายังมีคนที่คอยให้ความช่วยเหลือให้เราสามารถจัดการกับปัญหาได้"*, *"พยายามเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด ยอมรับความเป็นจริงอยู่กับปัจจุบัน"*

การรับรู้ความเครียดและวิธีในการเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เปลี่ยนไปจากก่อนและหลังร่วมกิจกรรม คือ ก่อนร่วมกิจกรรมเวลาที่ญาติรู้สึกเครียดจะจัดการด้วยวิธีการเบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย หรือพึ่งหลักทางศาสนาเช่น *"ที่ปรึกษา ดิฉันต้องการที่ปรึกษา เหตุการณ์ที่มันเกิดขึ้นกับลูกทำให้เราขาดความมั่นใจ เพราะความเครียด จากความรักความสงสารทำให้เราทำอะไรไม่ถูก"*, *"ไม่มีวิธีใด ต้องอดทน"*, *"อยากให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น พูดจาเข้าใจ มีงานมีการทำ"*, *"พยายามไปออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ พยายามใช้หลักทางศาสนาในการยอมรับและผ่อนคลาย"* หลังเข้ากิจกรรมผู้ดูแลมีการรับรู้ความเครียดและมีวิธีจัดการที่เปลี่ยนแปลงไป คือ ทราบและเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและให้การปรึกษาได้แม้จะออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ทำให้ผู้ดูแลจัดการกับปัญหาและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอ ดังจะเห็นได้จากระดับความเครียดที่ลดลง และการเรียนรู้วิธีจัดการรับมือกับปัญหาในรูปแบบใหม่ เช่น *"การพูดคุย ทำให้ลดความเครียดลงไปได้มาก"*, *"หากพบปัญหาหรือรู้สึกเครียดมากสามารถพูดคุยกับนักจิตวิทยาหรือผู้ให้คำปรึกษาได้"* ,*"ความรักที่มีต่อผู้ป่วยจะทำให้มีกำลังใจในการดูแล"* อีกทั้งมุมมองเชิงบวกต่อการเจ็บป่วยและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัว ดังนั้นหากผู้ดูแลมีมุมมอง ทัศนคติ ปฏิสัมพันธ์และการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยในเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกภาคภูมิใจและ

เห็นคุณค่าในตนเอง[29] เช่น *"ได้รับความเข้าใจ และมีกำลังใจ แม่รู้สึกได้ว่าแม่ทำดีแล้ว"*, *"ได้ประโยชน์จากการที่ได้ระบายพูดคุยเหมือนได้ปลดทุกข์ทั้งหลายที่อยู่ในอก ได้ระบายออก แม้เรื่องที่เล่าจะไร้สาระแต่คุณหมอก็ทนฟัง"* ปัจจัยข้างต้นนี้จัดเป็นองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิตที่ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระลดลง ดังผลการศึกษาของชิมสันและโจนส์ ที่ศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายคือเมื่อผู้ดูแลพบเจอกับเหตุการณ์ที่ยุ่งยากใจในชีวิตหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา (I can) มีบุคคลหรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ (I have) รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วย (I am) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระน้อยลงด้วย[30]

สรุปผล

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้วิธีจัดการกับปัญหาที่ตนเองเผชิญได้ดีขึ้น จากที่ไม่ทราบวิธีจัดการแก้ปัญหา หรือไม่ทราบแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และหาทางออกโดยใช้วิธีการเบี่ยงเบนหากิจกรรมผ่อนคลาย เปลี่ยนเป็นทราบและเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลเห็นคุณค่า มีพลังในการทำหน้าที่ของตนเองอย่างสอดคล้องตามความเป็นจริง ลดความคาดหวัง มีทัศนคติและปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ควรให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อลดความเครียดโดยเน้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับผู้บำบัดเอง รวมถึงเอื้อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลต่อเนื่องเพื่อลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. แม้ว่าความเครียดของผู้ดูแลจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวก่อนและหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลระดับความเครียดของผู้ดูแลหลังจำหน่ายว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นญาติผู้ป่วยในที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการการปรึกษาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในแผนการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ ช่วงเวลานั้นทันทีเพื่อให้ญาติมีแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลและประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้มากขึ้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ได้มีแบบสัมภาษณ์ข้อคำถามปลายเปิดที่ทำให้ทราบวิธีจัดการกับความเครียด และข้อเรียนรู้เพิ่มเติมของผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ด้วย

References

1. Varint, H. Risk factor to relapse in schizophrenia patient of Srithanya hospital. [Internet]. [Cited in 25 June, 2019]. Available from: http://110.164.162.12/k_sty/index.php/2012-03-20-09-20-46/58.html
2. Sukmak, V., Chaorathirun, U., & Srichunlah, A. Strategies used by caregivers in managing psychiatric patients at home. J Psychiatr Assoc Thailand 2001; 46(2): 107-17. (In Thai)
3. Namlao, W. Factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia in Sakaeo Ratchanakarindra psychiatric hospital [master's thesis]. [Sakaeo]:Burapha University; 2016. (In Thai)

4. Awad, AG., & Voruganti, LNP. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. Pharmacoeconomics 2008; 26(2): 149-62.
5. Dharmathai, K. Stress and coping style of caregivers's adolescent psychiatric patients. Journal of Clinical Psychology 2003; 34: 1-14. (In Thai)
6. Bualert, A. Effects of rogerian group counseling on reducing stress in schizophrenic patients' relative [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University;1993. (In Thai)
7. Chincharoensap, D. Client-Centered Counseling for adjustment problem person: the practical handbook for finding the cause and solving the problems in mind;2007. (In Thai)
8. Lippi, G. Schizophrenia in a member of the family: burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. SAfr J Psychiatr 2016; 22(1): 922.
9. Vivekwan, Y. Mental health and caring behaviors of caregivers of schizophrenic patients [Master's thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2000. (In Thai)
10. Chimsuk, N., & Dangdomyouth, P. Selected factors related to psychological distress of family caregivers of schizophrenic patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2014; 28: 49-62. (In Thai)
11. Kongkhum, C. Knowledge, attitude and relationship among caregiver and psychiatric patient [Master's thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 1999. (In Thai)
12. Pusey-Murray, A., & Miller, P. 'I need help': caregivers' experiences of caring for their relatives with mental illness in Jamaica. Ment Health Fam Med 2013; 10(2): 113-21.
13. Poreddi, V., BIrudu, R., Thimmaiah, R., & et al. Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness: a descriptive survey. J Neurosci Rural Pract 2015; 6: 355-60.
14. Pitanupong, J., & Rueangwiriyanan, C. Caregiver burdens in patients with schizophrenia and related factors. Journal of Mental Health of Thailand 2019; 27: 95-106. (In Thai)
15. Pokaeo, S. Buddhism Psychotherapy Department of psychology Faculty of Education Chulalongkorn University; 1993. (In Thai)
16. Barry, C. handbook for counseling skills. Bangkok(Thailand): Charoen Publisher; 2006.
17. Siriphat, M., & Yunibhand, J. The Effect of Coping Group Program on Expressed Emotion of Schizophrenic Patients' Caregivers. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2018; 30(3): 78-90. (In Thai)
18. Agrasuta, T., & Pitanupong, J. Perceived stigma in patients with schizophrenia and caregivers in Songklanagarind hospital: cross-sectional study. Songklanagarind Medical Journal 2017; 35(1): 37-45. (In Thai)
19. Adeosun, I. I. Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. [Internet] [Cited in 28 June, 2019]. Available from http://dx.doi.org/10.1155/2013/353809html

20. Sripromphut, K., Nintachan, P., Sangon, S. Relationships between resilience, stigma, knowledge, social support and personal factors and caregivers' burden of schizophrenia patients. [Internet] [Cited in 10 July, 2019]. Available from https: //www.rama.Mahidol .ac.th/nursing/sites/default/files/public/research/Nation/2558/FullText/FullTxtNo_27.pdf
21. Pungketsunthorn, N., Lueboonthavatchai, O. The effect of family interventions program on burden among family caregiver of schizophrenic patient in community. Psychiatric Nurse Association of Thailand 2011; 25: 51-6. (In Thai)
22. Hegde, S., Rao, SL., Raguram, A. Integrated psychological intervention for schizophrenia. IJPR2007; 11: 5-18.
23. Chien, W., Chan, S., Morrissey, J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. J ClinNurs 2007; 16: 1151-61.
24. Kuipers, E. Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. J FamTher 2006; 28: 73-80.
25. Caqueo-Urízar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T., et al. Schizophrenia: impact on family dynamics. Curr Psychiatry Rep 2017; 19(1): 2.
26. Songsri, C., Jankaeo, N. Effect of counseling on coping ability among caregivers of patients with chronic illness. Journal of SakonNakhon Hospital 2019; 22: 50-9. (In Thai)
27. Gananont, K. Person centered counseling to stress of parent's inpatient of newborn intensive care building at Maharat NakhonRatchasima Hospital [Master's thesis]. [Mahasarakham]: Mahasarakham University; 2004. (In Thai)
28. Lueboonthavatchai, O. Family intervention: roles of psychiatric nurses. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2015; 29: 1-13. (In Thai)
29. Smithnaraseth, A. Coping and adaptation of family caregivers with schizophrenia patients. EAU Heritage Journal Science and Technology 2017; 11: 43-56. (In Thai)
30. Simpson, G., Jones, K. How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury? ClinRehabil 2013; 27(4):367-77.

Health Science Journal of Thailand

การพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. (อาหารและการออกกำลังกาย) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน บ้านคลองห้วยบ่า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

Development of Health Promotion Campaign Model with 2 Activities (Food and Exercise) by Community Participation for Solving of Obesity at Banklonghuayba Thungwa District, Satun Province

เอกพล เหมรา[1]*
Ekapol Hemmara[1]*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพและพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มที่ทำการศึกษา คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย แกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลทั่วไป นักวิจัยหลักและนักวิจัยในพื้นที่ และสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และทะเบียนประเมินภาวะโภชนาการรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ Paired t-test ผลวิจัยพบว่า 1) วิธีที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสาร การอบรมให้ความรู้และทักษะการเขียนโครงการ 2) การพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง PIRAB ประกอบด้วย P: มีเครือข่ายชมรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีการพบปะระหว่างกลุ่ม I: ได้งบประมาณเพื่อก่อสร้างลานกีฬาและจัดทำโครงการ R: เกิดสัญญาประชาคมในภาคครัวเรือน ชุมชน และโรงเรียน A: มีการสื่อสารระหว่างเครือข่ายแบบสองทาง B: มีการวิเคราะห์และประเมินผลรูปแบบกิจกรรมรณรงค์โดยแกนนำชมรม 3) ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายและค่าเส้นรอบเอว ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการเกิน, การพัฒนา, การรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชม

* Corresponding author: Email: beesun.hemmara@gmail.com Tel: 0935803222
Received; April 22, 2021; Revised; June 7, 2021; Accepted, April 22, 2021

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล 91000
[1] Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level, Satun Provincial Public Health Office , 91000, Thailand

Abstract

The objective of this participatory action research was to develop the ability among village health leaders and to develop model of health promotion campaign in dissolving obesity by community participation. The study samples were purposively selected and consisted of village health leaders, general informants, researcher and local researchers and village health members. The data were collected using documentary, in-depth interview, focus group, participatory observation, and individual nutritional registry. The qualitative data were analyzed using content analysis and the quantitative data were analyzed using paired t-test. Results found that 1) the method of developing the ability of village health leaders were knowledge sharing, communication and training on knowledge and skill of project writing and management 2) the development of health promoting campaign using PIRAB model consisted of P: having a network of village health club and sharing among groups, I: budget supported to build the sport area and project performance, R: established the village regulation in household, community and school, A: communicated by two way communication, B: analyzed and evaluated the health campaign activities by village health leaders. In addition, 3) the comparison of body mass index and waist circumference were significantly decreasing.

Keywords: Obesity, Development, Health promotion campaign, Community participation

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคอ้วนเป็นโรคระบาดตั้งแต่ปี 2540 โดยในปี พ.ศ. 2557 พบว่าทั่วโลกมีผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.ม.) ประมาณ 1.9 พันล้านราย เป็นโรคอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ตร.ม.) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้พลังงาน ปัจจัยส่วนบุคคลเชิงชีวภาพ (Individual/biological susceptibility) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ทั้ง 4 กลุ่มปัจจัยนี้ มีองค์ประกอบที่ทั้งปรับเปลี่ยนได้ ปรับเปลี่ยนได้ยาก และปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น กลุ่มปัจจัยส่วนบุคคลเชิงชีวภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม อัตราเมตาบอลิสึมพื้นฐาน (basal metabolic rate) หรือความแตกต่างในการตอบสนองต่อสารอาหาร

รูปแบบการบริโภคอาหารของประชากรไทย มิใช่เพียงการบริโภคอาหารในปริมาณมากเท่านั้น ยังมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น อธิเช่น ชนิดและที่มาของอาหาร สัดส่วนของสารอาหาร จำนวนมื้ออาหาร การงดอาหาร เวลาที่ทานอาหาร เวลาที่ใช้ในการทานอาหาร ขนาดของคำ ไปจนถึงลักษณะการบดเคี้ยว กำลังซื้อและราคาของอาหาร ความสะดวกในการซื้อ เป็นต้น ที่มีผลสำคัญต่อการเติบโตของวิกฤตภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน[1]

นอกจากนี้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในปัจจุบัน และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารสะดวกซื้อ อาหารทอด อาหารหวาน อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ ฯลฯ การบริโภคผักและผลไม้ลดลง การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายน้อยลง มีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนที่เป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(Non-communicable diseases : NCDs) หรือโรควิถีชีวิต (Lifestyle diseases) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด[2] และหากยังมีการเพิ่มจำนวนประชากรที่มีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนต่อไป คาดว่าสาเหตุของการตายอันดับ 1 ของโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 17 ล้านคนทั่วโลก โดยคนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคเหล่านี้มากกว่าปกติ 2-3 เท่า[3] และพบว่าในปี 2560 ประเทศไทยพบความชุกของภาวะโรคอ้วนสูงเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ร้อยละ 8.5[4]

รายงานการสำรวจโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งดินลุ่ม[5] เมื่อปี 2562 พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ กว่าร้อยละ 90 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนยางพารา วิถีชีวิตของการกรีดยางเพื่อให้ได้ซึ่งน้ำยางดิบ เริ่มต้นเวลา 22.00 น และไปสิ้นสุดที่กระบวนการทำยางแผ่น เมื่อเวลา 13.00 น ของเช้าวันใหม่ และช่วงเวลาพักผ่อน สำหรับการนอนหลับเป็นเวลา 13.00-17.00 น. จากวิถีดังกล่าวนี่เองทำให้ประชาชน ไม่มีช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกายดังเช่นคนปกติทั่วไป และด้วยวิถีชีวิตที่เร่งรีบต้องทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงดูครอบครัว ทำให้จำเป็นต้องซื้ออาหารที่ปรุงสำเร็จจากตลาดนัด โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันสูง อาหารประเภทเนื้อสัตว์จะมีราคาถูกกว่าอาหารทะเล จึงได้รับความนิยม ทำให้ชุมชนแห่งนี้ นอกจากขาดการออกกำลังกายแล้วยังได้รับสารอาหารจากการเลือกซื้ออาหารบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ประชาชนอายุ 18-59 ปี น้ำหนักเกินเกณฑ์ร้อยละ 20.57 (BMI = 23- ‹25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ภาวะอ้วน ระดับ1 ร้อยละ 29.42 (BMI = ≥25-‹30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 13.71 (BMI ≥30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป น้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 18.42 (BMI = 23- ‹25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ภาวะอ้วน ระดับ1 ร้อยละ 34.21 (BMI = ≥25-‹30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 6.57 (BMI ≥30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และนักเรียนโรงเรียนบ้านป่าแก่บ่อหิน มีภาวะอ้วนร้อยละ 13.20 ดังนั้นการแก้ไขภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ในชุมชนแห่งนี้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การเลือกซื้ออาหาร ควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรมออกกำลังกายให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน จึงเป็นประเด็นที่ชุมชนแห่งนี้ได้นำเสนอเป็นปัญหาอันดับหนึ่ง ที่ต้องเร่งรีบแก้ไข และชุมชนเห็นร่วมกันว่าปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ในระดับหนึ่ง หากได้รับการเสริมองค์ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ด้านกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาโปรแกรมที่เกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย ศึกษาวิจัยเฉพาะกลุ่ม เฉพาะโรค ซึ่งหากต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับหมู่บ้านจะต้องให้คนในหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมทีมงาน ร่วมรับรู้ปัญหา ร่วมดำเนินงานและประเมินผล ร่วมรับผลประโยชน์[6] และมีปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติตัว เช่น พื้นที่สาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย[7] จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นในด้านการกำหนดนโยบาย และการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะชุมชนต่อไป จากประเด็นปัญหาและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีความสนใจเลือกกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. (อาหารและการออกกำลังกาย) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน บ้านคลองห้วยบ่า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ซึ่งมีแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพต่างๆ ในชุมชนทำหน้าที่เป็นนักวิจัยในพื้นที่ และมีทีมนักวิจัยภายนอกทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง พัฒนาองค์ความรู้ เพิ่มศักยภาพให้การสนับสนุน จัดเวทีคืนข้อมูล และค้นหาองค์ความรู้ที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมนักวิจัยในพื้นที่ร่วมกับแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพและประชาชนในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ให้มีศักยภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกินในชุมชน

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ สำหรับการแก้ไขภาวะโภชนาการเกินของเครือข่ายชุมชนด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การศึกษาบริบท 2) กำหนดปัญหา 3) วางแผนปฏิบัติการวิจัย 4) การติดตามตรวจสอบและแก้ไขระหว่างการปฏิบัติงานวิจัย 5) สรุปการวิจัย คัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ พื้นที่หมู่ที่ 2 บ้านคลองห้วยบ่า ตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ศึกษา ดังนี้

1. เป็นหมู่บ้านพื้นที่เป้าหมาย ตามแผน พัฒนายกระดับเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี

2. เครือข่ายชุมชนด้านสุขภาพทุกระดับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน เห็นความสำคัญของปัญหาและยินดีให้ความร่วมมือ

3. แกนนำชุมชนในพื้นที่ มีความเข้มแข็ง ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ และยินดีร่วมการวิจัย

4. เป็นหมู่บ้านในชนบทห่างไกล และมีปัญหาด้านการคมนาคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพ ซึ่งในพื้นที่ถือว่าเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) จำนวน 19 คนประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มพัฒนาสตรีหมู่บ้าน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้เกี่ยวข้องด้านการประสานงานกับกลุ่มแม่บ้านและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งในพื้นที่ถือว่าเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั่วไป (General informant) จำนวน 6 คน ประกอบด้วย ครูอนามัยโรงเรียน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และกรรมการหมู่บ้าน

กลุ่มที่ 3 นักวิจัยหลักและนักวิจัยในพื้นที่ 3.1 นักวิจัยหลัก จำนวน 3 คน ประกอบด้วย นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล นักวิจัยในพื้นที่ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ด้วยพยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งดินลุ่ม แกนนำกลุ่มแม่บ้าน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

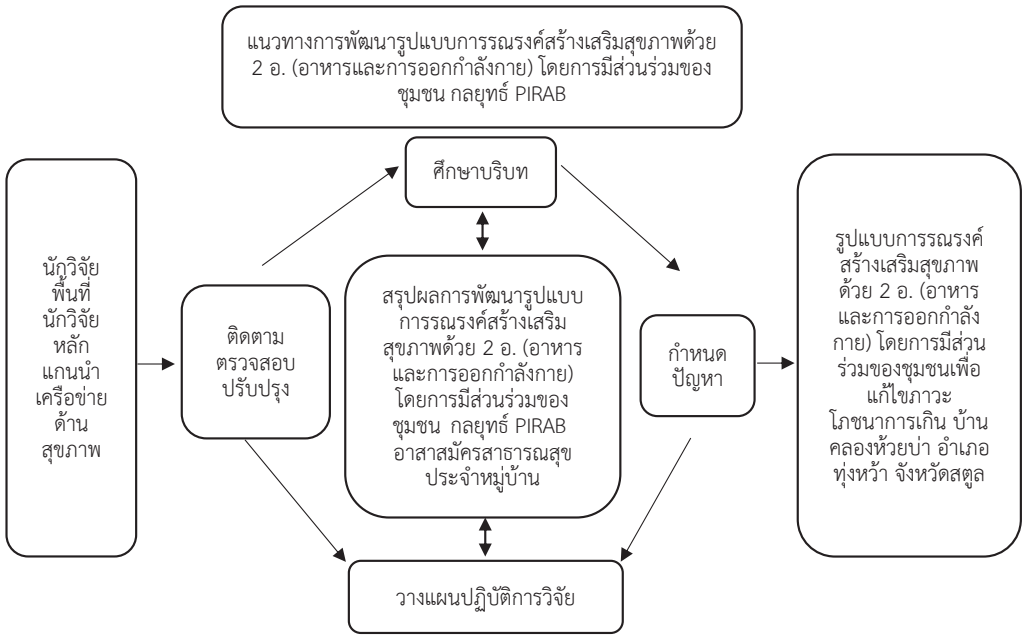
กลุ่มที่ 4 สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ หมู่ 2 บ้านคลองห้วยบ่า ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์สร้างสุขภาพ และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 22.90 กก./ม^2 จำนวน 50 คน

โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ 1) กลุ่มแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั่วไป มีหลักเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีพื้นที่อาศัยถาวรอยู่ในหมู่บ้าน มีการศึกษาระดับอ่านออกเขียนได้ เป็นที่ยอมรับของคนในหมู่บ้าน สามารถสื่อสาร พูดและเข้าใจ มีเวลาว่างพอที่จะเข้าร่วมดำเนินการวิจัย เต็มใจและสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย 2) กลุ่มนักวิจัยหลัก และนักวิจัยพื้นที่ คัดเลือกจากผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ 3) กลุ่มสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ คัดเลือกจากสมาชิกของแต่ละชมรม ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพได้ตลอดการวิจัย

ทั้งนี้สมาชิกในกลุ่มที่ 1-3 มีบทบาทหน้าที่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมแสวงหาคำตอบคำถามการวิจัยประสานงานกันแบบหุ้นส่วน จำนวน 43 คน ส่วนสมาชิกในกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่

สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. ตลอดระยะเวลา 6 เดือน ทำการเก็บข้อมูลค่า BMI และเส้นรอบเอว บันทึกข้อมูลในทะเบียนประเมินภาวะโภชนาการรายบุคคล โดยเก็บข้อมูลก่อนปฏิบัติตามแผนรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ ขณะปฏิบัติตามแผนทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง และเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดการปฏิบัติตามแผนในเดือนที่ 6

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสำรวจพื้นที่ การใช้เทคนิคสนทนากลุ่ม (Focus group) การประชุมระดมพลังสมองในชุมชน (Brain storming) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ทะเบียนประเมินภาวะโภชนาการรายบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การตีความ (Interpretation) สร้างข้อสรุปข้อมูลจากปรากฏการณ์รูปธรรมที่มองเห็น หรือสังเกตเห็นในชุมชน และใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ ทำเป็นตารางหาความสัมพันธ์ โดยแยกแยะแต่ละปรากฏการณ์ออกเป็นส่วนๆ (Constant comparison) เช่น แบ่งเป็นชนิดของข้อมูล พฤติกรรมการกระทำ รายละเอียดของพฤติกรรม ความหมายของการกระทำ บุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดที่มีส่วนร่วมในการกระทำนั้น ความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคมหรือชุมชนนั้นๆ

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว เปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. (อาหารและการออกกำลังกาย) จากทะเบียนประเมินภาวะโภชนาการรายบุคคล เก็บข้อมูลโดยนักวิจัยในพื้นที่ ตามแผนรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ ทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน จังหวัดสตูล หมายเลขใบรับรอง ET-ST 007/2563 วันที่ให้การรับรอง 9 กรกฎาคม 2563

ผลการศึกษา

การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน ทีมนักวิจัยในพื้นที่และนักวิจัยหลักร่วมกับแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ ร่วมกันคิดวิเคราะห์ และจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพ ดังนี้

1) จัดเวทีส่งคืนข้อมูลด้านสุขภาพ ให้กับแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพ และกลุ่มที่เกี่ยวข้องในชุมชนเป็นประจำทุกเดือน โดยนักสุขภาพครอบครัวประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งดินลุ่ม ที่รับผิดชอบชุมชนนี้

2) คัดเลือกตัวแทนแกนนำที่เป็นนักวิจัยในพื้นที่เพื่อเป็นผู้ประสานให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพต่างๆ ที่มีในชุมชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และสนับสนุนให้แต่ละกลุ่มมีการคัดเลือกแกนนำของกลุ่มเพื่อทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างกลุ่ม และสนับสนุนให้แกนนำของแต่ละกลุ่มมีบทบาทในการสื่อสารภายในกลุ่มและสื่อสารระหว่างกลุ่ม

3) นักวิจัยหลักและนักวิจัยในพื้นที่ กระตุ้นและสนับสนุนให้แกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพ นำข้อมูลไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเครือข่ายด้านสุขภาพต่างๆ และให้ทุกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาภาวะโภชนาการเกิน รวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหา

การพัฒนาศักยภาพของแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพของชุมชนในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1) การพัฒนาความรู้ เรื่อง การออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสมกับกลุ่มวัย โดยครูพละศึกษาและครูอนามัยโรงเรียน โรงเรียนบ้านป่าแก่บ่อหิน โดยมีแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่ในการสนับสนุนและประสานให้เกิดการรวมกลุ่มเป็นชมรมออกกำลังกายด้านต่างๆ ของชุมชน เช่น ชมรมเปตอง ชมรมเต้นบาสะโล๊ฟ ชมรมแม่ไม้มวยไทย ชมรมออกกำลังกายด้วยไม้พลอง โดยมีกลุ่มแม่บ้านที่ทำหน้าที่จัดกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ของสมาชิกในแต่ละกลุ่มเข้าด้วยกัน

2) การพัฒนาความรู้ เรื่อง การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ โดยนักโภชนาการ โรงพยาบาลทุ่งหว้า

3) พัฒนาองค์ความรู้ 2 อ. (อาหารและการออกกำลังกาย) วิธีคำนวณ และประเมินค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวให้กับแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพและประชาชนในชุมชน โดยพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่นักสุขภาพครอบครัว รับผิดชอบชุมชนแห่งนี้

4) จัดอบรมการเขียนโครงการในเรื่องการเขียนแผนงาน โครงการ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. (อาหารและการออกกำลังกาย) โดยการมีส่วนร่วมของประชนทุกกลุ่ม จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพของชุมชน โดยมีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน (Liaison) ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและบูรณาการระหว่างเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและทุกภาคส่วนในการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ

การจัดตั้งคณะทำงานรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. (อาหารและการออกกำลังกาย) ของหมู่ที่ 2 บ้านคลองห้วยบ่า โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพทุกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของกิจกรรม โดยคัดเลือกตัวแทนแกนนำกลุ่มสร้างเสริมสุขภาพเพื่อร่วมเป็นทีมทำงาน

จากการพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพ ทีมนักวิจัยในพื้นที่และนักวิจัยหลักร่วมกับ

แกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ จัด เวทีสนทนากลุ่มร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อถอดบทเรียนแผนปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพ พบว่า ชุมชนแห่งนี้มีศักยภาพเอื้อต่อการจัดกิจกรรมรณรงค์ โดยมี

แกนนำหรือศูนย์กลางของเครือข่าย (Hub) ซึ่งเป็นคนที่สามารถเป็นศูนย์กลางของการสื่อสารสำหรับทุกกลุ่มย่อยในชุมชน หรือเป็นคนที่รู้เรื่อง มองเป้าหมายของเครือข่ายออกว่าจะเดินไปจุดไหน และสามารถบอกได้ว่าเป้าหมายของเครือข่ายคืออะไร สำหรับ Hub ของชุมชนหมู่ที่ 2 บ้านคลองห้วยบ่าแห่งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

1) กลุ่มย่อย ๆ (Sub groups) ของเครือข่ายในชุมชนแห่งนี้ มีทั้งสิ้น 11 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพัฒนาสตรีหมู่บ้าน กลุ่มกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบล ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแอโรบิค ชมรมแม่ไม้มวยไทย ชมรมเปตองเพื่อสุขภาพ ชมรมไม้พลองเพื่อสุขภาพ และกลุ่มครูโรงเรียนในชุมชน

2) แกนนำของกลุ่มย่อย (Node) ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละกลุ่มย่อย ที่สามารถเชื่อมความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มเข้าด้วยกัน สำหรับชุมชนแห่งนี้ คือ แม่บ้าน

3) สะพานของเครือข่าย Bridge ซึ่งเป็นผู้ที่เชื่อม Node กับ Hub แบบมีสังกัด กล่าวคือ เป็นสมาชิกของกลุ่มย่อย (Sub groups) ในชุมชนแห่งนี้ คือ ผู้สูงอายุ

4) คนที่เชื่อม Node กับ Hub โดยไม่สังกัดหน่วยงานใด ๆ หรือ Sub groups อื่นๆ (Liaison) สำหรับชุมชนแห่งนี้ คือ ผู้ที่เป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

5) บุคคลที่สามารถเข้าได้กับทุกกลุ่มย่อย ทุกเครือข่าย และทำหน้าที่เสมือนเป็นประชาสัมพันธ์ของเครือข่าย (Star) สำหรับชุมชนแห่งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุ่งดินลุ่ม

6) บุคคลที่ทำหน้าที่ขยายเครือข่าย ชวนให้คนนั้นคนนี้ทำกิจกรรมร่วมกัน คือ แม่บ้าน

7) ผู้ที่ทำหน้าที่เสมือนเป็นผู้ผ่านของข้อมูลและเป็นผู้กลั่นกรองข้อมูล โดยข้อมูลต่าง ๆ จะผ่านบุคคลกลุ่มนี้ก้อนออกจากเครือข่ายและก่อนจะเข้าเครือข่าย (Gate keeper) บุคคลซึ่งทำหน้าที่ดังกล่าว คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่เป็น Hub ของเครือข่าย

รูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน ของเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน (นวัตกรรมใหม่) จากการประชุมระดมสมองสมาชิกเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน ร่วมกับคณะผู้วิจัยหลักและนักวิจัยในพื้นที่ ใช้แนวคิดกลยุทธ์ PIRAB เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ P : Partner มีเครือข่ายชมรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีการพบปะระหว่างกลุ่ม I : ได้รับงบประมาณเพื่อก่อสร้างลานกีฬาเอนกประสงค์และจัดทำโครงการ I : Invest ได้รับงบประมาณเพื่อก่อสร้างลานกีฬาเอนกประสงค์และจัดทำโครงการ R : Regulate and Legislate เกิดสัญญาประชาคมในภาคครัวเรือน ชุมชน และโรงเรียน A : Advocate การสื่อสารระหว่างเครือข่ายแบบสองทางทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม และ B : Build Capacity มีการตื่นตัวพูดคุยความรู้เกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย และมีการแลกเปลี่ยนผลการจัดกิจกรรมระหว่างกลุ่มย่อย ในเครือข่าย ตลอดจนรู้จักวิเคราะห์และประเมินผลรูปแบบของกิจกรรมรณรงค์ และจากการปฏิบัติการตามแผนปฏิบัติการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. (อาหารและการออกกำลังกาย) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจำนวน 6 ครั้ง ได้กิจกรรมการดำเนินงานรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ 12 กิจกรรมบูรณาการลงสู่ชุมชนบ้านคลองห้วยบ่า และประเมินผลในระยะเวลา 6 เดือน มีดังนี้

1) การจัดทำหรือผลิตสื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องการออกกำลังกายกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยประชาสัมพันธ์ ผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน และจัดทำบทละครคล้ายละครวิทยุเป็นบทความใช้ภาษาท้องถิ่นปักษ์ใต้ เพื่อดึงดูดและ

กระตุ้นความสนใจของชุมชน ในการรับฟังข้อมูลข่าวสารเรื่องดังกล่าวเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มแกนนำสุขภาพในชุมชนจะมีการพากย์เสียงในบทความที่เผยแพร่ทางหอกระจายข่าว

2) ขอความร่วมให้ผู้บริหารโรงเรียน ประกาศเป็นนโยบาย ให้โรงเรียนเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และไม่อนุญาตให้ร้านค้า หรือผู้จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มจากภายนอก นำน้ำอัดลม น้ำหวานใส่สี หรือขนมขบเคี้ยวเข้ามาจำหน่ายในโรงเรียน

3) จัดทำป้ายผ้ารณรงค์ การออกกำลังกายและการควบคุมอาหารบริโภค เพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกินของหมู่บ้านติดไว้บริเวณทางเข้าหมู่บ้านและศาลาประชาคม เพื่อเป็นข้อเตือนใจให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4) ขอความร่วมมือร้านค้าย่อยในหมู่บ้าน งดจำหน่ายน้ำอัดลม น้ำหวานใส่สี หรือขนมขบเคี้ยวที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการในหมู่บ้าน

5) จัดทำสัญญาประชาคม ให้ทุกครัวเรือนรณรงค์ทำอาหารเมนูชูสุขภาพ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันโดยเน้นอาหารประเภทต้ม นึ่ง และอบ และให้บรรจุน้ำพริกและผักสดพื้นบ้าน เป็นเมนูอาหารหลักประจำครอบครัว โดยให้งดการปรุงอาหารด้วยน้ำมันหมูแต่ให้ใช้น้ำมันพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง หรือน้ำมันรำข้าว

6) กลุ่มแม่บ้านเผยแพร่สูตรเมนูอาหารชูสุขภาพแก่ทุกหลังคาเรือน และให้แม่บ้านแต่ละคนส่งเสริมเมนูอาหารดังกล่าว โดยการปรุงอาหารเมนูนั้นในบ้านของตนเอง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

7) ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล จัดสร้างลานกีฬาออกกำลังกายของหมู่บ้าน และได้รับงบประมาณสนับสนุน สถานที่ออกกำลังกาย 3 แห่ง คือ สนามกีฬากลางแจ้ง ในอาคารโรงเรียน และลานกีฬาออกกำลังกายของหมู่บ้าน ดังนั้นจึงทำให้ประชาชนในหมู่บ้านแห่งนี้ มีทางเลือกในการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น

8) จัดทำการณรงค์ไม่รับประทานเนื้อหมูอย่างน้อย 3 วัน ในทุกหลังคาเรือน แต่ส่งเสริมให้บริโภคปลา ซึ่งอุดมด้วยโปรตีน และมีไขมันต่ำแทน ทั้งนี้การรณรงค์นี้ ไม่ใช่การบังคับแต่เน้นการขอความร่วมมือ

9) ให้ทุกชมรมสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้าน เช่น ชมรมแอโรบิค ชมรมเปตองเพื่อสุขภาพ ชมรมแม่ไม้มวยไทย ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมไม้พลองออกกำลังกาย รับสมัครสมาชิกเพิ่มเติม และจัดทำแผนการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน โดยช่วงเวลาออกกำลังกาย ควรเป็นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และระยะเวลาการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ไม่ควรต่ำกว่า 30 นาที ช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมควรเป็นช่วงเวลา 17.30-18.00 น ซึ่งเสร็จสิ้นจากภารกิจกรีดยางพารา

10) ส่งเสริมให้ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ให้เข้ามาเป็นสมาชิกของชมรมออกกำลังกายตามความถนัดทุกคน อย่างน้อยคนละ 1 ชมรม

11) สำหรับประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งไม่สะดวกในการเดินทางมาลานกีฬา หรือมาสนามกีฬาของโรงเรียน เพื่อออกกำลังกาย ให้เน้นการออกกำลังกายที่บ้านของตนเองแทน ซึ่งอาจจะทำโยคะ กระโดดเชือก หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

12) จัดกิจกรรมแข่งกีฬาประจำปีของหมู่บ้าน โดยเป็นกิจกรรมแข่งขันกีฬาทั่วไปและกีฬามหาสนุก เน้นความสามัคคี ความเพลิดเพลิน

3. ผลการประเมินดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ จากการประเมินค่าดัชนีมวลกาย และค่าเส้นรอบเอว เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ พบว่า ค่าดัชนีมวลกายของประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังการปฏิบัติตามแผนรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ (n = 50)

ค่าดัชนีมวลกาย	Mean	SD	p-value
ก่อน	26.16	5.09	0.034
หลัง	25.76	5.14	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเส้นรอบเอวก่อนและหลังการปฏิบัติตามแผนรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ(n = 50)

ค่าเส้นรอบเอว	Mean	SD	p-value
ก่อน	88.12	9.06	<0.001
หลัง	86.90	9.15	

เมื่อเปรียบเทียบค่าเส้นรอบเอว ของประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

จากการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนการวิจัย PAR ใช้แนวคิดกลยุทธ์ PIRAB มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนิน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนและหลังวิจัย PAR ในการใช้แนวคิดกลยุทธ์ PIRAB

PIRAB	ก่อนทำ PAR	หลังทำ PAR
p	• มีกลุ่มเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพเพียงไม่กี่ชมรม	• มีกลุ่มเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น 11 ชมรม แต่ละชมรมมีสมาชิกเพิ่มขึ้นประมาณชมรมละ 40 – 50 คน • มีการคัดเลือกแกนนำเครือข่ายให้เป็นคณะทำงานของชุมชน
	• มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างกลุ่มเครือข่ายต่างๆ น้อยมาก	• ชมรมต่างๆ ที่เป็นเครือข่ายด้านสุขภาพ มีการพบปะและแลกเปลี่ยนแนวคิดเพิ่มขึ้นและมีความหลากหลายด้านเนื้อหาและรูปแบบของกิจกรรม
I	• กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับกิจกรรมรณรงค์ด้านสาธารณสุขมากนัก แต่มุ่งเน้นการสนองกิจกรรมตามนโยบายของกระทรวงมหาดไทย	• หลังจากมีการดึงกลุ่มกรรมการหมู่บ้าน และองค์การบริหารส่วนตำบล เข้ามาเป็นเครือข่ายทำให้ได้รับงบประมาณสนับสนุน รวมทั้งมีการประสานความร่วมมือในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเพิ่มมากขึ้น เช่น 1) งบประมาณเพื่อก่อสร้างลานกีฬาเอนกประสงค์ 2) งบประมาณโครงการด้านการรวมกลุ่มออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร
R	• ไม่มีสัญญาประชาคมหรือกฎของชุมชนสำหรับกิจกรรมด้านสุขภาพ	• จัดทำสัญญาประชาคม • ระดับครัวเรือน เรื่องการปรุงอาหารเมนูชูสุขภาพ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน • ระดับโรงเรียน ประกาศนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ • ระดับชุมชน ร้านค้าย่อยในชุมชน งดจำหน่ายน้ำอัดลม น้ำหวานใส่สี หรือขนมขบเคี้ยว

ตารางที่ 3 ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนและหลังวิจัย PAR ในการใช้แนวคิดกลยุทธ์ PIRAB (ต่อ)

PIRAB	ก่อนทำ PAR	หลังทำ PAR
A	• ผู้นำชมรมจะเป็นคนสื่อสารผ่านศูนย์กลางของเครือข่าย (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)	• การสื่อสารแบบแบบสองทาง (Two way communication) ระหว่างสมาชิกในแต่ละชมรม/เครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน กับชมรมอื่น ๆ
	• กิจกรรมที่เครือข่ายด้านสุขภาพจัดขึ้น ส่วนใหญ่ใช้สื่อสารผ่านสื่อบุคคล เช่นการบอกปากต่อปาก การเคาะประตูบ้าน ร่วมกับการใช้หอกระจายข่าว ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กิจกรรม	• มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การบอกปากต่อปาก ต่อๆ กัน การเคาะประตูบ้าน การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว การประชาสัมพันธ์การแสดง การจัดนิทรรศการ การสาธิตอาหารเพื่อดึงดูดความสนใจ ของชุมชนให้เกิดการตื่นตัว และร่วมมือในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ตนเอง
B	• ประชาชนไม่รู้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ • ไม่มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนหารูปแบบกิจกรรมรณรงค์ หรือประเมินผลกิจกรรมรณรงค์ใน Subgroup เดียวกันส่วนใหญ่รอแต่ Hub เรียกประชุมแกนนำของเครือข่ายด้านสุขภาพ • ไม่รู้จักวิธีการวิเคราะห์และประเมินผล หลังจากสิ้นสุดการจัดกิจกรรมรณรงค์	• จัดเวทีคืนข้อมูลให้กับแกนนำเครือข่ายและสมาชิกของชุมชน และร่วมกันวิเคราะห์เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ • สมาชิกแต่ละกลุ่มมีการตื่นตัวและแลกเปลี่ยนผลการจัดกิจกรรมระหว่างกลุ่มย่อย (Subgroup) ในเครือข่ายของตนเองเพิ่มขึ้นจากเมื่อก่อนต้องรอฟังคำสั่งจาก Hub ของเครือข่ายเท่านั้น • มีการวิเคราะห์และประเมินผลรูปแบบกิจกรรมรณรงค์โดยแกนนำชมรม

อภิปรายผล

พัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ ให้มีศักยภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าวิธีที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ การจัดเวทีคืนข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งดินลุ่ม การอบรมให้ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะในแต่ละกลุ่มวัย โดยครูอนามัยโรงเรียนและครูพละศึกษา และการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ โดยนักโภชนากรโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ได้จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน จัดทำแผนปฏิบัติการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. และจัดอบรมการเขียนโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ส่งผลให้แกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพของชุมชนและประชาชนได้ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน ร่วมในการวางแผนและจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหา และประเมินผลการดำเนินงานตามแผน

ตลอดระยะเวลา 6 เดือน พบว่าค่าค่าดัชนีมวลกายของประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ที่ระดับ 0.05 และค่าเส้นรอบเอว ของประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนรณรงค์สร้าง

เสริมสุขภาพ พบว่าค่าเส้นรอบเอว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของเบญญทิพย์ พรรณศิลป์ วิรัต ปานศิลา และรณรุทธ์ บุตรแสนคม[9] พบว่าการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนในชุมชน โดยการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ นำไปสู่การการรับรู้ การเอาใจใส่ต่อการพัฒนาตนเอง และการปฏิบัติที่เหมาะสม ส่งผลให้ชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนแบบ 4 ร่วม ดังนี้ 1.ร่วมทีมงาน 2 ร่วมรับรู้ปัญหา 3.ร่วมดำเนินงานและประเมินผล 4.ร่วมรับผลประโยชน์

การพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน ของเครือข่ายชุมชนด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน พบว่ารูปแบบหรือโครงสร้างของเครือข่ายด้านสุขภาพของ ม.2 บ้านคลองห้วยบ่า เป็นเครือข่ายที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน ภายหลังการดำเนินงานมีเครือข่ายด้านสุขภาพของชุมชนเพิ่มขึ้นจำนวน 11 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีจำนวนสมาชิกเพิ่มขึ้น มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่หลากหลายเหมาะกับแต่ละกลุ่มวัย เช่นเดียวกับการศึกษาของจริยา กฤติยาวรรณ และ สุชาดามณี บุญจรัส[10] มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นศูนย์กลางของเครือข่าย ซึ่งในแต่ละกลุ่มต่าง ๆ มีสมาชิกกลุ่มแม่บ้าน ทำหน้าที่เป็นแกนนำของกลุ่มย่อย ซึ่งมีหน้าที่ในการประสานงานระหว่างกลุ่มต่างๆ จึงสามารถกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน หลากหลายองค์ประกอบ คือ เกิดเครือข่ายรณรงค์ด้านสุขภาพของ ม.2 บ้านคลองห้วยบ่า โดยคณะทำงานที่ผ่านการคัดเลือกจากเครือข่ายด้านสุขภาพของชุมชน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดกิจกรรมรณรงค์ มีการระดมทรัพยากรในชุมชนโดยองค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนงบประมาณในการสร้างลานกีฬาของชุมชน แกนนำเครือข่ายและประชาชนร่วมกันจัดทำข้อตกลงในการลดการบริโภคเนื้อหมู เพิ่มการจัดทำเมนูสุขภาพจากผักในท้องถิ่น สัปดาห์ละ 3 วัน ร้านค้าในชุมชนงดการจำหน่ายน้ำหวานและขนมขบเคี้ยว มีการจัดทำสื่อเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของชุมชน เผยแพร่ผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้านและเสียงตามสายของโรงเรียน ฯลฯ และชุมชนร่วมกันประกาศนโยบายพัฒนาให้โรงเรียนบ้านป่าแก่บ่อหินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อความต่อเนื่องของการดำเนินงานรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเกิน หลังจากสิ้นสุดการวิจัย จึงได้คัดเลือกแกนนำตั้งเป็นคณะทำงานของชุมชน โดยได้รับการพัฒนาศักยภาพในการวิเคราะห์ปัญหา จัดทำแผน การประเมินผล การเขียนโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจาก องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์กรต่างๆ

การศึกษาครั้งนี้เช่นเดียวกับการศึกษาของรัถยานพิศ พละศึก และคณะ[11] และชัยณรงค์ แก้วจำนง[12] พบว่ากระบวนการ วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ไขปัญหา เป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพชุมชนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ เกิดจากการจัดประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมสร้างความตระหนัก พัฒนาศักยภาพที่จำเป็น ได้แก่ ความรู้ ทักษะชีวิต ทักษะการสื่อสาร การวางแผน ทำให้กำหนดกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น มีคณะกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจนจากทุกภาคส่วน มีสื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน เกิดข้อตกลงร่วมกันต่อการดำเนินงานในพื้นที่ [11]

จากผลการวิจัย สามารถวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของการพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ (อาหารและการออกกำลังกาย) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน บ้านคลองห้วยบ่า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ได้ดังนี้

จุดแข็งของการศึกษา

1) เครือข่ายด้านสุขภาพของชุมชนบ้านคลองห้วยบ่า มีความเข้มแข็ง โดยมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนนำและผู้ประสานงานหลัก โดยเฉพาะประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับของชุมชน และยังเป็นสมาชิกขององค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อื่นๆ ก็ร่วมเป็นสมาชิกของชมรมและกลุ่มต่างๆ ของหมู่บ้าน ทำให้สามารถเข้าถึงและชักนำให้กลุ่มต่างๆ เข้ามาเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพได้ ก่อนการดำเนินการการประสานงานอาจมีรูปแบบไม่ชัดเจน แต่เมื่อทีมวิจัยได้มีการพูดคุย ระดมสมอง สามารถหาวิธีร่วมกันในการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพที่ชัดเจนได้

2) ชุมชนมองเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างชัดเจน โดยมีส่วนร่วมคิดและวางแผนแก้ไขปัญหาที่เป็นระบบ และในระยะเวลาดำเนินการในช่วง 6 เดือนแรก เมื่อประเมินผลออกมาแล้วชุมชนมีกิจกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมการบริโภคอาหารเมนูสุขภาพที่ต่อเนื่องทำให้สามารถเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และบรรลุตัวชี้วัดของงานวิจัย

3) นักวิจัยพื้นที่ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปฏิบัติงานรับผิดชอบพื้นที่หมู่ที่ 2 บ้านคลองห้วยบ่าเป็นระยะเวลานาน มีความใกล้ชิด และเป็นที่ยอมรับของชุมชน ได้ทำการคืนข้อมูลด้านสุขภาพแก่แกนนำอย่างต่อเนื่อง ทำให้แกนนำในชุมชนมีความตระหนักในปัญหาสุขภาพของพื้นที่

จุดอ่อนของการศึกษา

1) เครือข่ายกลุ่มสร้างสุขภาพในชุมชนไม่หลากหลาย ไม่เป็นตัวแทนของประชากรทุกกลุ่ม จากการเข้าไปในระยะแรก พบเพียงกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มแม่บ้าน ที่มีบทบาทนำ

2) การวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนขาดความร่วมมือจากตัวแทนของทุกกลุ่มประชากรของชุมชน ทำให้ได้ปัญหาที่ไม่สะท้อนถึงความเป็นจริงได้ ซึ่งทีมนักวิจัยจะต้องแสวงหาความร่วมมือและตัวแทนจากทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการรณรงค์สร้างสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยในกลยุทธ์ PIRAB เป็นแนวทางในการพัฒนา

2) การประเมินโครงการหรือกิจกรรมรณรงค์สร้างสุขภาพ หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ควรกำหนดตัวชี้วัด (KPI) ที่สามารถบ่งชี้ถึงความสำเร็จหรือประสิทธิภาพของโครงการได้

3) หน่วยงานในระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับแกนนำเครือข่ายสุขภาพชุมชนทั้งในระดับอำเภอและตำบล ผ่านเวทีคณะกรรมกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) การติดตามงานหรือกิจกรรมระหว่างดำเนินโครงการรณรงค์ คณะนักวิจัยในพื้นที่ ควรเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง และผู้ประสานงานเพื่อถ่ายโอนความคิดและวิธีการจากคณะนักวิจัยหลัก ในอันที่จะสามารถดำเนินงานในพื้นที่ได้ภายหลังจากที่นักวิจัยจากภายนอกถอนตัวออกไปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

2) การคัดเลือกแกนนำของเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน ที่จะเป็นคณะผู้วิจัยในระดับพื้นที่ควรให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเลือกแกนนำซึ่งจะแก้ปัญหาการขาดการยอมรับ และการขาดศรัทธาจากชาวบ้าน อันจะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานวิจัย PAR ในชุมชน

3) การดำเนินกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนนั้น ต้องเป็นกิจกรรมที่ชุมชนยอมรับและสามารถปฏิบัติได้ง่าย โดยไม่ขัดกับจารีตประเพณี หรือวิถีชีวิตของเขาเหล่านั้น

4) กระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ในกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ไม่ควรใช้แกนนำเพียงกลุ่มเดียวเป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ เช่น มุ่งเน้นแต่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่ควรใช้วิธีสร้างแกนนำแบบเครือข่ายทั้งแนวนอนและแนวตั้ง เพื่อให้โครงการได้รับความร่วมมือในระดับกว้าง และลดกระแสการต่อต้าน รวมทั้งแก้ปัญหาการถอนตัวจากโครงการของแกนนำระหว่างการดำเนินงาน วิธีการแบบนี้ จะช่วยขยายเครือข่ายของผู้ที่ทำหน้าที่เป็นแกนนำ

5) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ควรจัดกิจกรรมเสริมพลังและให้ความรู้ (Empowerment) แก่แกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพื่อให้แกนนำเกิดความมั่นใจในการดำเนินงานรณรงค์สร้างสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษานำร่องความเป็นไปได้ก่อนเลือกพื้นที่สำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การศึกษาสภาพปัญหาในพื้นที่ โครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน ความสนใจของชุมชน ความร่วมมือและการต่อต้านจากชุมชน

2) ควรมีการศึกษาศักยภาพและความหลากหลายของเครือข่ายในชุมชน เพื่อศึกษาถึงบทบาทตามธรรมชาติของเครือข่ายชุมชนต่าง ๆ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการร่วมรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1.Nutrition Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Obesity silence dangerous. Bangkok: The Printing Office to Assist Veterans Organization; 2007. (In Thai)

2. Tangtrongjit, R., Polrat B. Obesity nutrition and biochemical change. Bangkok: Chareandee Publishing Limited; 2007. (In Thai)

3. Nokdee Ch. Thai people is 2nd obesity of Asia. [Internet].2014 [cited 10 March, 2020]. Available from: https://www.thaihealth.or.th/Content/24745.

4. Phuket News. Thai people is 2nd obesity of South East Asia. [Internet]. 2017 [cited 10 March,2020]. Available from: https://www.khaophuket.com.

5. Bantungdinlum Tambol Health Promoting Hospital. Health status survey; 2019.

6. Sanarmkate, T. Lessons learned of the participatory operation on well-being promotion for elderly people in Baan Ton Kham to be the role model of self - management of the elderly club: A case study of the community Baan Ton Kham, Tambon Chai Chumphon, Lablae District, Uttaradit Province. RMUTL Journal Socially of Engaged Scholarship 2016; 2(1): 69-79. (in Thai)

7. Sukdee, S. Development of the health behavior modification model for non-communicable chronic diseases risks using participatory approach in the community. [Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2017.

8. Hfocus. Ministry of Public Health PIRAB strategy for quality of life. [Internet]. 2017 [cited 8 June 2020]. Available from: https://www.hfocus.org/content/ 2017/03/13678.

9. Pansil, B., Pansila, V., Butrsankom, R. Development of operations management to reduce for obeses people in community Nong Sang Sub-District, Wapi Prathum District, Mahasarakham Province. 2017; 19(2): 108-23. (in Thai)
10. Kritiyawan, J., Bunjaras, S. Community participation for elderly health promotion at Bannongkae Muang District Ubon Ratchathani Province. The 2nd Ratchathani national research presentation and annual academic meeting; 26 -27 July 2017; Ubon Ratchathani University; 2017.
11. Phalasuek, R., Thanomchayathawatch, B., Songloed, D. Participatory action research: development of a participatory process for health promotion in the community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2018; 1: 211-23. (in Thai)
12. Kaewjamnong C. Develop participatory action research model on health management for health promotion and environmental health in health region 11 for quality district. [Internet]. 2018 [cited 15 September 2520] Available from: https://hpc11.go.th/web60/cluster_strategy60/wp-content/uploads/2018/07/R2R_01.pdf.

Health Science Journal of Thailand

ประสิทธิผลของการบำบัดด้วยวิธีการเช็ดแหกและพอกยาเย็นต่อการบรรเทาอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยไมเกรน เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง

Effectiveness of Shed-Haek and Cold Herbs Mask Treatment for Reducing Headache Pain among Patients with Migraine at Healthcare Network Pabon District, Phatthalung Province

ยุวดี กองมี[1]*

Yuvadee Kongme[1]*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลระดับความปวด ความถี่ของการปวด และองศาการเคลื่อนไหวคอในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนก่อนและหลังการบำบัดโรคด้วยวิธีเช็ดแหกและพอกยาเย็น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ปวดศีรษะไมเกรน และได้รับการวินิจฉัยว่าปวดศีรษะไมเกรน (ICD-10, G43-43.9, U61.2) มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลป่าบอน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยเครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับเครื่องมือในการทดลอง คือ การบำบัดโรคด้วยวิธีการเช็ดแหกและพอกยาเย็น และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามคุณลักษณะทางประชากร ประวัติการเจ็บป่วย แบบประเมินอาการเจ็บปวด ความถี่ของการปวด องศาการเคลื่อนไหวของคอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ Repeated ANOVA ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการบำบัดด้วยวิธีการเช็ดแหกและพอกยาเย็น กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดและความถี่ของการปวด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากผลการศึกษาดังกล่าว ควรส่งเสริมให้เป็นการทางเลือกและพัฒนาบูรณาการร่วมกับแนวทางในเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคไมเกรนในระบบสุขภาพ

คำสำคัญ: การเช็ดแหก, พอกยาเย็น, ปวดศีรษะไมเกรน

* Corresponding author: Email: Yuvadeeboyu@gmail.com, Tel: 082-3915642

Received: February 11, 2021; Revised: May 26, 2021; Accepted: June 21, 2021

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง 93000

[1] Thai Traditional Medicine doctor, Phatthalung Hospital, Phatthalung Province, 93000, Thailand

Abstract

The purpose of this quasi - experimental research aimed to compare the pain level, the frequency of pain and the degree of neck movement among migraine headache patients before and after the treatment of Shed-Haek and Cold Herbs Mask. The samples were migraine headache patients who were diagnosed with migraine headache (ICD-10, G43-43.9, U61.2), received service at Thai traditional medicine clinics, Pabon Hospital. The eligible criteria were determined to enroll the samples. Of these, 30 samples were included in this study. The data were collected using the intervention program and the questionnaires. The intervention program was the treatment of Shed-Haek and Cold Herbs Mask. The questionnaires consisted of demographic characteristics, history of illness and illness assessment such as: pain level, frequency of pain and degree of neck movement. The data were analyzed using descriptive statistics and Repeated ANOVA. The results showed that after the treatment of Shed-Haek and Cold Herbs Mask, the pain level and the pain frequency statistically significant decreased ($p < 0.001$). The degree of neck movement was statistically significant increased ($p < 0.001$). The results suggested that alternative and integrated development of Thai traditional medicine with multidisciplinary practice should be performed in the care of migraine patients.

Keywords: Shed-haek, Cold herbs mask, Migraine headache

บทนำ

โรคปวดศีรษะไมเกรนเป็นสาเหตุของอาการปวดศีรษะที่พบได้บ่อย เป็นโรคที่ก่อให้เกิดอาการปวดศีรษะเรื้อรังชนิดหนึ่งและยังเป็นโรคทางระบบประสาท ทางองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าพบได้มากถึงร้อยละ 90 ของโรคระบบประสาท โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 2-3 เท่า[1] ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการครั้งแรกตอนช่วงวัยรุ่นถึงวัยกลางคน ซึ่งอัตราการเกิดอาการปวดศีรษะ ไมเกรนจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 12 ปี และมีอัตราการเกิดสูงสุดที่ช่วงอายุ 40 ปี[2] การปวดศีรษะไมเกรนมีความรุนแรง มีสาเหตุมาจากการเสียหน้าที่ของระบบประสาท สารเคมี และหลอดเลือดในสมอง จะมีอาการปวดตึงร้าวบริเวณกล้ามเนื้อรอบ ๆ กะโหลกศีรษะ หน่วงบริเวณขมับ[3] ความชุกของการปวดศีรษะในคนไทยมีมากถึงร้อยละ 17.4 ซึ่งเป็นการปวดศีรษะจากไมเกรน ร้อยละ 30.0 ปวดศีรษะจากความเครียด (Tension headache) ร้อยละ 28.3 และปวดศีรษะชนิดผสม (Combined type) ร้อยละ 19.2[4] อาการปวดศีรษะไมเกรนมีปัจจัยที่กระตุ้นอาการปวด ได้แก่ ความเครียด การอดนอน และอาการท้องผูก นำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดอาการปวดเพิ่มมากขึ้น ไมเกรนส่งผลกระทบสำคัญต่อสุขภาพกาย และการดำเนินชีวิตในประจำวัน อีกทั้งยังสูญเสียรายได้จากการขาดงานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ในปัจจุบันส่วนใหญ่การรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน คือ การใช้ยาบรรเทาอาการปวด ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ หากไม่รับประทานตั้งแต่เริ่มมีอาการอาการปวดก็จะไม่ค่อยลดลง และเนื่องจากอาการปวดศีรษะไมเกรนถือเป็นโรคเรื้อรังจึงต้องมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ทำให้ในผู้ป่วยบางรายก็ไม่ตอบสนองต่อยาส่งผลให้ต้องเพิ่มปริมาณและความแรงของฤทธิ์ยาเพื่อให้สามารถบรรเทาอาการปวดให้ลดลงได้และแทบทุกรายจะได้รับผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งหากเพิ่มเติมหรือใช้การรักษาด้วยทางเลือกอื่นที่จะสามารถลด

อาการปวดได้ก็จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก[3] ด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า มีการกล่าวถึง โรคลมปะกัง ซึ่งมีอาการปวดศีรษะมาก อาจจะปวดข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ บางตำราว่ามักเป็นเวลาเช้า[5] ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ตาพร่า วิงเวียน อาเจียน ทำให้หน้าแดง ตาพร่า ตาลาย เห็นแสงระยิบระยับ มักมีอาการเป็นชั่วโมงหรือตั้งแต่เช้าถึงเที่ยง บางครั้งพบว่ามีอาการปวดตลอดวัน และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาเจียน มีไข้ แต่หากมีไข้ร่วมด้วย ต้องรักษาไข้ให้หายก่อน[6] อาการดังกล่าวนี้ มีอาการคล้ายกับโรคไมเกรนในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงมีการเทียบเคียงโรคลมปะกังใกล้เคียงกับโรคไมเกรน

ดังนั้นการรักษาอาการดังกล่าวในทางการแพทย์แผนไทยจึงมีหัตถการที่หลากหลาย การเช็ดแหกและการพอกยาเย็นเป็นอีกรูปแบบหนึ่งในการรักษาทางการแพทย์แผนไทยโดยการเช็ดแหกเป็นกรรมวิธีด้านการแพทย์พื้นบ้าน[7] เป็นการขูดหรือถู เสียดสีกับผิวหนังแบบใช้อุปกรณ์ช่วยทำให้คลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้นเลือดดีไล่เลือดเสีย น้ำเหลืองไหลเวียนดีขึ้น เพิ่มออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อร่างกายเปิดรูขุมขนขับของเสียออกจากร่างกายกระตุ้นความร้อนทำให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญดีขึ้นและยังช่วยปรับร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล และสามารถใช้ในการบำบัดอาการปวดศีรษะไมเกรนได้[8, 9] ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยืนยันผลว่า การบำบัดด้วยวิธีกัวซาสามารถบรรเทาอาการปวดบริเวณคอและบ่าที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดได้[10] ในส่วนของการพอกยาเย็น หัตถการแบบเย็นที่มีสมุนไพรสรรพคุณเป็นยารสเย็นทั้งหมด เหมาะสมแก่การแก้อาการเตโชพิการ กำเดากำเริบ ในทางเวชกรรมไทยตามคัมภีร์ธาตุวิภังค์[11]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพอกตาและหน้าผากด้วยสมุนไพรที่มีรสเย็นสามารถลดความปวดได้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดศีรษะ ปวดตา และโรคไมเกรน[12] การพอกตาสูตรเย็นสามารถบรรเทาอาการตาพร่ามัวในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลกได้[13] จึงสรุปได้ว่าการเช็ดแหกและการพอกยาเย็น จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจในการรักษาไมเกรนและมีผลการรักษาเชิงประจักษ์ การพัฒนาบูรณาการทั้งสองหัตถการร่วมกันในการบรรเทาอาการปวดศีรษะไมเกรนเป็นสิ่งต้องพัฒนาต่อไปและจากการทบทวนวรรณกรรมยังขาดการศึกษาวิจัยที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดด้วยวิธีการเช็ดแหกและพอกยาเย็นต่อการบรรเทาอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยไมเกรนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลระดับความปวด ความถี่ของการปวด และองศาการเคลื่อนไหวคอในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน ก่อนและหลังการบำบัดโรคด้วยวิธีเช็ดแหกและพอกยาเย็น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยทำการศึกษาและเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ปวดศีรษะไมเกรน และได้รับการวินิจฉัยว่าปวดศีรษะจากไมเกรน (ICD-10, G43-43.9, U61.2) จำนวน 105 คน (ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลป่าบอนและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอป่าบอน ระหว่างเดือนตุลาคม-กันยายน 2562)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ปวดศีรษะไมเกรนและได้รับการวินิจฉัยว่าปวดศีรษะจากไมเกรน (ICD-10, G43-43.9, U61.2) มารับบริการที่โรงพยาบาลป่าบอนและคลินิกแพทย์แผนไทยในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอป่าบอน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีอายุ 18-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์แผนไทย ว่ามีอาการปวดศีรษะจาก ไมเกรน (ICD-10,G43-43.9, U61.2) ได้รับการประเมินระดับความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดชนิดตัวเลข (Numerical Rating scale: NRS) มีระดับคะแนน เท่ากับหรือมากกว่า 4 ไม่มีประวัติการรับประทานยาแก้ปวดทุกชนิดรวมถึงการรักษาอื่นๆ ในวันที่มาเข้าร่วมวิจัย ไม่มีปัญหาด้านจิตเวช ยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ สามารถอ่านเขียน สื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีประวัติรับประทานยาหรือวิตามินในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด เช่น Warfarin, Omega 3, ใบแปะก๊วย เป็นต้น ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมวิจัย ผู้ที่มีภาวะเลือดออกง่ายหรือผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย รวมถึงผู้ที่มีไข้ (อุณหภูมิ >37.2 องศาเซลเซียส) ตั้งครรภ์ มีแผลบริเวณผิวหนังหรือมีโรคติดต่อ เช่น อีสุกอีไส งูสวัด เป็นต้น มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (ความดันโลหิตมีค่ามากกว่า 140/90 mmHg)

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้อำนาจ การทดสอบ (Power analysis) ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.2 โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบ (1- β) เท่ากับ 0.80 ความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 และ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.50 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 27 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (Attrition rate) ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ตามเกณฑ์ของเบรินส์ และโกรฟ[14] ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ หัตถการเช็ดแหกและพอกยาเย็นให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ หัตถการเช็ดแหกและพอกยาเย็น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเช็ดแหกและการพอกยาเย็น เพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ ไมเกรน และได้ดัดแปลงให้เหมาะกับการวิจัยครั้งนี้โดยมีการเช็ดแหกในบริเวณกล้ามเนื้อหลัง, กล้ามเนื้อบ่า, กล้ามเนื้อโค้งคอ, จุดสัญญาณศีรษะด้านหลัง, จุดสัญญาณศีรษะด้านหน้า เป็นเวลา 15 นาที และมีการพอกยาเย็นบริเวณหน้าผากและบริเวณกระบอกตา เป็นเวลา 15 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 30 นาที ทั้งนี้ คู่มือการเช็ดแหกและพอกยาเย็นผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน สำหรับอุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ ไม้เช็ดแหก น้ำมันไพล และผงยาพอกเย็น ประกอบด้วย ใบฟ้าทะลายโจรบดผง 50 กรัม ใบบัวบกบดผง 50 กรัม ใบย่านางบดผง 50 กรัม ใบรางจืดบดผง 50 กรัม เมนทอล 5 กรัม สำลีแผ่นเล็ก น้ำสะอาด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เป็นแบบสอบแบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นไมเกรน อาการปวดศีรษะอย่างไรบ้าง การรักษาในอดีตที่ผ่านมา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยแบบประเมินอาการความเจ็บป่วย ได้แก่ แบบประเมินระดับความเจ็บปวด ความถี่ของการปวด แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวของคอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา เพื่อพิจารณาความสอดคล้องเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item objective congruence : IOC) ระหว่าง 0.66 ถึง 1 จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่อง

มือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ทำการทดลองกับผู้ป่วยไมเกรนใช้ในพื้นที่ใกล้เคียงที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 30 คน และนำมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจประเมินอาการและเก็บข้อมูลโดยเป็นแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่จบหลักสูตรปริญญาตรี และต้องมีใบประกอบโรคศิลปะสาขาเวชกรรมไทย และได้รับการอบรมจากผู้วิจัยหลักภายใต้การติดตามและให้คำปรึกษาจากผู้วิจัยตลอดเวลาที่ให้การรักษา มีการตรวจประเมินผลระดับความปวด ความถี่ของการปวด และองศาการเคลื่อนไหวคอในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน ก่อนและหลังการบำบัดด้วยวิธีเข็ดแหกและพอกยาเย็นต่อเนื่องกัน 3 ครั้ง โดยนัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งติดตามผลหลังการรักษาต่อเนื่องไป 1 เดือน ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย วิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ Repeated ANOVA ในการประเมินอาการความเจ็บป่วย ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด ความถี่ของการปวดศีรษะไมเกรน และองศาการเคลื่อนไหวของคอของกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลังการรักษา

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เลขที่ REC 014 ลงวันที่ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2563

ผลการศึกษา

จากการศึกษาคุณลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.00 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10.00 อายุเฉลี่ย 36.87 ปี (SD = 9.66) อายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 60 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส (อยู่ด้วยกัน) คิดเป็นร้อยละ 63.30 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 33.30 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 23.30 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 26.77 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 13.30 มักป่วยเป็นโรคประจำตัวภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 13.30 ป่วยเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.25 ปี (SD = 2.50) และส่วนใหญ่ไม่พบประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 86.70 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ93.30

จากการศึกษาประวัติการเจ็บป่วย พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ระยะเวลาที่เป็นไมเกรนเฉลี่ย 8.40 ปี (SD = 6.68) ระยะเวลาที่เป็นไมเกรนต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 20 ปี ส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะข้างเดียว และปวดศีรษะแบบตุบๆ คิดเป็นร้อยละ 100 มีความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 93.30 มีอาการปวดศีรษะแย่ลงเมื่อทำกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 76.70 รวมทั้งมีอาการคลื่นไส้ และ/อาเจียน คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีอาการตาสู้แสงไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 86.70 สำหรับการรักษาในอดีตที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ต้องรับประทานยา (ซื้อยามารับประทานเอง) คิดเป็นร้อยละ 43.30 รองลงมานอนพัก คิดเป็นร้อยละ 36.70

จากการศึกษาผลการเปรียบเทียบระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังบำบัด พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนบำบัดครั้งที่ 1 และหลังบำบัดครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความปวดก่อนบำบัด ครั้งที่ 1 และหลังบำบัด ครั้งที่ 3 (n = 30)

ความปวด	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อน	7.03	1.45	20.87	<0.001
หลัง	0.83	0.91		

จากการศึกษาผลการเปรียบเทียบความถี่ของการปวดไมเกรนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยของความถี่การปวดไมเกรนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนบำบัดครั้งที่ 1 และหลังบำบัดครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2 นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยของความถี่อาการปวดไมเกรนของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงก่อนบำบัด 1 เดือนและหลังบำบัด 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความถี่ของการปวดไมเกรน ก่อนบำบัดครั้งที่ 1 และหลังบำบัดครั้งที่ 3 (n = 30)

ความถี่	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อน	1.33	1.21	3.29	0.003
หลัง	0.57	0.68		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความถี่ของการปวดไมเกรนในช่วงก่อนและหลังการบำบัดโรคด้วยวิธีเช็ดแหกและพอกยาเย็น 1 เดือน (n = 30)

ความถี่	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อน 1 เดือน	2.77	1.48	7.31	<0.001
หลัง 1 เดือน	0.97	0.81		

จากการศึกษาผลการเปรียบเทียบองศาการเคลื่อนไหวของคอในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังบำบัด พบว่าค่าเฉลี่ยขององศาการเคลื่อนไหวของคอในกลุ่มตัวอย่าง ท่าก้มคอ ท่าเงยคอ ท่าเอียงคอไปด้านขวา ท่าเอียงคอไปด้านซ้าย ท่าหมุนคอไปด้านขวา ท่าหมุนคอไปด้านซ้าย ก่อนบำบัดครั้งที่ 1 และหลังบำบัดครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

การอภิปรายผล

โดยสรุป จากการศึกษาการบำบัดด้วยวิธีการเช็ดแหกและพอกยาเย็นต่อการบรรเทาอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยไมเกรน พบว่า สามารถลดระดับความปวด ลดความถี่ของการปวด หลังการบำบัดด้วยวิธีการเช็ดแหกและพอกยาเย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) และเพิ่มระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ หลังการบำบัดด้วยวิธีการเช็ดแหกและพอกยาเย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบองศาการเคลื่อนไหวของคอก่อนบำบัดครั้งที่ 1 และหลังบำบัดครั้งที่ 3 (n = 30)

องศาการเคลื่อนไหวของคอ	ก่อนบำบัดครั้งที่ 1		ก่อนบำบัดครั้งที่ 3		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ท่าก้มคอ	44.03	9.09	53.70	12.42	-3.78	0.001
ท่าเงยคอ	45.13	9.41	57.93	6.91	-6.59	<0.001
ท่าเอียงคอไปด้านขวา	35.51	5.74	50.83	6.45	-13.34	<0.001
ท่าเอียงคอไปด้านซ้าย	38.97	7.20	53.60	9.27	-8.70	<0.001
หมุนคอไปด้านขวา	70.23	9.57	81.40	6.32	-7.25	<0.001
หมุนคอไปด้านซ้าย	70.67	8.29	84.17	7.17	-8.12	<0.001

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริจิตติ์ จิตมานะ และคณะ[12] ได้ศึกษาประสิทธิผลการพอกตาและหน้าผากในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดศีรษะ ปวดตา และโรคไมเกรน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพอกตาและหน้าผากด้วยสมุนไพรที่มีรสเย็น มีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังพอกตาและหน้าผากน้อยกว่าก่อนพอกตาและหน้าผากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชกานต์ วงศ์วานและคณะ[13] ได้ศึกษานำร่องประสิทธิผลบรรเทาอาการตาพร่ามัวด้วยยาพอกตาสูตรเย็นกับนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่าการเปรียบเทียบการพอกตาทั้งสองข้างก่อนพอกครั้งที่ 1 กับหลังพอกครั้งที่ 3 ตาซ้ายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 แต่เปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในตาขวา

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กชมน อินทร์บัว และคณะ[10] ได้ศึกษาผลของการบำบัดด้วยวิธีกัวซาตามแนวแล่นเส้นประธานสิบต่อการบรรเทาอาการปวดบริเวณคอและบ่าที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดในผู้ที่ใช้สมาร์ทโฟนเป็นประจำ พบว่า ภายหลังการบำบัดด้วยวิธีกัวซาตามแนวแล่นเส้นประธานสิบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.01$ และช่วงการเคลื่อนไหวของคอเพิ่มขึ้นทั้งในท่าหมุนซ้ายและขวา เอียงซ้ายและขวา ก้มและเงยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.01$ และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤตยา แสนลี และคณะ[15] ได้ศึกษาวิจัยเรื่องผลทันทีของการบำบัดด้วยวิธีกัวซาต่อการบรรเทาอาการปวดบริเวณคอและบ่าที่มี สาเหตุมาจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดในผู้ที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นประจำ พบว่า ระดับอาการปวดบริเวณคอและบ่าพบว่าทั้งสองกลุ่มมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มกัวซา -1.19 เซนติเมตร, กลุ่มสัมผัสหลอก -1.05 เซนติเมตร) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในส่วนขององศาการเคลื่อนไหวของคอพบว่ากลุ่มกัวซามีการเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มสัมผัสหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่า การบำบัดด้วยการเช็ดแหกและการพอกยาเย็นสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยไมเกรนได้ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดดังกล่าวมีกลไกลดปวดสอดคล้องกับทฤษฎีประตูควบคุมความปวด (Gate control theory) วิธีการบำบัดดังกล่าวเป็นการกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร Endorphin และ Cortisol ออกมาพร้อมกัน เป็นสารเคมีตามธรรมชาติของร่างกายมีคุณสมบัติบรรเทาการอักเสบ และรักษาตัวเอง (ผลเช่นนี้ อธิบายตามทฤษฎีการควบคุมประตูควบคุมความปวด (Gate control theory)[16] และตามทฤษฎีการเกิดไมเกรนของแพทย์แผนไทย วิเคราะห์ว่าเป็นโรคลมปะกัง เป็นโรคลมชนิดหนึ่งเป็น“ลมระคนด้วยกำเดา” ตีขึ้นเบื้องสูงถึงศีรษะ[17] การเช็ดแหก และการพอกยาเย็น จะช่วยกระตุ้นให้คลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น เป็นการเพิ่มออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อร่างกายเปิดรูขุมขนขับของเสียออกจากร่างกายกระตุ้นความร้อนทำให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญดีขึ้นและยังช่วยปรับร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล และสามารถใช้ในการบำบัดอาการปวดศีรษะไมเกรนได้[8, 9] และสมุนไพรในยาพอกเย็นมีสรรพคุณเป็นยารสเย็นทั้งหมด เหมาะสมแก่การแก้อาการเตโชพิการ กำเดากำเริบได้ ในทางเวชกรรมไทยตามคัมภีร์ธาตุวิภังค์[10]

ข้อเสนอแนะ

ดังนั้นเป็นการเพิ่มทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน และส่งเสริมพัฒนารูปแบบการรักษาโรคไมเกรนด้วยวิธีการเช็ดแหกร่วมกับพอกยาเย็น บูรณาการร่วมกับแนวทางในเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคไมเกรน รวมทั้งพัฒนาการฝึกอบรมการรักษาโรคไมเกรนด้วยวิธีการเช็ดแหกร่วมกับพอกยาเย็นให้แก่เครือข่ายบริการสุขภาพและในระบบสุขภาพต่อไปได้

อย่างไรก็ตามการศึกษางานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในด้านการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการวินิจฉัยแพทย์แผนปัจจุบัน กับแพทย์แผนไทย ซึ่งรูปแบบการรักษาและการตรวจวินิจฉัยใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน แต่ทั้งสองศาสตร์ก็มีแนวทางการประเมินอาการแสดงและตำแหน่งบริเวณที่ปวดเช่นเดียวกัน เพื่อให้เกิดการบูรณาครอบคลุมทั้งสองศาสตร์และได้จำนวนผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามที่กำหนด ผู้วิจัยจึงใช้วิธีดังกล่าว ทั้งนี้การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในเชิงเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ควรติดตามผล (Follow up) กลุ่มทดลองต่อไป 6 เดือน เพื่อประเมินอาการปวดว่าทุเลาแบบถาวรหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. Kudakorn, K. Headache Disease, Internal Medicine Journal of Thailand. 2004; 20(Suppl 2): 73-75. (in Thai)
2. Lipton, R.B., Stewart, W.F., & Scher, A.I. Epidemiology and economic impact of migraine. Curr Med Res Opin 2001; 17(1s): 4-12.
3. Poonotok, R., Jariyapayulert, K., Aeamla-or N., & Voramethkul, N. Effects of massage on migraine headache and comfort of patients with migraine. Journal of Faculty of Nursing, Burapha University 2007; 15(Suppl 4): 76-89 (in Thai)
4. Phanthumchinda, K., & Kamol-Ratanakul, P. Prevalence of primary headache in central region of Thailand: a cross-sectional survey. J Neurol 1999; 246 (Suppl 1): 319. (in Thai)
5. Thai medicine and pharmaceutical dictionary, Royal Thai Dictionary. (3rd ed.). Bangkok: Office of the relief society of veterans under the royal patronage; 2013. Lampakang; 396. (in Thai)
6. Foundation for rehabilitation and promotion of old Thai medicine Ayurvedic School. Thai Traditional Medicine Textbook. (Royal massage). Bangkok: Pikanet Printing Center Co., Ltd.; 2005. 95-104. (in Thai)
7. Notification of the board of folk medicine on the nature, type or process of Thai traditional medicine wisdom, B.E. 2019 (Dated 5 September 2019). (in Thai)
8. Research and development center for folk medicine. Sangkhayana project knowledge Mor Muang to develop the system and reference texts of Lanna Folk Medicine. Research Fund Office. 2001. (in Thai)
9. Suksrithong, N. Lana Local wisdom for health promotion of elderly in Saluang Subdistrict Administative Organization, Maerim District, Chiangmai Province, Christian University of Thailand Journal. 2017; 23(Suppl 2): 164-173. (in Thai)
10. Inbua, K., Pandoung, D., Onniam, N., Sahuanthanawet, P., & Aribarg, T. Effect from GuaSha therapy of Thai ten meridians for reducing neck and shoulderpain associated with myofascial trigger point in smartphone users. Document for the 1st National Symposium 2016 Research Development. To serve society" May 27, 2016; Kanchanaburi Rajabhat University. 2016. 542-552. (in Thai)
11. Office of permanent secretary of the Ministry of Public Health. General Medicine Textbook in Medicine Vol. 1. Nonthaburi: Cooperative Community Printing Plant of Thailand; 2006. (in Thai)

12. Jitmana, S., Chaichana, S., & Plaisuwan, T. Effectiveness of eye and face masking Prevented with cold-flavored herbs to relieve pain in patients with headache, eye pain. And migraine Research report. The 60th Anniversary Nawamindrachinee, Bankhuanpom Health Center, Phatong Sub-district, Hat Yai District, Songkhla Province; 2018. (in Thai)
13. Wongwan, N., SiNui, P., MeeKui, N., & Philuek, P. Pilot study for blurred vision relief effectiveness using cool herbs applying the eyes in students of Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province. Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok Province. The 1st National Conference Research and Innovation Knowledge transformation towards Thailand 4.0; 7-8 December 2017; School of Health Sciences Mae Fah Luang University, Chiang Rai. 2017. 1-5. (in Thai)
14. Burn, N., & Grove, S.K. The practice of nursing research conduct, critique, and utilization. 5th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2005.
15. Saenlee, K., Eungpinichpong, W., & Chatchawan U. Immediate effects of Gua Sha therapy for reducing neck and shoulder pain associated with myofascial trigger point in computer users. Journal of Medical Technology and Physical Therapy. 2014; 26 (Suppl 2): 169-179. (in Thai)
16. Melzack, R., & Wall, P.D. Pain mechanisms: a new theory. Science. 1965; 150 (3699): 971-979.
17. Ministry of Public Health. Guidelines for traditional Thai medicine practice traditional and alternative medicine, health service provider board office 3, 2018. (in Thai)

Health Science Journal of Thailand

ความสัมพันธ์ระหว่างการดื้อยาต้านจุลชีพกับการบริโภคยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกระบี่

Correlation between Antimicrobial Resistance and Antimicrobial Consumption in Krabi Hospital

มัชฌิมา เวชกุล[1]*, สมฤดี ริมดุสิต[2]

Mutchima Wechakul[1]*, Somruedee Rimdusit[2]

บทคัดย่อ

การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นภัยคุกคามที่สำคัญทั่วโลก การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวโน้มการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียและศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกระบี่ ผลการทดสอบความไวของแบคทีเรียต่อยาต้านจุลชีพและปริมาณการใช้ยา ปี 2562-2556 วิเคราะห์สัดส่วนเชื้อแบคทีเรียดื้อต่อยาต้านจุลชีพและหาความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพ ผลการศึกษาพบว่า เชื้อแบคทีเรีย *Pseudomonas aeruginosa* มีความไวต่อยา Amikacin ในทิศทางที่เพิ่มขึ้น โดยร้อยละของเชื้อที่ดื้อต่อยาดังกล่าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.042) สำหรับเชื้อ *Escherichia coli* มีความไวต่อยา Piperacillin และ Ertapenem ลดลงมากกว่า 10 เท่า โดยพบเชื้อที่ดื้อต่อยา Piperacillin เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.66 เป็น 8.57 (p = 0.004) และเชื้อที่ดื้อต่อยา Ertapenem เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.19 เป็น 7.38 (p = 0.030) ปริมาณการใช้ยา Amikacin, Cefotaxime และยา Norfloxacin ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.027, 0.006 และ 0.037) ส่วนยา Ceftazidime, Piperacilin/Tazobactam และ Ertapenem มีแนวโน้มการใช้ยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.018, 0.006 และ 0.030) และพบว่าเชื้อแบคทีเรีย *Escherichia coli* มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระหว่างร้อยละของเชื้อดื้อยาและปริมาณการใช้ยา Meropenem และยา Piperacilin/Tazobactam (r = 0.96, p < 0.001 และ r = 0.79, p=0.036)

คำสำคัญ : ยาต้านจุลชีพ, เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ, การบริโภคยาต้านจุลชีพ

* Coresponding authors: Email:mutchima17@gmail.com, Tel: 0894415914

Received: January 19, 2021; Revised: May 31, 2021; Accepted; June 21, 2021

[1] นักเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลกระบี่ 81000

[2] เภสัชกร กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกระบี่ 81000

[1] Medical technologist, Department of Medical technology and Clinical pathology, Krabi hospital, Krabi province, 81000, Thailand

[2] Pharmacist, Department of Pharmacy, Krabi hospital, Krabi province, 81000, Thailand

Abstract

Antimicrobial resistance become a current threat worldwide. The objective of this cross-sectional study was to examine the trend of antimicrobial resistance, and correlation of antimicrobial consumption and antimicrobial resistance in Krabi Hospital. The results of antimicrobial susceptibility and antimicrobial consumption were measured by daily defined dose during 2013-2019. The proportion of bacterial isolates-resist to antimicrobials and correlation of antimicrobial consumption were analyzed. The results showed that *Pseudomonas aeruginosa* retaining sensitivity to Amikacin with a statistically significant increased, the percent of resistant isolates was decreased (p-value = 0.042). *Escherichia coli* resistant to Piperacillin and Ertapennem decreased less than 10 folds, resistant to isolates to Piperacillin from 0.66% to 8.57% (p-value = 0.004), reistant to Ertapenem increased from 0.19% to 7.38% (p-value = 0.030). An antimicrobial consumption of Amikacin, Cefotaxime and Norfloxacin was statistically decreasesd (p-value = 0.027, 0.006, and 0.037). An increasing trends of using Ceftazidime, Piperacilin/Tazobactam, and Ertapenem was showed (p-value = 0.018, 0.006 and 0.030). *Escherichia coli* showed a positive correlation between drug consumption and resistant to Meropenem and Piperacilin/Tazobactam (r = 0.96, p-value <0.001, and r = 0.79, p-value =0.036).

Keywords: Antimicrobials, Antimicrobial resistant to bacteria, antimicrobial consumption

บทนำ

การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance: AMR) เป็นภัยคุกคามที่สำคัญทางสาธารณสุขในปัจจุบัน และ นับวันจะยิ่งส่งผลทวีความรุนแรงมากขึ้น แม้ว่าการดื้อยาต้านจุลชีพจะเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติ แต่การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการใช้มากเกินความจำเป็น การใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้เป็นปัจจัยที่สำคัญ ในการกระตุ้นให้เกิดการดื้อยาต้านจุลชีพเร็วขึ้นและเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเพื่อให้เกิดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในมนุษย์และสัตว์ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับโลกเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (Global action plan on antimicrobial resistance) ประเทศจำ เป็นต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่มีความยั่งยืน สามารถใช้ในการติดตามการบริโภคยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial consumption) ในมนุษย์และสัตว์ เพื่อนำมาซึ่งข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับ การกำ หนดและขับเคลื่อนนโยบาย[1]

ปัญหาแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบในระดับโลก มีการประมาณการว่า หากไม่เชื้อดื้อยารวม 10 ล้านคน ในจำนวนนี้อยู่ในทวีปเอเชียมากที่สุดถึง 4.7 ล้านคน และมีผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล โดยทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ลดลงร้อยละ 3.8 คิดเป็นมูลค่าการสูญเสียสูงถึงประมาณ 3,500 ล้านล้านบาท[2-5] การใช้ยาต้านจุลชีพมีส่วนสำคัญในการเกิดการดื้อยา[6-10] โดยเฉพาะการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่จำเป็นและไม่เหมาะสมทั้งในมนุษย์และสัตว์เช่น ไม่ตรงกับเชื้อโรคที่จะกำจัดการได้รับยาไม่ครบตามขนาดที่เหมาะสม[11] และเนื่องจากยาต้านจุลชีพส่วนใหญ่ที่ใช้ในสัตว์เป็นยาชนิดเดียวกันกับที่ใช้ในมนุษย์จึงเป็นที่มาของการให้ความสำคัญ ในการใช้ยาต้านจุลชีพในภาคปศุสัตว์

ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อมนุษย์ได้องค์การอนามัยโลก ร่วมกับองค์การอาหาร และเกษตรแห่งสหประชาชาติ และองค์การโรคระบาดสัตว์ ระหว่างประเทศภายใต้ความร่วมมือแบบไตรภาคี (WHO/ FAO/OIE tripartite) ได้พัฒนาแผนดำเนินการระดับโลกเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ[12] ขึ้น ซึ่งผ่านการรับรองในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 68 (พฤษภาคม 2558) แผนดำเนินการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน โดยให้ประเทศ สมาชิกแต่ละประเทศนำไปปรับให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ หนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญของแผนดำเนินการระดับโลก ได้แก่ การเสริมสร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยการให้ความรู้การฝึกอบรม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ในปี 2016 องค์การอนามัยโลกได้ทำการประเมินผลที่ได้จาก การรณรงค์สร้างความตระหนักรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะในแต่ละประเทศ (Antibiotic awareness campaigns) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้มีการจัดขึ้นเป็นประจำในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี ผลการประเมินนี้พบว่า ประเทศ ส่วนใหญ่ไม่มีการประเมินผลที่ได้รับจากการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้เรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพ อย่างไรก็ตามพบว่าการสร้างความตระหนักรู้เรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าว โลกจะกลับสู่ยุคที่คนเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อแบคทีเรียเนื่องจากไม่มียาต้านจุลชีพที่รักษาได้ผลคาดว่าใน พ.ศ. 2593 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากปัญหาส่งผลให้เกิดการลดการใช้ยาต้านจุลชีพลง[13]

นอกจากนี้ การศึกษาผลจากการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้เรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพต่อความรู้และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ของประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศ อังกฤษ พบว่า การรณรงค์ดังกล่าวช่วยเพิ่มความมุ่งมั่นที่ จะจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพทั้งในกลุ่มประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ โดยร้อยละ 44.5 ของผู้ตอบ แบบสอบถามรายงานว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น และร้อยละ 70.5 มีความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้น[14]

ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ และมีความต้องการจัดการปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานภาคี จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 โดยคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2559 เพื่อเป็นกรอบการทำงานร่วมกันในการลดความเจ็บป่วยและลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ โดยมียุทธศาสตร์ทั้งหมด 6 ด้าน เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายทั้งหมด 5 ข้อ ภายในระยะเวลา 5 ปี หนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญคือประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพและตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 20[2] สำนักงานสถิติแห่งชาติและสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้ร่วมกันพัฒนาข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับยาต้านจุลชีพและความตระหนักเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประชาชนและผนวกข้อคำถามที่ได้พัฒนาขึ้นเข้ากับแบบสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นการสำรวจประจำทุก 2 ปี สำหรับ พ.ศ. 2560 นี้จัดเป็นการสำรวจครั้งแรกที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งประยุกต์เนื้อหาส่วนใหญ่มาจากข้อคำถามในการสำรวจเรื่องเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้าน จุลชีพที่ชื่อ Special eurobarometer 445[14] ที่มีการเผย แพร่ออกมาสู่สาธารณชนใน พ.ศ. 2559[1-3]

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานภาคีได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 โดยคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ.2559 เพื่อเป็นกรอบการทำงานร่วมกันในการลดความเจ็บป่วยและลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ โดยมียุทธศาสตร์ทั้งหมด 6 ด้าน เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายทั้งหมด 5 ข้อ ภายในระยะเวลา 5 ปี เป้าหมายที่สำคัญ คือ การใช้ยาต้านจุลชีพในมนุษย์และสัตว์ลดลงร้อยละ 20 และ 30 ตามลำดับ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 การควบคุม

การกระจายยาต้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศและยุทธศาสตร์ที่ 4 การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง แม้ว่าการดื้อยาต้านจุลชีพจะเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติ แต่การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการใช้มากเกินความจำเป็น การใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการดื้อยาต้านจุลชีพเร็วขึ้น ทั้งนี้สถานการณ์การใช้ยาต้านจุลชีพของประเทศไทยเป็นที่น่ากังวลเป็นอย่างยิ่ง จากข้อมูลมูลค่าการผลิตและนำเข้ายาของประเทศไทย พบว่าการบริโภคยาฆ่าเชื้อ (Anti-infective drug) มีมูลค่าเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ ใน พ.ศ. 2553 โดยมีมูลค่าสูงถึง 26,642 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 18.18 ของมูลค่ายาทุกชนิด ความสำคัญของระบบติดตามการบริโภคยาต้านจุลชีพ[5-9]

ข้อมูลการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นข้อมูลที่ใช้ในประกอบการตัดสินใจสั่งใช้ยาของแพทย์ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกโรงพยาบาลกระบี่มีการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นประจำทุกเดือน และโรงพยาบาลกระบี่มีการใช้ยาต้านจุลชีพในปริมาณที่สูงขึ้น แต่ยังไม่เคยมีการรวบรวมหรือศึกษาข้อมูลดังกล่าว ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื้อยาต้านจุลชีพกับการบริโภคยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกระบี่ จึงมีความสำคัญในการกำหนดนโยบายเพื่อลดปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพและค่าใช้จ่ายที่สูงเกินความจำเป็นที่กำลังเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวโน้มของอัตราการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรีย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการดื้อยาต้านจุลชีพกับปริมาณการบริโภคยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกระบี่

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross sectional descriptive research) โดยศึกษาจากข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective data) ของข้อมูลการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียทั้ง 4 ชนิด ได้แก่ *Acinetobacter baumannii Pseudomonas aeruginosa Escherichia coli* และ *Klebseilla pneumoniae* ในแต่ละปีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2556 - 2562 ของเชื้อแบคทีเรียที่ตรวจพบที่โรงพยาบาลกระบี่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้อมูลการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียทั้ง 4 ชนิด ตั้งแต่ปี 2556 - 2562 ของเชื้อแบคทีเรียที่ตรวจพบที่โรงพยาบาลกระบี่ทั้งหมด จำนวน 11,847 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่างคือ ส่วนหนึ่งของประชากรที่เป็นข้อมูลการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียทั้ง 4 ชนิด ที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ ตั้งแต่ปี 2556 - 2562 ของเชื้อแบคทีเรียที่ตรวจพบที่โรงพยาบาลกระบี่ทั้งหมด จำนวน 10,567 ครั้ง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าและเกณฑ์ในการคัดออก คือ

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) เป็นเชื้อแบคทีเรีย 4 ชนิด คือ Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli และ Klebseilla pneumonia 2) เป็นเชื้อแบคทีเรีย Acinetobacter baumannii และ Pseudomonas aeruginosa ที่มีผลทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพ Amikacin, Ciprofloxacin, Cefotaxime, Ceftazidime, Imipenem, Iperacilin/Tazobactam และ Meropenem และ 3) เป็นเชื้อแบคทีเรีย Escherichia coli และ Klebseilla pneumoniae ที่มีผลทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพ Amikacin Ciprofloxacin, Cefotaxime, Ceftazidime Imipenem, Piperacilin, Meropenem, Ertapenem Norfloxacin และ Gentamycin

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) เชื้อแบคทีเรีย 4 ชนิดที่มีผลการทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพที่พบภายหลังว่าไม่ครบ และ 2) เชื้อแบคทีเรีย 4 ชนิดที่พบในภายหลังว่าซ้ำจากสิ่งส่งตรวจในผู้ป่วยรายเดียวกัน

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการงานจุลชีววิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลกระบี่ เป็นแบบบันทึกสากลที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่ออกแบบและผ่านการรับรองโดยผู้เชี่ยวชาญจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการงานจุลชีววิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลกระบี่ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป MLAB จากการทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพและรายงานผลเป็น Intermidiate และ Resistance ด้วยวิธี Diffusion และ วิธี Microdilution

ข้อมูลปริมาณการใช้ยาหน่วยวัดเป็น Defined daily dose (DDD) โดยใช้ฐานข้อมูลปริมาณการใช้ยาจากระบบ HomC ซึ่งเป็นระบบเบิกจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนจากระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล

จริยธรรมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเป็นการวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลมาเป็นผู้ถูกทดลองหรือเก็บข้อมูลส่วนบุคคล จึงไม่ได้เสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดกระบี่ มีการดึงข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ในโรงพยาบาลและได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลแนวโน้มของร้อยละการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรีย แนวโน้มของปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพ (DDD/100 patient-day) และแนวโน้มของปริมาณการพบเชื้อแบคทีเรียต่อ 1,000 วันนอนด้วยสถิติ Linear regression analysis และวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาและการดื้อยาต้านจุลชีพ ปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ.2562 ด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

แนวโน้มของอัตราการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียระหว่างปี พ.ศ.2556 ถึง ปี พ.ศ. 2562 พบว่าเชื้อแบคทีเรีย *Acinetobacter baumannii* ไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการดื้อต่อยาต้านจุลชีพตัวใด ๆ ด้วย p-value มากกว่า 0.05 ทุกตัว

เชื้อแบคทีเรีย *Pseudomonas aeruginosa* มีแนวโน้มต่อการดื้อยาต้านจุลชีพ Amikacin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วย p-value เท่ากับ 0.042 ส่วนยาต้านจุลชีพตัวอื่นไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการดื้อยาต้านจุลชีพ ด้วย p-value มากกว่า 0.05 ทุกตัว

เชื้อแบคทีเรีย *Escherichia coli* มีแนวโน้มว่าจะมีการดื้อยาต้านจุลชีพ Piperacilin และ ยา Ertapenem อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วย p-value เท่ากับ 0.004 และ 0.030 ตามลำดับ ส่วนยาต้านจุลชีพตัวอื่นไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการดื้อยาต้านจุลชีพ ด้วย p-value มากกว่า 0.05 ทุกตัว

เชื้อแบคทีเรีย *Klebseilla pneumonia* มีแนวโน้มว่าจะมีการดื้อยาต้านจุลชีพ Amikacin Cefotaxime Imipenem Piperacilin/Tazobactam Meropenem และ Ertapenem อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วย p-value เท่ากับ 0.048, 0.018, 0.002, 0.001, 0.002 และ 0.004 ตามลำดับ ส่วนยาต้านจุลชีพตัวอื่น ไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการดื้อยาต้านจุลชีพ ด้วย p-value มากกว่า 0.05 ทุกตัว ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวโน้มของอัตราการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรีย

เชื้อแบคทีเรีย / ยา	ร้อยละของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในปี							p-value
	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	
Acinetobacter baumannii								
Amikacin	60.85	57.76	58.82	44.88	31.14	53.83	34.80	0.064
Ciprofloxacin	70.97	72.73	72.16	69.41	55.88	81.1	57.91	0.458
Cefotaxime	98.30	94.67	89.02	94.85	94.39	81.71	88.91	0.094
Ceftazidime	74.60	73.82	72.65	66.41	56.78	79.14	71.68	0.749
Imipenem	69.68	72.84	70.77	69.44	58.46	99.45	61.70	0.833
iperacilin/Tazobactam	68.54	70.45	72.73	66.33	56.25	32.48	56.65	0.074
Meropenem	70.17	73.04	69.44	68.5	62.56	79.93	47.17	0.292
Pseudomonas aeruginosa								
Amikacin	17.86	10.8	6.79	0.93	2.07	2.83	4.83	0.042*
Ciprofloxacin	22.99	14.13	10.98	4.35	6.82	5.11	11.11	0.085
Ceftazidime	28.32	20.56	16.4	6.21	6.82	8.78	16.81	0.120
Imipenem	26.07	21.95	20.00	7.89	6.80	10.48	19.32	0.178
Piperacilin/Tazobactam	23.77	24.05	12.50	4.89	6.61	10.23	17.05	0.216
Meropenem	26.28	21.82	19.69	7.81	6.36	7.65	15.06	0.060
Escherichia coli								
Amikacin	1.80	1.27	1.27	0.29	1.45	4.16	4.50	0.091
Ciprofloxacin	58.7	64.9	60.35	66.7	61.59	57.81	82.2	0.222
Cefotaxime	56.43	61.83	60.17	60.38	57.43	58.47	59.68	0.980
Ceftazidime	53.4	55.35	49.66	54.38	47.55	46.98	50.9	0.142
Imipenem	0.00	0.70	1.74	3.35	1.04	2.42	2.33	0.112
Piperacilin	0.66	0.80	5.00	7.35	6.17	7.53	8.57	0.004*
Meropenem	0.19	0.21	2.20	2.54	1.23	1.81	3.08	0.052
Ertapenem	0.19	1.34	3.68	3.55	2.30	3.09	7.38	0.030*
Norfloxacin	60.3	63.29	60.3	66.71	62.5	57.43	41.67	0.137
Gentamycin	30.95	40.18	31.11	34.36	35.12	35.86	37.11	0.474
Klebseilla pneumoniae								
Amikacin	2.08	0.67	0.6	1.37	3.71	6.17	4.21	0.048*
Ciprofloxacin	34.14	41.6	39.22	39.58	43.63	42.64	72.33	0.055
Cefotaxime	59.36	57.45	58.8	58.55	61.56	61.71	65.28	0.018*
Ceftazidime	57.07	57.45	52.26	54.83	57.19	55.17	59.55	0.578
Imipenem	0.92	1.27	4.80	3.68	5.44	5.50	8.23	0.002*
Piperacilin/Tazobactam	8.00	15.76	15.17	14.67	23.85	26.21	31.24	0.001*

ตารางที่ 1 แนวโน้มของอัตราการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรีย (ต่อ)

เชื้อแบคทีเรีย / ยา	ร้อยละของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในปี							p-value
	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	
Meropenem	0.95	1.17	4.49	3.27	4.66	5.66	8.63	0.002*
Ertapenem	1.39	2.93	3.72	5.81	8.18	9.52	19.14	0.004*
Norfloxacin	35.74	40.95	37.44	38.17	37.69	34.76	48.72	0.321
Gentamycin	35.98	37.2	32.21	25.67	28	27.02	32.05	0.129

แนวโน้มของปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพระหว่างปี พ.ศ.2556 ถึง ปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีแนวโน้มในการใช้ในปริมาณที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในยา Amikacin, Cefotaxime และ Norfloxacin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย p-value เท่ากับ 0.027, 0.006, และ 0.037 ตามลำดับ ส่วนยา Ceftazidime, Piperacilin/ Tazobactam และ Ertapenem มีแนวโน้มในการใช้ยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย p-value เท่ากับ 0.018, 0.006 และ 0.030 ตามลำดับ ส่วนตัวยาอื่น ๆ ไม่มีแนวโน้มในการใช้ที่ชัดเจนด้วย p-value มากกว่า 0.05 ทุกตัว ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวโน้มของปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพ (DDD/100 patient-day)

ยา	ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพในปี (DDD/100 patient-day)							p-value
	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	
Amikacin	0.78	0.63	0.76	0.66	0.63	0.62	0.51	0.027*
Ciprofloxacin	1.06	0.84	0.74	0.52	0.74	0.85	0.80	0.424
Cefotaxime	1.21	0.94	1.09	0.96	0.94	0.77	0.62	0.006*
Ceftazidime	1.97	1.56	2.04	2.20	2.14	2.33	2.95	0.018*
Imipenem	0.43	0.60	0.51	0.51	0.46	0.48	0.38	0.267
Piperacilin/ Tazobactam	0.93	1.50	1.95	2.10	2.67	2.42	2.45	0.006*
Meropenem	1.78	2.72	3.27	3.59	2.97	3.15	3.32	0.097
Ertapenem	0.36	0.43	0.55	0.62	0.53	0.76	0.60	0.030*
Norfloxacin	0.07	0.07	0.08	0.08	0.05	0.04	0.04	0.037*
Gentamycin	4.38	3.37	2.38	2.17	2.06	2.27	1.94	0.016*

Linear regression analysis, *Significant level at 0.05

แนวโน้มของปริมาณการพบเชื้อแบคทีเรียต่อ 1,000 วันนอน ระหว่างปี พ.ศ.2556 ถึง ปี พ.ศ. 2562พบว่า มีเพียงเชื้อ *Klebseilla pneumonia* ที่มีแนวโน้มที่พบเชื้อมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย p-value เท่ากับ 0.026 ส่วนเชื้อแบคทีเรียตัวอื่น ๆ ไม่มีแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นหรือลดลงที่ชัดเจน ด้วย p-value มากกว่า 0.05 ทุกตัว ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แนวโน้มของปริมาณการพบเชื้อแบคทีเรียต่อ 1,000 วันนอน

เชื้อแบคทีเรีย	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	p-value
Acinetobacter baumannii	73.30	73.62	72.23	68.55	59.35	72.52	59.83	0.093
Pseudomonas aeruginosa	24.22	18.89	14.39	5.35	5.91	7.51	14.03	0.098
Escherichia coli	29.03	31.74	30.52	29.96	27.64	27.56	29.74	0.294
Klebseilla pneumonia	23.56	25.65	24.87	24.56	27.39	27.44	34.94	0.026*

Linear regression analysis, *Significant level at 0.05

ความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาและการดื้อยาต้านจุลชีพ ระหว่างปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีเพียงเชื้อแบคทีเรีย *Escherichia coli* ที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันของการดื้อยากับปริมาณการใช้ยา Meropenem และยา Piperacilin/Tazobactam อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วย p-value น้อยกว่า 0.001 และเท่ากับ 0.036 โดยมีค่าความสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.96 และ 0.79 ตามลำดับ ส่วนการดื้อยาของเชื้อตัวอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพด้วย p-value มากกว่า 0.05 ทุกตัว

จากการศึกษานี้ยังพบว่าการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียบางตัวมีความใกล้เคียงที่จะมีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยาบางตัว ด้วย p-value เท่ากับ 0.052 และมีค่าความสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.75 ประกอบด้วย เชื้อ *Acinetobacter baumannii* มีความใกล้เคียงที่จะมีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยา Amikacin, Cefotaxime และยา Piperacilin/Tazobactam และเชื้อ *Klebseilla pneumoniae* มีความใกล้เคียงที่จะมีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยา Piperacil ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาและการดื้อยาต้านจุลชีพ ปี 2556 – 2562

เชื้อ	ยา	r	p-value
Acinetobacter baumannii	Amikacin	0.75	0.052
	Ciprofloxacin	0.43	0.337
	Cefotaxime	0.75	0.052
	Ceftazidime	-0.21	0.645
	Imipenem	0.50	0.253
	Piperacilin/Tazobactam	-0.75	0.052
	Meropenem	-0.50	0.253
Pseudomonas aeruginosa	Amikacin	0.43	0.337
	Ciprofloxacin	0.61	0.148
	Ceftazidime	-0.50	0.253
	Imipenem	0.00	1.000
	Piperacilin/Tazobactam	-0.61	0.148
	Meropenem	-0.43	0.337

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาและการดื้อยาต้านจุลชีพ ปี 2556 – 2562 (ต่อ)

เชื้อ	ยา	r	p-value
Escherichia coli	Amikacin	-0.58	0.175
	Ciprofloxacin	-0.54	0.215
	Cefotaxime	-0.04	0.939
	Ceftazidime	-0.50	0.253
	Imipenem	0.14	0.760
	Piperacilin/Tazobactam	0.79	0.036*
	Meropenem	0.96	< 0.001*
	Ertapenem	0.68	0.094
	Norfloxacin	0.58	0.175
	Gentamycin	-0.36	0.432
Klebseilla pneumoniae	Amikacin	-0.71	0.071
	Ciprofloxacin	-0.07	0.879
	Cefotaxime	-0.64	0.119
	Ceftazidime	0.07	0.879
	Imipenem	-0.43	0.337
	Piperacilin/Tazobactam	0.75	0.052
	Meropenem	0.54	0.215
	Ertapenem	0.75	0.052
	Norfloxacin	-0.21	0.645
	Gentamycin	0.64	0.119

Pearson's correlation coefficient, *Significant level at 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า เชื้อแบคทีเรีย *Pseudomonas aeruginosa* มีแนวโน้มต่อการดื้อยาต้านจุลชีพ Amikacin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนยาต้านจุลชีพตัวอื่นไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์และคณะ[15] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาและการดื้อยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลมหาสารคามที่พบว่า เชื้อแบคทีเรีย *Pseudomonas aeruginosa* ไม่มีแนวโน้มที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพตัวใดเลย และจากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าเชื้อ *Escherichia coli* มีแนวโน้มว่าจะมีการดื้อยาต้านจุลชีพ Piperacilin และ ยา Ertapenem อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วย p-value เท่ากับ 0.004 และ 0.030 ตามลำดับนั้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์และคณะ[15] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาและการดื้อยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลมหาสารคามที่พบว่า เชื้อแบคทีเรีย *Escherichia coli* ที่พบว่ามีแนวโน้มว่าจะมีการดื้อยาต้านจุลชีพ Carbapenem อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วย p-value เท่ากับ 0.002

ตลอดจนจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพระหว่างปี พ.ศ.2556 ถึง ปี พ.ศ. 2562 มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในยา Amikacin, Cefotaxime, และยา Norfloxacin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย p-value เท่ากับ 0.027, 0.006, และ 0.037 ตามลำดับ ส่วนยา Ceftazidime, Piperacilin/Tazobactam และ Ertapenem มีแนวโน้มในการใช้ยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย p-value เท่ากับ 0.018, 0.006 และ 0.030 ตามลำดับ ก็ยังได้สอดคล้องกับการศึกษาของชุติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ[15] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาและการดื้อยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลมหาสารคามที่พบว่าแนวโน้มของปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงในยา Gentamicin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนยา Meropenem, Imipenem, Piperacillin, Clindamycin, Colistin และ Vancomycin ด้วย p = 0.001, 0.005, 0.005, <0.001, 0.003 และ 0.004 ตามลำดับ

อีกทั้งจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่ามีเพียงเชื้อแบคทีเรีย *Escherichia coli* ที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันของการดื้อยากับปริมาณการใช้ยา Meropenem และยา Piperacilin/Tazobactam อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วย p-value น้อยกว่า 0.001 และเท่ากับ 0.036 โดยมีค่าความสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.96 และ 0.79 ตามลำดับ ได้สอดคล้องกับการศึกษาของชุติมาภรณ์ ไชยสงค์และคณะ[15] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณการใช้ยาและการดื้อยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลมหาสารคามที่พบว่าเชื้อแบคทีเรีย *Escherichia coli* มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันของการดื้อยากับปริมาณการใช้ยา Carbapenems อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วย p-value เท่ากับ 0.034 โดยมีค่าความสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.75

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าแนวโน้มการดื้อยากับปริมาณการใช้ยาส่วนใหญ่ยังไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น โรงพยาบาลควรมีการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการโดยนำข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาประกอบการสั่งใช้ยา หรือยกเลิกการสั่งใช้ยาที่เกินความจำเป็นเมื่อได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางระบาดวิทยา ทบทวนการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลการดื้อยาจากเชื้อแบคทีเรียที่เพาะจากสิ่งส่งตรวจทุกชนิดย้อนหลัง ไม่ได้เก็บข้อมูลเฉพาะรายของผู้ป่วย แบคทีเรียบางส่วนอาจไม่ใช่เชื้อก่อโรคในผู้ช่วย อาจปนเปื้อนมาจากขั้นตอนการเก็บสิ่งส่งตรวจ การเก็บรักษาตัวอย่างตรวจที่ไม่เหมาะสม การศึกษาครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลเชื้อแบคทีเรียที่เพาะได้จากตัวอย่างตรวจที่มีโอกาสปนเปื้อนน้อยที่สุดเช่นเลือด หรือคัดเลือกเชื้อแบคทีเรียที่เพาะได้จากสิ่งตรวจและมีความสอดคล้องทางคลินิกของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเล่มนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาชี้แนะและช่วยเหลือจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา เชาวน์รัตนกวี ภาควิชาปรสิตวิทยาและกีฏวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Chanvatik, S. Surveillance of antimicrobial consumption in Thailand: A foundation for controlling antimicrobial resistance. HSRI Journal 2017; 11(5): 593-607. (in Thai).

2. The national strategic plan on antimicrobial resistance 2017-2021 Thailand [Internet]. c2016 [cited 2017 Dec 10]. Available from: http://narst.dmsc.moph.go.th/documentation/AMR%20strategy%202560-2564.pdf. (in Thai)
3. Antimicrobial resistance. Antimicrobial resistance-tackling a crisis for the health and wealth of nations [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 10]. Available from: https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf.
4. Olusoji, O.A., Enis, B., Olga, B.J., Alec, I., Berthe, FCJ., Francois, L.G., et al. Drug-resistant infections a threat to our economic future. Executive summary. Washington: International Bank for Reconstruction and Development/ the World Bank; 2017 Oct. Report No.: 114679.
5. United Nations meeting on antimicrobial resistance [Internet]. Bull World Health Organ; 2016 [cited 2017 Dec 10]. Available from: http://www.who.int/bulletin/volumes/94/9/16-020916.pdf/ doi: 10.2471/ BLT.16.020916.
6. Holmes, A.H., Moore, L.S.P., Sundsfjord, A, Steinbakk, M., Regmi, S., Karkey, A., et al. Understanding the mechanisms and drivers of antimicrobial resistance. Lancet. 2016; 387: 176–87.
7. Grigoryan, L., Burgerhof, J.G.M, Degener, J.E., Deschepper, R., Lundborg, C.S., Monnet, D.L, et al. Determinantsof self-medication with antibiotics in Europe: the impact of beliefs, country wealth and the healthcare system. Antimicrob Chemother. 2008; 61(5): 1172–9.
8. Hunter, P.A., Dawson, S., French, G.L., Goossens, H., Hawkey, P.M., Kuijper, E.J., et al. Antimicrobial-resistant pathogens in animals and man: prescribing, practices and policies. J Antimicrob Chemother. 2010; 65 Suppl 2: I3–17.
9. Huttner, B., Goossens, H., Verheij, T., & Harbarth, S. Characteristics and outcomes of public campaigns aimed at improving the use of antibiotics in outpatients in high-income countries. Lancet Infect Dis. 2010; 10(1): 17–31.
10. Plachouras, D., Kavatha, D., Antoniadou, A., Giannitsioti, E., Poulakou, G., Kanellakopoulou, K., et al. Dispensing of antibiotics without prescription in Greece, 2008: another link in the antibiotic resistance chain. Euro surveillance. 2010; 15 (7): 4–7.
11. Goossens, H., Ferech, M., Vander, S.R., & Elseviers, M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet. 2005; 365: 579–87.
12. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. World Health Organization [Internet]. 2015. [cited 2018 Aug 24]. Available from: http://www.pro.who.int/entity/drug_resistance/resources/global_action_plan_eng.pdf.

13. World Health Organization. Evaluation of antibiotic awareness campaigns [Internet]. Report 2016. Geneva: Expert Committee on the selection and use of essential medicines policy, access and use (PAU); 2016. [cited 2018 Apr 1]. Available from: http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/21/applications/s6_antibiotic_ awareness_campaigns.pdf.
14. Chaintarli, K., Ingle, S.M., Bhattacharya, A., Ashiru-Oredope, D., Oliver, I., & Gobin, M. Impact of a United Kingdom-wide campaign to tackle antimicrobial resistance on self-reported. 2019.
15. Chaiyasong, C., Tayapak, P., Pinake, S., & Chaiyasong, S. Associations between antibiotic use and resistance in Mahasarakham Hospital. IJPS. 2019;15(2). 98-105.

Health Science Journal of Thailand

ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงต่อการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าในตลาดชุมชน

Correlation and Predictive Power of Perceived Severity towards Surveillance and Prevention of COVID-19 of Community Marketplace Shop Entrepreneurs

วันอัสรี แวมามะ[1]* อรุณศิริ สามนกฤษณะ[2] กิตติพร เนาว์สุวรรณ[3] นวรัตน์ ไวชมภู[4]
Wan-asree Waema-ma[1]*, Arunsiri Samonkridsana[2], Kittiporn Nawsuwan[3], Navarat Waichompu[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยชนิดหาความสัมพันธ์เชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรง การเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงต่อการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนจำนวน 84 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามด้านการรับรู้ความรุนแรงและการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความตรงเชิงเนื้อของค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถามระหว่าง 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.807 และ 0.704 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติถดถอยอย่างง่าย ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงและการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ ± SD. = 3.63 ± 0.50, 2.60 ± 0.28) การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการเฝ้าระวังและป้องกัน และสามารถทำนายการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนได้ร้อยละ 6.80 (R^2 = 0.068) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรง การเฝ้าระวังและป้องกัน

* Corresponding author: wanas_ree@hotmail.com, Tel: 0937341769

Received: May 10, 2021; Revised: June 24, 202; Accepted: July 6, 2021

[1] นักวิชาการสาธารณสุข, กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา
[3] อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
[4] ผศ., คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
[1] Public Health Technical Officer, Department of Primary Care and Holistic Services, Singhanakhon Hospital, Songkhla Province
[2] Registered Nurse, Department of Primary Care and Holistic Services, Singhanakhon Hospital, Songkhla Province
[3] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
[4] Asst. Prof., Faculty of Science Technology and Agriculture, Yala Rajabhat University

Abstract

This predictive correlational research study aimed to study the perceived severity, and surveillance and prevention of COVID-19, the correlation and predictive power of perceived severity towards surveillance and prevention of COVID-19 among community marketplace shop entrepreneurs in the area responsible for Singhanakhon Hospital, Songkhla Province. Of these, 84 samples were marketplace shop entrepreneurs. The data were collected using questionnaires comprised perceived severity, and surveillance and prevention of COVID-19 infection. The content validity of the index of item - objective congruence was obtained as 0.67 - 1.00. The reliability of Cronbach's alpha coefficient was 0.807 and 0.704, respectively. The data were as analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and simple regression analysis. The results showed that the perceived severity and the surveillance and prevention of COVID-19 infection among entrepreneurs was rated at high level ($\overline{X}$ ± SD. = 3.63 ± 0.50, 2.60 ± 0.28). The perceived severity was positively correlated with the surveillance and prevention of COVID-19 among entrepreneurs. In addition, it significantly statistically predicted the surveillance and prevention of COVID-19 infection at 6.80 percent (R^2 = 0.068).

Keyword: COVID-19, Perceived severity, Surveillance and prevention

บทนำ

สถานการณ์โรคระบาดของไวรัสโควิด (Coronavirus disease 2019: COVID-19) ส่งผลให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern: PHEIC)[1] ส่วนประเทศไทยได้ประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจที่มีการแพร่กระจายเชื้อผ่านทางสิ่งคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย และเสมหะของผู้ติดเชื้อสามารถแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะสถานที่ ๆ มีการไหลเวียนของอากาศได้น้อย หรือเป็นชุมชนที่แออัด มีผู้คนมากมาย เช่น ตลาดนัด โรงงาน สถานบันเทิง เป็นต้น โอกาสการแพร่กระจายของเชื้อโรคก็จะมีโอกาสเกิดขึ้นได้เพิ่มขึ้น

ตลาดนัดชุมชน (Flea market) เป็นตลาดที่จัดให้มีขึ้นเฉพาะวันและสถานที่ที่กำหนด อาจเป็นตลาดบกหรือตลาดน้ำก็ได้ตามลักษณะการดำเนินวิถีชีวิตของชุมชนถิ่นนั้น อาจเกิดขึ้นเพียงบางวัน วันใดวันหนึ่งของสัปดาห์ และจะเป็นเช่นนี้เรื่อย ๆ จนเป็นที่รู้จักของคนในชุมชน สำหรับสถานที่ที่ใช้เป็นตลาดนัดส่วนใหญ่จะเป็นบริเวณพื้นที่ว่างเปล่าที่โล่งแจ้งตามลานวัด ข้าง ๆ สวนสาธารณะ หรือบนทางเท้าริมถนนที่มีรถวิ่งผ่านไปมาเพื่อให้คนสัญจรไปมาและคนในพื้นที่นั้นเข้ามาจับจ่ายซื้อของกินของใช้ได้สะดวก ขนาดของตลาดนี้ขึ้นอยู่กับพื้นที่และความเจริญของชุมชนนั้น ๆ เป็นสำคัญ[2] ตลาดนัดชุมชนธรรมโฆษณ์เป็นตลาดที่ปัจจุบันตั้งอยู่ในพื้นว่าง ๆ เปิดจำหน่าย 1 วันต่อสัปดาห์ คือวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 05.00 - 11.00 นาฬิกา สินค้าที่จำหน่ายเป็นของกินและของใช้ในชีวิตประจำวันเป็นส่วนใหญ่

โดยเริ่มจากให้เกษตรกร กลุ่มแม่บ้านรวมตัวกันนำสินค้าและผลิตผลทางการเกษตรที่มีในแต่ละอำเภอของตนนำเข้ามาจำหน่ายโดยเริ่มต้นหาพื้นที่ว่างใกล้ ๆ ศาลากลางจังหวัดให้เป็นแหล่งขายชั่วคราวตามวันที่มีการเปิดตลาด โดยสินค้าวางจำหน่ายในภาชนะต่าง ๆ เช่น กระจาด กระบุง ตะกร้าหรือผ้าพลาสติกปูกับพื้น แคร่ไม้ โต๊ะตั้งที่ผู้ขายแต่ละคนต่างจัดเตรียมกันมาเองเพื่อวางของขายได้ เมื่อเสร็จสิ้นการขายต่างคนจะเก็บข้าวของกลับไป กลายเป็นพื้นโล่งว่างเช่นเดิม ตลาดนัดแห่งนี้ได้รับความนิยมจากผู้ซื้อจำนวนมาก

โรคปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุพบครั้งแรกใกล้ตลาดอาหารทะเลในหวู่ฮั่น เมืองหลวงของจังหวัดหูเป่ย ประเทศจีนเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2019 และมีรายงานผู้ป่วยหลายรายที่เป็นโรคปอดบวมที่คล้ายกันในช่วงปลายเดือนธันวาคม 2562 โรคปอดบวมถูกระบุภายหลังว่ามีสาเหตุมาจาก Corona virus ใหม่ (โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง Corona virus 2 หรือ SARS-CoV-2)[3] ต่อมาชื่อองค์การอนามัยโลกได้ตั้งชื่อใหม่ COVID-19 ไวรัสนี้ก่อให้เกิดอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และจะแสดงอาการตั้งแต่ระดับความรุนแรงน้อย ได้แก่ คัดจมูก เจ็บคอ ไอ และมีไข้ ในบางรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการปอดอักเสบหรือหายใจลำบากร่วมด้วย จนถึงโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) ซึ่งโคโรนาไวรัสเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคนเช่นกัน ซึ่งหากรุนแรงมากอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และในทางระบาดวิทยาคลินิก ลักษณะทางห้องปฏิบัติการ และลักษณะจากภาพถ่ายรังสีพบว่าเซลล์ที่มีโอกาสถูกทำลายจะเป็นด้านล่างของทางเดินหายใจ ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจล้มเหลว โดยผู้สูงอายุและเพศชายเมื่อมีการติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงมากกว่า[4]

สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทย มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อและขยายวงการแพร่กระจายเชื้อไปอย่างมาก จากรายงานผู้ป่วย ในวันที่ 6 พฤษภาคม 2564 มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 74,900 ราย รักษาหายแล้ว 44,360 ราย รักษาอยู่ในโรงพยาบาล 30,222 ราย และเสียชีวิต 318 ราย[5] จังหวัดสงขลา มีผู้ป่วยสะสม 778 ราย อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ผู้ป่วยสะสม 7 ราย รักษาหายแล้ว 4 ราย[6] จากสถานการณ์ที่กล่าวมานั้น หากประชาชนไม่ตระหนักต่อการป้องกันตนเอง มีการรับรู้ไม่เท่าทันโรค หรือมาตรการการควบคุมโรคยังขาดประสิทธิภาพจะทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้นต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนในประเทศเป็นอย่างมาก จากการระบาดระลอกใหม่ส่งผลให้ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนได้ปิดกิจการชั่วคราวเนื่องจากมาตราการเว้นระยะห่างทางสังคม ที่รัฐบาลห้ามไม่ให้มีการรวมกลุ่มของประชาชน ก็พบว่ารายได้ของครอบครัวลดลง มีจำนวนลูกค้าลดลง เนื่องจากสถานประกอบการปิดหรือหยุดดำเนินการ

เห็นได้ว่าการตระหนักถึงการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อการระบาดในระลอกใหม่ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากสถานที่ให้บริการตลาดชุมชนเป็นพื้นที่ ที่มีคนใช้บริการซื้อขายสินค้าจำนวนมาก เป็นพื้นที่เสี่ยงหากมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาเกิดขึ้น หากมีการระบาดเกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว หากขาดการควบคุมและการป้องกันที่ดี ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของกลุ่มบุคคลดังกล่าวจึงศึกษาถึงการรับรู้การเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการเฝ้าระวังป้องกันโรคติด

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน

3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนในเขตโรงพยาบาลสิงหนคร จำนวน 106 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนในเขตโรงพยาบาลสิงหนคร จำนวนทั้งสิ้น 84 คนกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power analysis[7] กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.3 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง[8] สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการหยิบฉลาก (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพ และสถานภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จากรับรู้มากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงรับรู้น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เกณฑ์ของการแบ่งระดับการรับรู้ของ Wongratana C.[9] มี 5 ระดับ ดังนี้

ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49)

ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49)

ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49)

ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49)

ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) ให้คะแนนจากปฏิบัติทุกครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลยให้ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์ของการแบ่งระดับบทบาทการดำเนินงานโดยใช้พิสัยหารช่วงชั้นที่ต้องการ มี 3 ระดับ ดังนี้

ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66)

ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33)

ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.807 และ 0.704

การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้ว ไปเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามและตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับคืนมา นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' product moment correlation) โดยการกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (r) ดังนี้

ระดับต่ำมาก (ค่าสหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.01 - 0.20)
ระดับต่ำ (ค่าสหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.21 - 0.40)
ระดับปานกลาง (ค่าสหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.41 - 0.60)
ระดับสูง (ค่าสหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.61 - 0.80)
ระดับสูงมาก (ค่าสหสัมพันธ์มากกว่า 0.80)

การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติถดถอยอย่างง่าย (Simple regression analysis) โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟฮิสโตแกรม 2) ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity)โดยการทดสอบสถิติเอฟ (F-test) พบว่าตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (F = 6.983, p-value = 0.010) 3) ความอิสระของความคลาดเคลื่อน (Error) ของข้อมูลไม่สัมพันธ์กัน (ไม่มี Auto - correlation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson ควรอยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5 ได้ค่า 1.304 และ 4) ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ±3

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.50 อายุเฉลี่ย 48 ปี ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 14 ปี วุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.80 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 83. ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 84)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	15.50
หญิง	71	84.50
อายุ		
15 – 24 ปี	3	3.60
25 – 34 ปี	11	13.10
35 – 44 ปี	16	19.00
45 – 54 ปี	33	39.30
55 – 64 ปี	12	14.30
ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพ		
ต่ำกว่า 5 ปี	10	11.90
6 – 10 ปี	24	28.60
11 – 15 ปี	20	23.80
16 – 20 ปี	14	16.70
21 – 25 ปี	8	9.50
26 – 30 ปี	4	4.80
มากกว่า 30 ปี	4	4.80
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	3	3.60
ประถมศึกษา	46	54.80
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	20.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	13	15.50
อนุปริญญา/ปวส.	1	1.20
ปริญญาตรี	4	4.80
สถานภาพ		
โสด	9	10.70
สมรส	70	83.30
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4	4.80

การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบร้านค้าตลาดชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ ± SD. 3.63 ± 0.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การรับรู้การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (3.86 0.47) รองลงมาคือ การหากมีโรคประจำตัวและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเพิ่มความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้ (3.73 ± 0.57) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การรับรู้ว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง หากได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็เหมือนติดไข้หวัดธรรมดา (3.44 ± 0.83) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าในตลาดชุมชน

ข้อ	ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อได้ง่ายเพียงการสัมผัสละอองน้ำลาย น้ำมูก เสมหะ การไอหรือจาม ของผู้มีเชื้อ	3.63	0.71	มาก
2	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เชื้อสามารถเข้าสู่ร่างกายทางปาก จมูก และตา ได้	3.65	0.70	มาก
3	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ โดยเริ่มมีอาการไข้และไอเป็นส่วนใหญ่	3.58	0.73	มาก
4	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง	3.61	0.66	มาก
5	หากมีโรคประจำตัวและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเพิ่มความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้	3.73	0.57	มาก
6	ผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวเรื้อรังมีโอกาสเสียชีวิตสูงหากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.71	0.53	มาก
7	ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง หากได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็เหมือนติดไข้หวัดธรรมดา	3.44	0.83	ปานกลาง
8	โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการหายใจลำบากหรือหายใจถี่ เจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก	3.50	0.67	มาก
9	การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	3.86	0.47	มากที่สุด

สำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน (2.60 ± 0.28) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ผู้ซื้อ ผู้บริโภค สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่มาใช้บริการ (2.94 ± 0.24) รองลงมาคือ มีการเว้นระยะห่างระหว่างแผงค้า บุคคล การซื้อสินค้า และการชำระเงิน อย่างน้อย 1-2 เมตร (2.87 ± 0.37) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สัมผัสอาหารไม่ใช้มือสัมผัสอาหารโดยตรงหรือใช้อุปกรณ์ที่สะอาดจับตักอาหาร (2.20 ± 0.83) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าในตลาดชุมชน

ข้อ	ระดับการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1	ทำความสะอาดบริเวณพื้นตลาด บริเวณที่ให้บริการ ด้วยน้ำสบู่ ผงซักฟอก หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ(แอลกอลฮอล์)เป็นประจำทุกวันและล้างตลาดตามหลักสุขาภิบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2.43	0.76	ปฏิบัติทุกครั้ง
2	มีภาชนะรองรับขยะที่มีฝาปิด เก็บรวบรวมขยะใส่ถุง ปิดปากถุงให้มิดชิดก่อนส่งไปกำจัดอย่างถูกต้องตามมาตรฐานทุกวัน	2.36	0.79	ปฏิบัติทุกครั้ง
3	ผู้ขาย ผู้สัมผัสอาหารและผู้ปฏิบัติงานทุกคน สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา	2.89	0.31	ปฏิบัติทุกครั้ง
4	ผู้ซื้อ ผู้บริโภค สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่มาใช้บริการ	2.94	0.24	ปฏิบัติทุกครั้ง
5	มีที่ล้างมือพร้อมสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ให้บริการอย่างเพียงพอ	2.45	0.81	ปฏิบัติทุกครั้ง
6	มีการเว้นระยะห่างระหว่างแผงค้า บุคคล การซื้อสินค้า และการชำระเงิน อย่างน้อย 1-2 เมตร	2.87	0.37	ปฏิบัติทุกครั้ง
7	จำหน่ายอาหารพร้อมบริโภคที่ปรุงสุกใหม่หรืออาหารไม่ค้างคืน	2.83	0.51	ปฏิบัติทุกครั้ง
8	ปกปิดอาหารมิดชิดและจัดเก็บสูงจากพื้นที่ 60 ซม.	2.33	0.89	ปฏิบัติบางครั้ง
9	ผู้สัมผัสอาหารไม่ใช้มือสัมผัสอาหารโดยตรงหรือใช้อุปกรณ์ที่สะอาดจับตักอาหาร	2.20	0.83	ปฏิบัติบางครั้ง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคและบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.261 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงและการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าในตลาดชุมชน

	การเฝ้าระวังและป้องกัน
การรับรู้ความรุนแรง	0.261*

* $p < 0.05$

อำนาจในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายได้ร้อยละ 6.80 ($R^2 = 0.068$) โดยสมการพยากรณ์ได้ ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$y_{(\text{บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรค})} = 2.070 + 0.143_{(\text{การรับรู้ความรุนแรงของโรค})}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{(\text{บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรค})} = 0.261_{(\text{การรับรู้ความรุนแรงของโรค})}$$

จากสมการอธิบายได้ว่าเมื่อ ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนเพิ่มขึ้น 0.261 หน่วย ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อำนาจการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงต่อการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าในตลาดชุมชน

ตัวแปร	ค่าคงที่	B	Beta	R^2	F	p-value
การรับรู้ความรุนแรง	2.070	0.143	0.261	0.068	6.007	0.16

อภิปรายผล

การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชน ในเขตโรงพยาบาลสิงหนคร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ เป็นโรคอุบัติใหม่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปทั่วโลกด้วยเวลาอันรวดเร็ว ส่งให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก และมีราชกิจจานุเบกษาประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยเชื้อไวรัสสามารถติดต่อจากคนสู่คนด้วยการหายใจ การสัมผัส โดยระยะฟักตัวของโรคอยู่ในช่วง 2-14 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงอาการป่วยประมาณ 5 วัน โดยสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่มาจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้ออย่างรุนแรงที่ปอด ส่งผลให้แต่ละประเทศจำเป็นต้องมีมาตราการควบคุม ยับยั้งและหยุดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

สำหรับประเทศไทยมีการออกพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 มีสาระสำคัญการห้ามเข้าพื้นเสี่ยง การปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค การปิดช่องทางเข้ามาราชอาณาจักร การห้ามกักตุนสินค้า การข้ามเขตพื้นที่จังหวัด เป็นต้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวทางปฏิบัติการจัดการภาวะระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีมาตรการการป้องกันโรคจากพฤติกรรมส่วนบุคคล ร้านบริการด้านอาหารตั้งแต่การประกอบอาหาร การส่งอาหาร การบริการขนส่งผู้โดยสาร พื้นที่ที่เป็นศาสนสถาน สถานที่ราชการ สถานที่ประกอบการห้างสรรพสินค้า ตลอดจนการให้คำแนะนำการปฏิบัติของบุคคลแต่ละวัย แต่ละกลุ่มโรค นอกจากนี้ยังมาตรการการสอบสวนโรค การคัดกรองโรค รวมถึงการจัดระบบบริการทางแพทย์

อีกทั้งเป็นการระบาดระลอกใหม่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนได้รับบทเรียนจากการรับมือการระบาดระลอกแรกมาก่อนแล้ว จึงส่งผลให้ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก และทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนได้ร้อยละ 6.80 ดังเหตุผลที่กล่าวข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพรและคณะ[10] พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากสุดคือ การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนมีความเข้าใจต่อการแพร่กระจายของเชื่อโรคและโอกาสที่จะติดเชื้อไวรัส

โคโรนาจากตลาดนัดชุมชน ซึ่งเป็นอีกสถานที่หนึ่งที่มีคนพลุพล่าน แออัด มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019การระบาดระลอกใหม่ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนจึงมีการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อหอไวรัสโคโรนา 2019 มีการปรับตัวให้เข้ากับมาตราการป้องกัน (New normal) ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดชุมชนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางหรือมาตราการให้กับผู้ประกอบการร้านค้าในตลาดชุมชนซึ่งถือว่าเป็นสถานที่แออัดและมีความเสี่ยงในระดับสูงในการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงและการเฝ้าระวังป้องกันเป็นด่านแรกที่สำคัญในการส่งเสริมการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้การร่วมด้วยช่วยกัน

ข้อเสนอแนะในกรทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในตลาดชุมชนอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา เพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการและบริบทของตลาดชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus. Geneva: World Health Organization, 2020.
2. Thai Encyclopedia Project Foundation for Youth. Market. 1999. [Internet]. [cited 2 May 2021]. Available from: http://saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book= 28&chap=3&page=chap3.htm. (in Thai)
3. Zhu N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang , B., Song, J. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China. New England Journal of Medicine. 2020; 382(8): 727-733.
4. World Health Organization. Pneumonia of unknown cause – China. 2020. [Internet]. [cited 10 April 2021]. Available from: https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/.
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 2021. Coronavirus disease 2019. [Internet]. [cited 6 May 2021]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php. (in Thai)
6. The Songkhla Provincial Office of the Comptroller General's Department. 2021. Songkla Covid-19 [Internet]. [cited 6 May 2021]. Available from: https://covid.songkhla.go.th/frontpage (in Thai)
7. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., Buchner, A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39(2): 175-191.
8. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences 2nd Ed. Hillsdale, NJ: Lawrence; 1988.
9. Wongratana, C. Techniques for using statistics for research 12th Ed. Nontaburi: Thainiramitkij Infographic, 2010. (in Thai)
10. Nawsuwan, K., Singweratham, N., Dumsangsawas, N. Correlation of perception disease severity to implementation role for control of COVID-19 in communities among village health volunteers in Thailand. bamrasnaradura infectious diseases institute. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2020; 14(2): 25-36. (in Thai)

Health Science Journal of Thailand

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการกับความอ้วนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดพัทลุง

Health Literacy Training Program for Improving Obesity Management among Obese-High School Student: A Research and Development, Phatthalung Province

ชไมพร ทองเพชร[1*], มนทกานติ์ เชื่อมชิต[2], วิทยา เหมพันธ์[3]
Chamaiporn Thongphet[1*], Monthakarn Cherumchit[2], Witthaya Hemapandha[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอโปรแกรมการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการกับความอ้วนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการความอ้วน ร่วมกับการจัดกิจกรรมพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและข้อเสนอแนะ โดยเริ่มจากการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตั้งเป้าหมายและสะท้อนสถานการณ์ปัญหา กิจกรรมกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและสาเหตุของโรคอ้วนบ้าง แต่ยังขาดกระบวนการวางแผนและการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาพัฒนาและออกแบบเป็นโปรแกรม โดยแบ่งการจัดกิจกรรมเป็น 6 ครั้ง ตามหลักการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1) ระดับพื้นฐาน เน้นการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นจริง ความรู้ความเข้าใจกระบวนการทำงานของร่างกาย โภชนาการ และกิจกรรมทางกาย 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ พัฒนาทักษะส่วนบุคคล เน้นกิจกรรมเกี่ยวกับการสื่อสารและการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ 3) ระดับวิจารณญาณ กิจกรรมรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการความเครียดและการสร้างแรงจูงใจ ผลจากการนำโปรแกรมที่พัฒนาไปใช้พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มการจัดการกับความอ้วนและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมความรอบรู้สุขภาพ การจัดการกับความอ้วน กระบวนการมีส่วนร่วม

[1] นักศึกษาดุษฎีนิพนธ์, วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330
[2] อ.ดร., วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330
[3] อ.ดร., คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ พัทลุง 93210
[1] Ph.D. Candidate, College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand
[2] Lecturer, Dr., College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand
[3] Lecturer, Dr., Faculty of Health and Sport Sciences, Thaksin University, Phatthalung, 93210, Thailand

* Corresponding author: E-mail: c.thongphet@gmail.com, Tel.: 089-5897027
Received: March 25, 2020; Revised: July 13, 2021, Accepted:4 July 13, 2021

Abstract

This research and development aimed to present health literacy training program for improving obesity management using participatory learning development among female senior high school students in Phatthalung Province. Of these, 53 female students were enrolled. The data were analyzed using factors related to health literacy in obesity management and participatory learning development in order to exchange and given suggestions. The activities were started with setting the goal, reflecting the obesity situation and group activities. The results found that the subjects had knowledge and causes of obesity, but they lacked of planning process and right information of accessibility. The training program was designed and consisted of 6 sessions following the development of health literacy as 1) fundamental health literacy focusing on health information accessibility including knowledge and understanding of physical function, nutrition and physical activities; 2) interactive health literacy focusing on personnel skill development consisted of enhancing communication and health condition management; 3) critical health literacy consisted of media information, decision making of practicing, stress management and motivation. After implement the program, health literacy level increased. In addition, obesity management and health behaviors were getting better.

Keywords: Health Literacy Training Program, Obesity Management, Participatory Action Research

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามคำว่า ภาวะโภชนาการเกิน (Overweight) และภาวะอ้วน (Obese) ว่าหมายถึงภาวะที่ไม่ปกติหรือมีการสะสมไขมันมากเกินไปซึ่งอาจจะส่งผลให้สุขภาพย่ำแย่ลง[1] ในปี พ.ศ. 2559 มีการคาดการณ์ในระดับโลกว่าจะมีคนที่มีภาวะโภชนาการเกินและภาวะอ้วนประมาณ 190 ล้านคน ในที่นี้พบว่าในเด็กอายุ 5-19 ปี มีการเพิ่มจำนวนจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 18 ซึ่งพบว่ามีการเพิ่มสูงขึ้นในระดับที่เท่า ๆ กันทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยเพิ่มขึ้นในทุกทวีปทั่วโลก[2] เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่พบว่ามีการเพิ่มสูงขึ้นทั้งดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว และจะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้ประเทศต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากในการดูแลคนกลุ่มนี้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีงานวิจัยจำนวนมากที่ดำเนินการในการลดความอ้วนให้กับคนกลุ่มนี้กระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นย้ำเรื่อง “ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย”[3] มุ่งเน้นในการลดปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรคมากกว่าการรักษาและลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ แต่จำนวนผู้ป่วยก็ยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจจะเพราะวิถีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว สังคมชนบทสู่สังคมเมือง การสื่อสารและการขนส่งที่รวดเร็ว ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งสิ้น

ดังนั้นการจะดำเนินการเพื่อลดจำนวนปัจจัยเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่นั้นจำเป็นจะต้องใช้กลยุทธ์ที่มีความครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและมุ่งเน้นให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพของตัวเองได้โดยมีการสื่อสารและมีความคิดวิจารญาณในการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะการจัดการโรคอ้วน ซึ่งยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาโปรแกรม

การพัฒนาเพื่อเพิ่มพูนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการโรคอ้วน องการอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ[4] องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ[5] 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access skill) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (Self- management skill) 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)

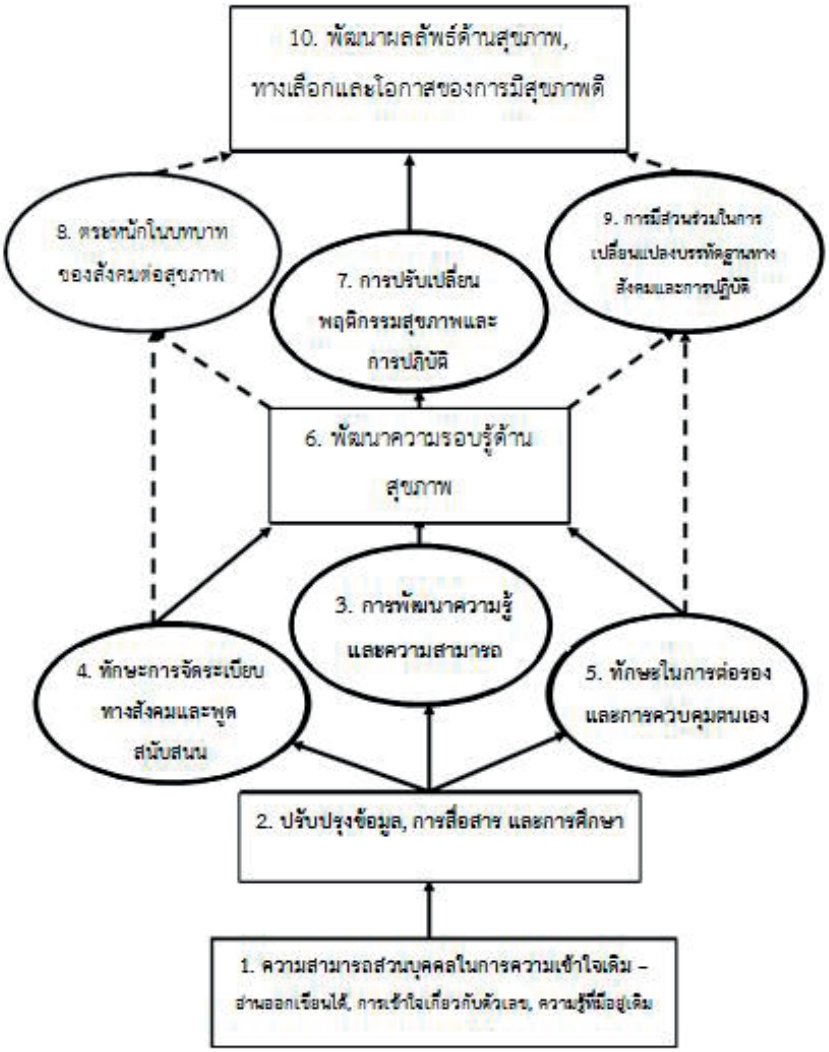
การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการในจังหวัดพัทลุงซึ่งเป็นจังหวัดขนาดเล็กแต่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของกลุ่มคนที่มีภาวะอ้วนและผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเมืองรองที่มีแหล่งท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นมากมาย วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การขนส่งต่าง ๆ รวมถึงร้านค้ามีเพิ่มขึ้นมากมายและมีความสะดวกในการเข้าถึงมากขึ้น งานวิจัยชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนและการพัฒนาโปรแกรมเพื่อมาเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพของนักเรียนในจังหวัดพัทลุงให้ดียิ่งขึ้น ในส่วนนี้เป็นระยะที่สองซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบและนำเสนอโปรแกรมการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการกับความอ้วนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดพัทลุง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาแบบภาคตัดขวางในระยะที่ 1 เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดพัทลุง โดยนำผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนและการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพมาออกแบบโปรแกรมร่วมกับการใช้การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning development) ที่โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดพัทลุง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายอายุ 15-18 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร^2) จำนวน 53 คน ใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และผลจากการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการกับความอ้วนให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยมีการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในงานด้านโภชนาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมทางกาย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยในเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงและออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมและดำเนินการจัดกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวตามกรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ[5] ดังแสดงในภาพที่ 1

งานวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA No. 177/2019 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COA No. TSU 2019-007



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย[5]

ผลการวิจัย

ขั้นการวางแผน (Plan)

ผลการศึกษาจากระยะที่ 1 จากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม “ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับเด็กวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี” พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนระดับต่ำ คือ ดัชนีมวลกาย กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการใช้อินเตอร์เน็ต และผลจากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนหญิง ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์และมีภาวะอ้วน จำนวน 53 คน พบว่า นักเรียนประเมินผลการเรียนของตนเองพบว่า อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 53.1 รอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 28.6 และมีรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 71.4 โดยร้อยละ 67.3 ประเมินว่าตนเองมีรูปร่างหรือน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ปกติ และร้อยละ 81.6 ของบุคคลในครอบครัวของนักเรียนที่มีภาวะอ้วนหรืออ้วนลงพุง

เมื่อพิจารณาเกณฑ์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามระดับการรู้หนังสือ 3 ระดับ พบว่า ระดับพื้นฐาน

องค์ประกอบที่ 1 และ 2 นักเรียนเป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 65.3) ระดับปฏิสัมพันธ์ องค์ประกอบที่ 3 และ 4 นักเรียนเป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ต่ำและปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 93.8) และระดับวิจารณญาณองค์ประกอบที่ 5 และ 6 นักเรียนเป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการคิดวิจารณญาณ หรือวิพากษ์ ปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 69.4) ผลการสำรวจพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมที่มีภาวะโภชนาการเกินและภาวะอ้วน จำนวน 53 คน พบว่าอยู่ในเกณฑ์ พอใช้ได้ (ร้อยละ 75.5) มากที่สุด คือ นักเรียนมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันโรคอ้วนได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลตามเกณฑ์มาตรฐานจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม

คะแนนรวม	ผล (%)	แปลผล
≥80%	6.1	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วน ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ
60–80%	61.2	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ถูกต้องบ้าง
<60%	32.7	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน

ผลจากการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning development) ในนักเรียนหญิงกลุ่มดังกล่าว โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมการพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและข้อเสนอแนะ เริ่มจากการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตั้งเป้าหมายและสะท้อนสถานการณ์ปัญหาโรคอ้วน กิจกรรมกลุ่มในหัวข้อ “อ้วนคืออะไร” “อะไรทำให้ฉันอ้วน” และ “เราจะจัดการกับความอ้วนได้อย่างไร” โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและสาเหตุของโรคอ้วนบ้าง แต่ยังขาดกระบวนการวางแผนและการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอยากให้ปกปิดตัวเลขน้ำหนักของตัวเองไม่ให้ใครรู้ อยากทรากิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการอยากลดน้ำหนักคือเพื่ออยากพัฒนาตัวเองทั้งด้านรูปร่างและสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนดังแสดงในตารางที่ 2

โดยใช้แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลข เช่น การอ่านใบยินยอมฉลากยา เป็นต้น ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative / interactive health literacy) ทักษะด้านการนึกคิด ทักษะทางสังคม การรู้เท่าทันสื่อ รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางสังคมและปัญญาที่สูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการ วิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและควบคุมการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวัน การรู้เท่าทันทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณเน้นการกระทำของแต่ละบุคคล และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเชื่อมประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป[5]

ตารางที่ 2 โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการกับความอ้วน

เนื้อหา/กิจกรรม	แนวคิด/เทคนิคที่ใช้	วิธีดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้
ครั้งที่ 1 - ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพด้านกระบวนการทำงานของร่างกายและภาวะอ้วน - การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ - การสร้างแรงจูงใจ	- Learning theory - Mobile health technology - Self-efficacy - Self-regulation - Motivation	1. การบรรยายโดยเน้นการใช้ภาพหรือสื่อ Infographic (หลักการประเมินภาวะอ้วนและภาวะโภชนาการเกิน สถานการณ์โรคอ้วนและผลกระทบของ สาเหตุและแนวทางการจัดการกับภาวะอ้วน 2. สื่อวีดีโอ “ลดพุงลดโรค” 3. การบรรยายแนะนำ Website ด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ 4. การฝึกปฏิบัติการค้นหาข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โทรศัพท์มือถือและสื่อออนไลน์ และเกมการค้นหาสื่อสุขภาพที่น่าเชื่อถือและถูกต้อง 5. การฝึกปฏิบัติ การกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนการดูแลสุขภาพ การบันทึกภาพก่อนการตรวจประเมินร่างกายและทำความเข้าใจการแปลผล
ครั้งที่ 2 - ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพด้านโภชนาการ	- Learning theory - Self-efficacy - Self-regulation	1. การบรรยายความรู้ด้วยวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 2. สื่อวีดีโอ “กินแบบ 2:1:1 ลดพุงลดโรค” “สสส. ลดพุงลดโรค” “ไอเดียปรับเมนูธรรมดาๆให้เป็นเมนู 2 : 1 : 1 เพื่อสุขภาพที่ดี ไม่มีพุง” 3. การตั้งคำถามและอภิปรายกลุ่มย่อย และให้กำลังใจ
ครั้งที่ 3 - ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย	- Learning theory - Self-efficacy - Self-regulation	1. การบรรยายความรู้ด้วยวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา และการฝึกปฏิบัติ 2. สื่อวีดีโอ “เคล็ดลับพิชิตพุง ตอน ออกกำลังกาย 10 นาทีขึ้นไป” 3. การตั้งคำถามและอภิปรายกลุ่มย่อย และให้กำลังใจ
ครั้งที่ 4 - การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน - การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน - การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน	- Mobile health technology - Self-efficacy - Self-management	1. เพิ่มช่องทางการสื่อสารในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ตลอดเวลา เช่น Application LINE ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพออนไลน์ 2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ตัวอย่างการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว/เพื่อน/บุคคลอื่น ประเด็นที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยแบ่งกลุ่มเป็นการอภิปรายกลุ่มย่อย 3. กำหนดเป้าหมายและแผนการปฏิบัติของแต่ละบุคคล 4. บรรยายหัวข้อ “รู้เท่าทันสื่อ” เน้นการตรวจสอบแหล่งที่มาของสื่อและการสังเกตความน่าเชื่อถือของสื่อ 5. กิจกรรมกลุ่มฝึกปฏิบัติและนำเสนอผลการค้นหาสื่อที่น่าเชื่อถือ

ตารางที่ 2 โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการกับความอ้วน (ต่อ)

เนื้อหา/กิจกรรม	แนวคิด/เทคนิคที่ใช้	วิธีดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้
ครั้งที่ 5 - การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน	- Self-efficacy - Self-regulation - Self-control	1. กิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกรณีศึกษา เมื่อเจอเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น เมื่อครอบครัวจัดงานเลี้ยงปีใหม่ เมื่อเพื่อนชวนไปกินอาหารรอบดึก เมื่ออยากแนะนำเพื่อนให้ลดการดื่มน้ำอัดลม และเมื่อเพื่อนต้องการลดน้ำหนัก แต่ไม่อยากเหนื่อย
ครั้งที่ 6 - การจัดการกับความเครียด - การสร้างแรงจูงใจ	- Self-efficacy - Self-regulation - Motivation - Empowerment	1. การบรรยายด้วยวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 2. การยกตัวอย่างบุคคลที่ประสบความสำเสร็จในการลดน้ำหนัก และวิธีการที่ใช้ 3. การฝึกปฏิบัติการสร้างแรงจูงใจในการทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้วางเอาไว้

ขั้นปฏิบัติ (Do)

ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการกับความอ้วน โดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 120-180 นาที เป็นเวลา 3 เดือน เดือนละ 2 ครั้ง ร่วมกับการสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ (ไลน์กลุ่ม) ในการส่งข้อมูลในการอบรม การกระตุ้น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตรวจสอบ (Check)

ผู้วิจัยติดตามผลการดำเนินการโดยการประเมินผลดัชนีมวลกาย และค่ารอบเอวทุกเดือน และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการโรคอ้วน และตรวจประเมินองค์ประกอบของร่างกายด้วยเครื่อง Body composition analyzer พร้อมกับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังสิ้นสุดกิจกรรม

ขั้นปรับปรุงแก้ไข (Action)

หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการกับความอ้วน ผู้วิจัยสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องด้วยไลน์กลุ่ม ผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเป้าหมายการลดน้ำหนักที่ชัดเจนแต่เนื่องจากอยู่ในช่วงเวลาของการใกล้สอบทำให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่สามารถจัดการเวลาในการออกกำลังกายที่ชื่นชอบและจัดสรรโภชนาการที่เหมาะสมกับตนเองได้ทุกวันตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ กลุ่มตัวอย่างจึงอยากให้เกิดการกระตุ้นจากกลุ่ม รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ที่มีแนวโน้มสามารถจัดการกับความอ้วนของตนเองได้ดีและสำเร็จ ผู้วิจัยติดตามประเมินค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่องอีก 3 เดือน โดยดำเนินการเดือนละ 1 ครั้ง และเมื่อครบ 6 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการประเมินค่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการความอ้วน ผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มการจัดการความอ้วนของตนเองได้ดีขึ้น รวมถึงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการความอ้วนดีขึ้น

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการกับความอ้วน โดยแบ่งการจัดกิจกรรมเป็น 6 ครั้ง ใช้หลักการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) โดยเน้นเนื้อหาไปที่การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเสี่ยงและการใช้บริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพด้านกระบวนการทำงานของร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมทางกาย ระดับปฏิสัมพันธ์พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Interactive health literacy) เน้นกิจกรรมเกี่ยวกับ

การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน ระดับวิจารณญาณ (Critical health literacy) กิจกรรมรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการความเครียด และการสร้างแรงจูงใจ ผลจากการนำโปรแกรมที่พัฒนาไปใช้พบว่านักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มการจัดการกับความอ้วนและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น โดยเป็นผลมาจากกระบวนการตั้งเป้าหมายและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงการได้รับการกระตุ้นจากกลุ่มและการมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการความอ้วนดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนจาก “ทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health Topic: [Internet] 2018 [Cited 28 January, 2018]. Obesity and Overweight. Available from: http://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight.
2. World Health Organization. Health Topic: [Internet] 2017 [Cited 20 January, 2017]. Health promotion. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/.
3. Ministry of Public Health, Bureau of Policy and strategy. Health Topic: [Internet] 2008 [Cited 28 January, 2018]. Thailand Health Profile 2005-2007. Available from: http://www.moph.go.th/ops/thp/index.php?option=com_content&task=view&id=6&Itemid=2&lang=en.
4. Nutbeam, D. Health promotion glossary. Health Promotion International 1998; 13: 349-364.
5. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008; 67: 2072-2078.

Health Science Journal of Thailand

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเบิกจ่ายค่าการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Factors Affecting Hospital Reimbursement among Geriatric Hip Fracture Patients in Surat Thani Hospital

ถาวร ทองเพชร[1]*, วิชยาพร ทองเพชร[2], สุนีย์ เคราน์วล[3]
Thaworn Thongpeth[1]*, Wichayaporn Thongpeth[2], Sunee Kraonual[3]

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเป็นอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นและเป็นภาระทางเศรษฐกิจ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การศึกษาปัจจัยที่มีผลกับค่ารักษาพยาบาล โดยใช้ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลในการเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 50 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การศึกษานี้ใช้สถิติแบบการถดถอยเชิงเส้น มีปัจจัย 8 ปัจจัย คือ อายุ เพศ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล กลุ่มการวินิจฉัยโรคหลัก ประเภทการจำหน่าย จำนวนโรคร่วม จำนวนการทำหัตถการและปีที่เข้ารับการรักษา การวิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรม R เวอร์ชัน 3.1.3 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 1,575 ราย ได้รับการรักษาตั้งแต่ ต.ค. 2552 - ก.ย. 2559 94.5% เป็นเพศหญิง ประมาณ 38.9% กลุ่มอายุ 80-89 ปี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับค่ารักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก คือ เพศ อายุ กลุ่มการวินิจฉัยโรคหลัก ICD10 ประเภทการจำหน่าย จำนวนโรคร่วม จำนวนการทำหัตถการ และปีที่เข้ารับการรักษา (p <0.001) และมีความแม่นยำในการทำนาย Adjusted R square เท่ากับ 78.2% โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อต้นทุนมากที่สุด คือ จำนวนการทำหัตถการ Adjusted R square เท่ากับ 32.3% และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล Adjusted R square เท่ากับ 71.3%

คำสำคัญ: ต้นทุนการรักษา, ผู้สูงอายุ, กระดูกสะโพกหัก

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, หน่วยงานกระดูกและข้อ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 84000
[2] พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการอิสระ สุราษฎร์ธานี 84000
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 95000
[1] Senior Professional Level, Orthopedic and Preventive Medicine Surgeon, Suratthani Hospital, 84000, Thailand
[2] Registered Nurses, Independent Academic Suratthani , 84000
[3] Asst. Prof., Faculty of Agricultural Science and Technology, Yala Rajabhat University, 95000, Thailand

* Corresponding author: E-mail: wich14232008@gmail.com, Tel: 0805499445
Received: March 31, 2021; Revised: August 13, 2021; Accepted: August 15, 2021

Abstract

Thailand is an aging society. An increasing incidence of hip fracture is a financial burden. This study aimed to evaluate the factors affecting to hospital reimbursement among geriatric hip fracture patients in Surat Thani Hospital. Our study analyzed hospital reimbursement using data from the Thailand Health Security Office. All patients aged >50 years admitted to Surat Thani Hospital were included in the study. A linear regression model was used to analyze factors affecting to hospital reimbursement with eight determinant factors: age, sex, length of stay, ICD10 principal diagnosis group, discharge status, number of comorbidities, number of procedures, and year of admission. All statistical analyses and graphical displays were performed using the R program, version 3.1.3. It revealed that 1,575 hip fracture patients were treated from October 2009–September 2016. 94.5% were females. About 38.9% of them were 80-89 years. Factors affecting to hospital reimbursement among geriatric hip fracture patients were as follows; sex, age, ICD10 principal diagnosis group, discharge status, number of comorbidities, number of procedures, and year of admission ($p < 0.001$) and the predictive accuracy was 78.2%. The predictor of a number of procedures was the highest adjusted R square at 32.3% and length of stay at 71.3%.

Keywords: Hospital reimbursement, Geriatric, Hip fracture

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และกระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง[1] โดยมีสาเหตุจากการพลัดตกหกล้ม ในปี พ.ศ. 2568 ทั่วโลกคาดว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 2.6 ล้านรายในปี พ.ศ. 2568 และในปี พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนเพิ่มเป็น 4 เท่า ซึ่งทำให้ทั่วโลกต้องรับภาระต่อค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักจะเพิ่มขึ้นเป็น 131.5 พันล้านดอลลาร์[2] ประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็น 181 ต่อ 100,000 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 และ 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน[3] ซึ่งจะส่งผลกระทบให้เกิดภาระต่อครอบครัวและสังคม และเป็นภาระทางเศรษฐกิจที่สำคัญ

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ตอนบนที่เป็นโรงพยาบาลแม่ค่ายของกระทรวงสาธารณสุขที่รองรับผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก และจากสถิติของโรงพยาบาลพบว่าข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระดูกสะโพกหักช่วงเดือนตุลาคม 2550 ถึง กันยายน 2559 จำนวน 5,214 รายคิด เพศชาย 2,100 คน เพศหญิง 3,114 คนอายุเฉลี่ย 67 ปี ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจำนวน 3,140 คน คิดเป็น 60% และอัตราเสียชีวิตหลังจากกระดูกสะโพกหักภายใน 1 ปี 38% โดยส่วนใหญ่เกิดจากการล่าช้าทางการผ่าตัดเพราะกลุ่มผู้สูงอายุจะมีกลุ่มที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ส่งผลให้ได้รับการผ่าตัดช้านานกว่า 48 - 72 ชั่วโมง จะส่งผลทำให้เกิด โรคแทรกซ้อน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลมากขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ[1-4] และส่งผลกระทบต่อต้นทุนของโรงพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก

แม้ปัจจุบันรัฐบาลจะมีนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ให้แก่สถานพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยนำประกอบด้วย 1) รหัสโรคหลัก รหัสโรคร่วม รหัสโรคแทรกซ้อน ตามรหัส ICD-10 ของ WHO 2) รหัสผ่าตัดและหัตถการ ตามรหัส ICD-9-CM 3) อายุ 4) เพศ 5) ชนิดของการจำหน่าย 6) จำนวนวันนอน แต่ยังพบว่า การจัดสรรการเบิกจ่ายโดยวิธีนี้ไม่สามารถสะท้อนถึงต้นทุนการรักษาเฉพาะรายได้

อีกทั้งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนของภาวะกระดูกสะโพกหักมีสองการศึกษาแต่เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมดและวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด[5-6] และหนึ่งการศึกษาที่ทำการศึกษาในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมโดยไม่ได้นำปัจจัยด้านอายุมาวิเคราะห์และศึกษาในทุกกลุ่มอายุ[7] ซึ่งไม่มีการศึกษาใดในประเทศไทยที่นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้ามาในการวิเคราะห์ในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก และมีเพียงหนึ่งการศึกษาที่นำปัจจัยในการใช้ ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม มาปัจจัยที่มีผลต่อค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแต่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[8] ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักโดยนำข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ในการเบิกจ่ายกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงต้นทุนการให้บริการที่แท้จริง และทำให้ผู้บริหารสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด และมีประสิทธิภาพในการให้บริการประชาชน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โดยรวบรวมจากฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ ที่ต้องนำส่งให้สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการเบิกจ่ายให้กับโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2552-2559 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นประกอบด้วย อายุ เพศ สถานะการจำหน่าย จำนวนวันนอน โรคหลัก (PDX) จำนวนโรคร่วม (Comorbidity and complication) จำนวนหัตถการ (Procedure) และค่ารักษาพยาบาล (Cost) และข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาจะไม่มีชื่อ สกุล เลขบัตรประจำตัวของผู้ป่วย ไม่มีเลขบัตรประชาชน ไม่มีที่อยู่ของผู้ป่วย โดยในการศึกษานี้จะศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 1,575 ราย โดยคัดเลือกจากกลุ่มโรคหลัก (Principle diagnosis: PDX) รหัส ICD 10 คือ S720 การหักตรงบริเวณคอของกระดูกต้นขา (Fracture of femur neck) S721 การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอริค (Intertrochanteric fracture) และ S722 และ การหักของกระดูกบริเวณใต้โทรแคนเทอริก (Fracture of subtrochanteric) ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ข้อมูลสูงอายุที่ไม่ทราบค่ารักษาพยาบาล และอายุต่ำกว่า 50ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาตามข้อมูลของโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลไปเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกับสถาบันหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยวิธีการกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม DRG ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานะการจำหน่าย จำนวนวันนอน โรคหลัก (PDX) จำนวนโรคร่วม (Comorbidity and complication) จำนวน

หัตถการ (Procedure) และค่ารักษาพยาบาล (Cost) หลังจากนั้นทำการจัดการข้อมูล ให้รหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลด้วยโปแกรม R version 3.1.3 (R Development Core team, 2015) ซึ่งในตัวแปรที่นำมาคิดปัจจัยประกอบด้วยอายุ (50-59, 60-69, 70-79, 80-89 และมากกว่า 90 ปี) เพศ (ชายและหญิง). สถานการณ์จำหน่าย (จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต ไม่สมัครใจอยู่หนีออกจากโรงพยาบาล ส่งต่อไปรักษาที่อื่น เสียชีวิต มีการตรวจศพ เสียชีวิตไม่มีการตรวจศพ) จำนวนวันนอน (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7-8, 9-11, 12-15, 16-24, 25+) จำนวนโรคร่วม (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13) จำนวนการทำหัตถการ (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) ปีของค่ารักษาพยาบาล (2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559) ส่วนตัวแปรตาม คือค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสะโพกหัก ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น (Linear regression analysis) และค่าความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95%CI)

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ 61/2562 ลงวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2562

ผลการศึกษา

ในช่วงระยะเวลาการศึกษาปี 2552 - 2559 มีผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักจำนวนทั้งหมด 1,575 ราย จากการศึกษาพบว่าผู้หญิงมีอัตรากระดูกสะโพกหักสูงถึง 1,089 รายจากผู้บาดเจ็บทั้งหมด คิดเป็น 69.14% เพศชาย 486 ราย คิดเป็น 30.86% และกลุ่มอายุ 80-89 ปีขึ้นไปมีจำนวนสูงที่สุดมีจำนวน 612 ราย คิดเป็น 38.86% และจำนวนวันนอนมากที่สุดเป็นเวลา 16-24 วัน คิดเป็น 17.65% ซึ่งเป็นจำนวนเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้และกลุ่มโรคกระดูกสะโพกหักที่มีมากที่สุดจะเป็นกลุ่มที่มีการวินิจฉัยว่าเป็น Intertrochanteric fracture จำนวน 834 ราย คิดเป็น 52.95%

กลุ่มที่วินิจฉัย ว่าเป็น Fracture neck of femur มีจำนวน 692 ราย คิดเป็น 43.94% และ Subtrochanteric fracture จำนวน 49 ราย คิดเป็น 3.11% สถานการณ์จำหน่ายส่วนใหญ่จะไม่สมัครใจอยู่เป็นจำนวน 1446 ราย คิดเป็น 91.80% จำนวนโรคร่วม 13 โรคมีจำนวน 714 ราย คิดเป็น 43.33% จำนวนหัตถการมากที่สุดจะเป็น 1 หัตถการ จำนวน 573 ราย คิดเป็น 36.38% และจำนวน 2 หัตถการ จำนวน 332ราย คิดเป็น 21.08% ส่วนปีที่เข้ารับการรักษามากที่สุดจะเป็นปี 2558 จำนวน 247 ราย คิดเป็น 15.68% ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N = 1,575)

ข้อมูล	จำนวนครั้ง (Visit)	ร้อยละ	p-value	R^2 (%)
เพศ			<0.001	5.8
ชาย	486	30.86		
หญิง	1,089	69.14		
กลุ่มอายุ (ปี)			<0.001	5.8
50-59	117	7.43		
60-69	236	14.98		
70-79	449	28.51		
80-89	612	38.86		
90+	161	10.22		

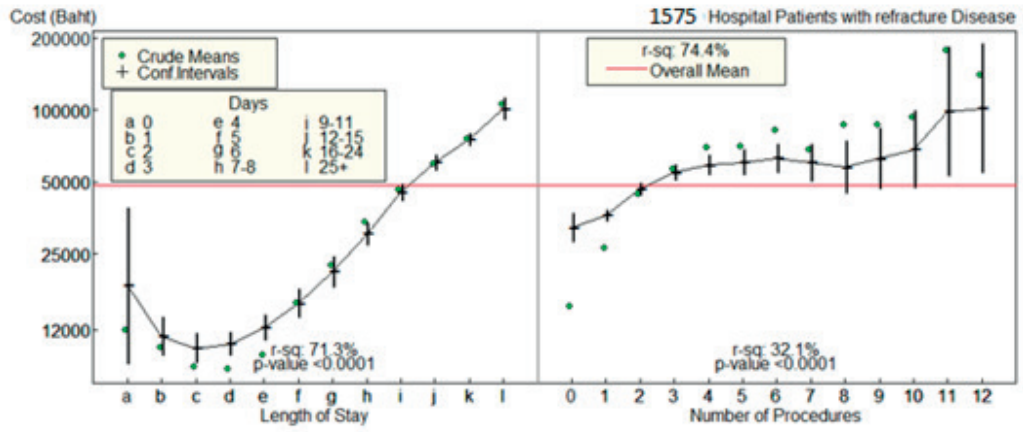
ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N = 1,575) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนครั้ง (Visit)	ร้อยละ	p-value	R^2 (%)
จำนวนวันนอน (วัน)			<0.001	71.3
0	28	1.78		
1	163	10.35		
2	182	11.56		
3	143	9.08		
4	96	6.10		
5	63	4.00		
6	54	3.43		
7-8	104	6.60		
9-11	152	9.65		
12-15	199	12.63		
16-24	278	17.65		
25+	113	7.17		
กลุ่มการวินิจฉัยโรค ICD-10			<0.001	1.5
Fracture neck of femur	692	43.94		
Intertrochanteric fracture	834	52.95		
Subtrochanteric fracture	49	3.11		
สถานะการจำหน่าย			0.0003	3.0
จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต	19	1.20		
ไม่สมัครใจอยู่	1446	91.80		
หนีออกจากโรงพยาบาล	90	5.71		
ส่งต่อไปรักษาที่อื่น	1	0.06		
เสียชีวิตมีการตรวจศพ	2	0.13		
เสียชีวิตไม่มีการตรวจศพ	17	1.1		
จำนวนโรคร่วม			0.1396	0.10
1	14	0.89		
2	102	6.48		
3	84	5.33		
4	54	3.43		
5	37	2.35		
6	31	1.97		
7	9	0.57		

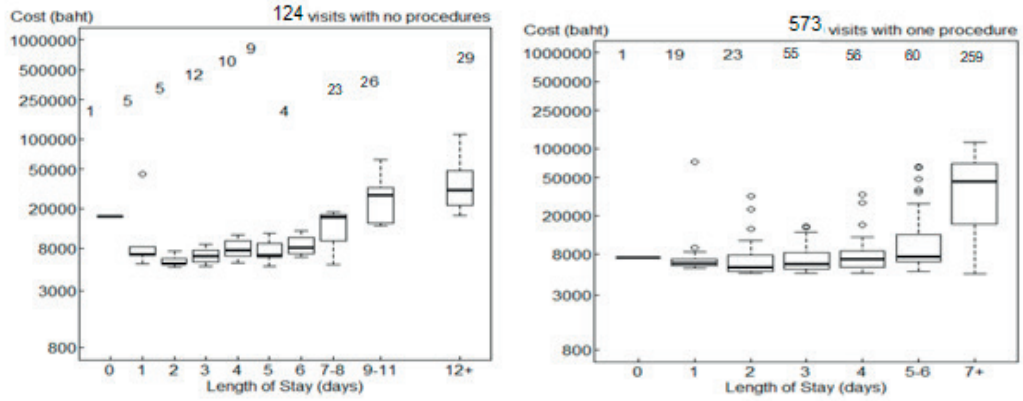
ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N = 1,575) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนครั้ง (Visit)	ร้อยละ	p-value	R^2 (%)
8	48	3.05		
9	5	0.32		
10	5	0.32		
11	4	0.25		
12	468	81.39		
13	714	45.33		
จำนวนการทำหัตถการ			<0.001	32.3
0	124	7.87		
1	573	36.38		
2	332	21.08		
3	198	12.57		
4	123	7.81		
5	81	5.14		
6	63	4.00		
7	36	2.29		
8	18	1.14		
9	13	0.83		
10	8	0.51		
11	3	0.19		
12	3	0.19		
ปีที่เข้ารับการรักษา			0.0003	0.8
2552	59	3.75		
2553	173	10.98		
2554	196	12.44		
2555	205	13.02		
2556	227	14.41		
2557	226	14.35		
2558	247	15.68		
2559	242	15.37		

เมื่อนำตัวแปรต้นมาหาปัจจัยที่ส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติแบบการเชิงเส้น พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ICD 10 Group และจำนวนการทำหัตถการ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อนำมาหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อต้นทุนโรงพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าตัวแปรจำนวนวันนอน และตัวแปรของจำนวนการทำหัตถการมีอิทธิพลมากตามลำดับโดย จำนวนวันนอน ค่า Adjusted R square เท่ากับ 71.3% (p <0.001) และจำนวนหัตถการ Adjusted R square เท่ากับ 32.3% (p <0.001) ดังภาพที่1 และเมื่อนำตัวแปรจำนวนวันนอนและการทำหัตถการ 1 หัตถการและไม่ได้ทำหัตถการมาเปรียบเทียบ พบว่าไม่ว่าจะทำหัตถการหรือไม่ทำหัตถการ พบว่าหากมีวันนอนที่มากขึ้นสามารถทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการประมาณค่าต้นทุนการรักษา



ภาพที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนโรงพยาบาลโดยเปรียบเทียบการทำหัตถการและไม่ได้ทำหัตถการและระยะเวลาวันนอน

การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างปี 2552 – 2559 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 1.2% สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือที่พบว่ามีอย่างน้อย 150 - 250 รายต่อแสนประชากร[9] และคาดว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 2.6 ล้านรายทั่วโลกในปี พ.ศ. 2568 และในทวีปเอเชียมีมากถึง 2 ล้าน 6 แสนราย หรือประมาณ ร้อยละ 37 และใน พ.ศ. 2593 ในทวีปเอเชียอุบัติการณ์จะเพิ่มเป็น 4 ล้าน 5 แสนราย หรือร้อยละ 45[10] โดยผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก จะมีอัตราเสียชีวิตภายในปีแรกร้อยละ 17-28 ในประเทศสหรัฐอเมริกาค่ารักษาในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักประมาณ 500,000 - 600,000 บาทต่อคน ซึ่งถือเป็นค่าใช้จ่ายสูงที่สุดในจำนวนค่ารักษาพยาบาลของกระดูกหักทั้งหมด[11-12]

ในประเทศไทยมีการศึกษาของ วิวัฒน์และคณะ พบว่า ค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลรามาธิบดีที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 140,928.78 บาท ต่อราย[5] และจากผลการศึกษาในงานวิจัย พบว่า ค่ารักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเฉลี่ย 38,729 บาทต่อราย และค่ารักษาพยาบาลสูงสุด 336, 836 บาท จากผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงจะมีอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตย์และคณะ ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการรักษาการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม[7] และอายุอยู่ช่วงอายุ 80-89 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ มอร์แรนและคณะ[1]

จากผลการศึกษานี้พบว่าเมื่อนำข้อมูลโรงพยาบาลที่ใช้ในการเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยนำตัวแปรที่นำมาคิดต้นทุนโดยวิธีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาหาปัจจัยว่ามีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้น พบว่า ปัจจัย ด้านเพศ อายุ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โรคที่ได้รับการวินิจฉัยในการเข้ารับการรักษา (ICD 10 Group) และจำนวนการทำหัตถการ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อนำมาหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อต้นทุนโรงพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าตัวแปรจำนวนวันนอน และตัวแปรของจำนวนการทำหัตถการมีอิทธิพลมากตามลำดับ โดย จำนวนวันนอน ค่า Adjusted R square เท่ากับ 71.3% ($p < 0.001$) และจำนวนหัตถการ Adjusted R square เท่ากับ 32.3% ($p < 0.001$)

จากผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมักจะมีโรคร่วมทำให้ต้องมีการควบคุมโรคร่วมเพื่อให้สามารถไปผ่าตัดได้ ซึ่งบางครั้งอาจล่าช้าทำให้ระยะเวลาการนอนมากขึ้นแม้ยังไม่ได้รับการทำหัตถการทำให้ต้นทุนโรงพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเพิ่มสูงขึ้น[8-10] ทั้งยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างอยู่โรงพยาบาลทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และการทำหัตถการแต่หากมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีการฟื้นฟูใช้ระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้ต้องใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นทำให้ต้นทุนโรงพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเพิ่มสูงขึ้นตามระยะเวลาวันนอนที่เพิ่มขึ้น[11-14] ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เมื่อนำมาคิดรวมกันตามระบบ DRGs ค่าทำนายของรูปแบบทางสถิตินี้มีความแม่นยำที่สูง แต่เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัวพบว่า ระยะเวลาการนอนและจำนวนการทำหัตถการจะมีอิทธิพลอย่างมากแต่ปัจจัยด้านเพศ อายุ และการวินิจฉัยโรคหลัก สถานการณ์จำหน่ายกลับมีอิทธิพลต่ำต่อต้นทุนโรงพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก

ดังนั้นการนำ DRGs มาคิดในการเบิกจ่ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ตอบสนองต่อต้นทุนโรงพยาบาลที่แท้จริงเท่ากับการคิดระยะเวลาวันนอนและจำนวนการทำหัตถการ และปัจจุบันการศึกษาของประเทศไทย

เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศไทยยังไม่การศึกษาใดที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการต้นทุนการดูแลรักษาของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก[15-17] ถือเป็นความท้าทายที่สำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย การที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สิ่งนี้คือวิกฤตทางด้านการจัดการทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่สำคัญ และการกำหนดนโยบายควรคำนึงถึงวิธีการที่จะต่อสู้กับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในอนาคต

การศึกษาของ วิชยาพร และคณะ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยวิธีการวินิจฉัยโรคร่วม พบว่า ตัวแปรระยะเวลาการนอนและจำนวนการทำหัตถการมีอิทธิพลสูงกว่าตัวแปรอายุ เพศ สถานการณ์จำหน่าย กลุ่มวินิจฉัยโรคหลักและจำนวนโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] โดยเฉพาะในอนาคตที่ประเทศไทยกำลังมีอัตราผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผู้ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักหากเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดภายใน 48 - 72 ชั่วโมงจะลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และช่วยลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล ทำให้อัตราต้นทุนโรงพยาบาลลดลง แต่หากผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการผ่าตัดหรือผ่าตัดล่าช้าจะไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างถูกต้องกลุ่มนี้จะมีต้นทุนการรักษาที่สูงกว่าปกติ[18]

ขณะที่ยังไม่มีการศึกษาของประเทศไทยเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศไทย สิ่งนี้จะเป็นความท้าทายที่สำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เพราะการที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผลที่ตามมาคือปัญหากระดูกสะโพกหัก

การนำผลการวิจัยไปใช้

ต้นทุนการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักเป็นปัจจัยเสี่ยงที่กำลังทำให้วิกฤตการณ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลรัฐ และสามารถสร้างผลกระทบต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลศูนย์ และจากการนำระบบ DRGs มาใช้ในการพิจารณาเบิกจ่ายกับโรคที่มีกลุ่มโรคเรื้อรัง อาจไม่ตอบสนองการแก้ปัญหาวิกฤตการณ์ทางการเงิน และยังเป็นการเพิ่มภาระการขาดทุนให้โรงพยาบาลจากระบบการเบิกจ่ายที่ไม่ตรงกับต้นทุนการรักษาที่แท้จริง

ดังนั้นงานวิจัยนี้ถือว่าเป็นงานวิจัยที่สนับสนุนการนำปัจจัยที่แท้จริงที่มีอิทธิพลต่อต้นทุนการรักษาจริงเพื่อตอบสนองต้นทุนที่แท้จริงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักและเป็นทางออกที่ดีของการแก้ไขปัญหาร่วมกันของหน่วยงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยและระบบการเบิกจ่ายของสำนักงานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้ คือ ไม่ได้ศึกษาเปรียบเทียบในหัตถการแต่ละชนิด ซึ่งเป็นงานวิจัยในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาต้นทุนโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในการทำหัตถการแต่ละชนิดเพื่อได้มีต้นทุนมาตราฐานและตอบสนองต้นทุนที่แท้จริงของโรงพยาบาลซึ่งอาจจะดีกว่าการคิดวิเคราะห์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ไม่สามารถตอบสนองต้นทุนที่แท้จริงกับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเรื้อรัง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Moran CG, Wenn RT, Sikand M, Taylor AM. Early mortality after hip fracture: Is delay before surgery important? J Bone Joint Surg 2005; 87(3), 483-489.
2. Cooper C, Campion G, Melton L. Hip fractures in the elderly: A worldwide projection Osteoporos. Int 1992; 2: 285-289.
3. Cummings SR, Rubin SM, Black D. The future of hip fractures in the United States:

Numbers, costs and potential effects of postmenopausal estrogen. Clin Orthopaedics 1990; 252: 163-166.

4. Brecht JG, Kruse HP, Möhrke W, Oestreich A, Huppertz E. Health-economic comparison of three recommended drugs for the treatment of osteoporosis. Int J Clin Pharmacol Res 2004; 24(1): 1-10.
5. Wajanavisit W, Woratanarat P, Sawatriawkul S, Lertbusayanukul C, Ongphiphadhanakul B. Cost-Utility Analysis of Osteoporotic Hip Fractures in Thais. J Med Assoc Thai 2015; 98 (8): S65-9.
6. Woratanarat P, Wajanavisit W, Lertbusayanukul C, Loahacharoensombat W, Ongphiphatanakul B. Cost analysis of osteoporotic hip fractures. J Med Assoc Thai 2005; 88 (5): S96-104.
7. Laoruengthana A, Pannarunothai S, Rasamimongkol S. An Analysis of Thai Diagnosis Related Group (TDRG) Reimbursement for Primary Total Knee Arthroplasty. J Med Assoc Thai 2018; 101:159.
8. Thongpeth W, Lim A, Krounal S, Thongpeth T. Determinants of Hospital Costs for Management of Chronic-Disease Patients in Southern Thailand. J Health Sci Med Res 2021; 39(4): 313-320.
9. Kanis JA, Oden A, McCloskey EV, et al. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. Osteoporos Int 2012; 23 (9): 2239-56.
10. Liu H, He L, Zhang G, Gong X, Li N. [Preliminary analysis of total cost and life quality for elder patients with femoral neck fracture]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2015; 95(33): 2686-2689.
11. Kondo A, Zierler BK, Isokawa Y, Hagino H, Ito Y. Comparison of outcomes and costs after hip fracture surgery in three hospitals that have different care systems in Japan. Health Policy 2009; 91(2): 204-210.
12. Chen LT, Lee JA., Chua BS. Howe, TS. Hip fractures in the elderly: the impact of comorbid illnesses on hospitalisation costs. Ann Acad Med Singap 2007; 36(9): 784-787.
13. Gertman PM, Lowenstein S. A research paradigm for severity of illness: Issues for the diagnosis- related group system. Health Care Financ Rev 1984; 12: 79-90.
14. Leal J, Gray AM, Prieto-Alhambra D, Arden NK., Cooper C, Javaid, MK. Judge, A. Impact of hip fracture on hospital care costs: a population-based study. Osteoporos Int 2016; 27(2): 549-58.
15. Hepgüler S, Cetin A, Değer, C, Erkent, U. Osteoporotic hip fracture costs in the elderly Turkish population. Acta Orthop Traumatol Turc. 2011; 45(5): 316-25.
16. Cheng ZA, Lin DK., Liu DB, Shen HY, Chen Q, Qiu QW, Liu SL. A 10-year-review (1998 - 2007) on 3449 cases of osteoporotic hip fractures: trend of hospitalization and inpatient costs. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2008; 29(11): 1128-1131.
17. Kannus P, Parkkari J, Sievänen H, Heinonen A, Vuori I, Järvinen M. Epidemiology of hip fractures. Bone 1996; 18(1): 57S-63S.
18. Leuiphonwanit P, Pakpianphairot C, Leechawong S. Integration in protection and treat duplicate fractures from osteoporosis. J Depart of Medi Serv 2015; 40(4): 16-18. (in Thai)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (Reader)

บทความวิจัย บทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2564) การตรวจแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิดังรายนามต่อไปนี้

1. รศ.ดร.จุฑารัตน์ สถิรปัญญา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รศ.ดร.พญ.ภัทรวัณย์ วรธนารัตน์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
4. ผศ.ดร.รัชนี มิตกิตติ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
5. ผศ.ดร.ศิริรัตน์ ปานอุทัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. ผศ.ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
7. ผศ.ดร.อรุณศรี มงคลชาติ	สถาบันสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
9. อ.ดร.กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
10. อ.ดร.คณิต หนูพลอย	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
11. อ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
12. ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ	งานอณูชีววิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
13. ดร.นิรัชรา ลิลละฮ์กุล	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
14. ดร.พุทธิไกร ประมวล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
15. ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
16. ร.ต.ดร.เรวัต รักเกื้อ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Author Guideline)
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
Health Science Journal of Thailand: Health Sci J Thai

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย (Health Science Journal of Thailand: Health Sci J Thai) ISSN 2773-8817 ซึ่งได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อวารสารจากเดิม คือ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ (Journal of Health Science, Thaksin University: J Health Sci TSU) ซึ่งเป็นวารสารที่รวบรวมและเผยแพร่ตีพิมพ์บทความวิชาการที่ผ่านการกลั่นกรองจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 3 ท่าน ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เปิดรับบทความจากบุคลากรทั้งภายในและภายนอกสถาบัน นักวิชาการ และนักวิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของวารสาร

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการวิจัย หรือประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ขอบเขตของวารสาร

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย เป็นวารสารที่รวบรวมและเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งครอบคลุมศาสตร์ทางแพทยศาสตร์ (Medicine) พยาบาลศาสตร์ (Nursing) สาธารณสุขศาสตร์ (Health professions) ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ตามรายละเอียดสำหรับสาขาย่อยของวารสารในฐานข้อมูล TCI)

กำหนดการออก

กำหนดการตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม) ของทุกปี

จำนวนบทความต่อฉบับ คือ จำนวน 8-10 บทความต่อฉบับ

คำแนะนำทั่วไป

1) บทความวิจัยและบทความวิชาการที่รับเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ต้องไม่เคยได้รับการเผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ใด ๆ มาก่อน ในกรณีผลงานส่วนใดส่วนหนึ่งของผลงานเคยได้รับเผยแพร่มาก่อน ผู้เขียนบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการและกองบรรณาธิการทราบเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมแนบเอกสารหลักฐานการเผยแพร่

2) การส่งต้นฉบับบทความวิจัยและบทความวิชาการ ผู้เขียนสามารถส่งบทความวิชาการได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ต้องมีทบคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3) เนื้อหาของบทความวิจัยและบทความวิชาการ หรือข้อคิดเห็นที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย และไม่รับผิดชอบต่อความผิดพลาดของการเผยแพร่เอกสารใด ๆ ของบทความ

4) เอกสารบทความวิจัยและบทความวิชาการทุกบทความต้องได้รับการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ก่อนการเผยแพร่ตีพิมพ์ทุกบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขานั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน ต่อบทความ โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลรายละเอียดของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความ (Double blinded peer review)

ประเภทของผลงานทางวิชาการ

สำหรับประเภทของผลงานทางวิชาการที่รับพิจารณาในการเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย จำแนกประเภทของผลงานทางวิชาการ ดังนี้

1) บทความวิจัย (Original articles) รวมถึงบทความวิจัยที่แสดงขั้นตอนของวิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเกิดขึ้นค้นพบใหม่ (รวมถึงการวิเคราะห์อภิมาน)

2) บทความวิชาการ (Academic articles) เป็นบทความที่ครอบคลุมบทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Evidence-based review และ systematic review) หรือบทความวิชาการทั่วไป (Narrative articles) ที่ผู้เขียนได้แสดงทัศน์และข้อคิดเห็นจากการเขียน

3) จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) บทความวิชาการประเภทแสดงความคิดสนับสนุนการโต้แย้งความคิดเห็นของนักวิจัย หรือการแสดงความคิดเห็นผ่านความรู้และประสบการณ์ในประเด็นที่สนใจเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ

<u>หมายเหตุ</u> สำหรับบทความวิจัย (Original articles) ต้องผ่านการพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร้อมทั้งแนบเอกสารใบรับรองที่ได้รับการอนุมัติพร้อมกับใบนำส่งบทความ

การเตรียมต้นฉบับ

1) บทความทุกประเภทกำหนดจำนวนหน้า 10 - 12 หน้ากระดาษ A4

2) พิมพ์ลงบทกระดาษด้วยตัวอักษร TH SarabunPSK ระยะขอบกระดาษ 1 นิ้ว (ระยะขอบบน ขอบล่าง ขอบซ้าย และขอบขวา) ใส่เลขหน้ากำกับ (ชิดขวา) และระยะห่างบรรทัดเท่ากับหนึ่งบรรทัด (Single space) (ระยะห่างก่อนและหลังเท่ากับ 0 pt) จัดเนื้อหากระจายแบบไทย และการเว้นวรรค 1 เคาะ (1 Space bar) ทั้งฉบับ

3) การจัดเตรียมบทความต้นฉบับ การจัดเตรียมรายละเอียดต้นฉบับบทความวิชาการประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนนำ ส่วนเนื้อหา และส่วนท้าย มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนนำ

3.1) ใบนำส่งบทความ

3.2) ปกบทความ รายละเอียดปกบทความประกอบด้วย ชื่อบทความ (Title) **(ชื่อบทความภาษาไทย/อังกฤษขนาด 20 Point ตัวหนา จัดชิดซ้าย)**

3.3) ระบุรายชื่อผู้แต่ง พร้อมกำหนดตัวเลข (ตัวเลขยก) และเครื่องหมายดอกจัน (*) รายชื่อผู้แต่งทั้งหมดเว้นวรรคด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และไม่ต้องใส่คำนำหน้าชื่อหรือตำแหน่ง *(ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ)*

3.4) ระบุตำแหน่งและหน่วยงาน (Affiliation) และที่อยู่ *(ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ)* โดยระบุด้วยตัวเลขเป็นยก และสอดคล้องกับรายชื่อในข้อ 3.3

3.5) ระบุรายระเอียดผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) โดยระบุที่อยู่จดหมายอีเล็กโทรนิกส์ (Email address) และเบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ และสอดคล้องกับรายชื่อในข้อ 3.3 ที่กำหนดให้มีเครื่องหมายดอกจัน

ส่วนเนื้อหา

3.6) บทคัดย่อ (Abstract) **ไม่เกิน 250 คำ (ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ)** และระบุคำสำคัญ (Keywords) ท้ายบทคัดย่อไม่เกิน 5 คำ ตามหลักสากลที่สอดคล้องกับหัวเรื่องบทความ และกำหนดให้บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษอยู่ในแผนเดียวกัน 1 แผ่น และรูปแบบการเขียนบทคัดย่อชนิด**ไม่มีโครงสร้าง (Unstructured abstract)** จัดกระจายไทย

3.7) เนื้อหาบทความ จำแนกเป็นหัวข้อประกอบด้วย **บทนำ วิธีการวิจัย ผลการศึกษา** และ **อภิปรายผล** โดยกำหนดให้หัวข้อเนื้อหาตัวอักษรขนาด 16 Point และเนื้อหากำหนดย่อหน้า (Tab) 0.5 นิ้ว กระจายแบบไทย สำหรับเนื้อหาในผลการศึกษา ให้ระบุความเชื่อมโยงสู่ตารางและภาพ เช่น **“ดังแสดงในตารางที่ 1 (Table 1)”** หรือ **“ดังแสดงในภาพที่ 1 (Figure 1)”**

สำหรับตารางและภาพ กำหนดให้แนบในเนื้อหาของบทความในส่วนของผลการศึกษา และกำหนดให้นำเสนอตารางและภาพรวมกันไม่เกิน 3-4 ตารางและภาพ โดยกำหนดวิธีการเขียน ดังนี้ **ตารางที่ (Table) 1 .....** และ **ภาพที่ (Figure) 1 .....**

การเขียนหัวตารางและภาพ คือ **“ตารางที่ (Table)”** (ตัวหนา เหนือตาราง) และ **“ภาพที่ (Figure)”** (ตัวหนา ใต้ภาพ) เรียงลำดับตามหมายเลขและเขียนให้เชื่อมโยงในเนื้อหาเสมอ ชื่อภาพและตารางควรกระชับไม่ซ้ำซ้อนกับเนื้อหาที่นำเสนอในตาราง สำหรับภาพ**กำหนดความละเอียด เป็นไฟล์ .jpg ขนาดประมาณ 1200-2000 pixel**

***** สำหรับคำอธิบายและเนื้อหาในตารางและภาพกำหนดให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด**

ส่วนท้าย

3.8) **เอกสารอ้างอิง** กำหนดให้อ้างอิงแบบ Vancouver style โดยการอ้างอิงในเนื้อหา (Cited in text) แบบเรียงลำดับตัวเลข (Numeric order) และการอ้างอิงในท้ายเรื่อง (References) ให้สอดคล้องกับการอ้างอิงในเนื้อหา โดยการอ้างอิงในท้ายเรื่องให้เขียนเอกสารอ้างอิง**เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น** และกำหนดให้ใช้นามสกุลและตามด้วยชื่อย่อของผู้แต่งแต่ละคน ในกรณีที่อ้างอิงเอกสารภาษาไทย ให้ผู้เขียนใช้ชื่อ

บทความ ชื่อผู้แต่ง ชื่อวารสารเป็นภาษาอังกฤษตามที่ปรากฏในบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความวิจัย หรือบทความวิชาการนั้น ๆ และระบุคำว่า **(In Thai)** ไว้ท้ายเอกสารอ้างอิงทุกครั้ง ดังแสดงในตัวอย่าง

ตัวอย่าง

การอ้างอิงในเนื้อหา

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ปัจจุบันโรคเบาหวานมีอุบัติการณ์และความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1-2] จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) พบว่า ประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มและความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น[3] ซึ่งประชาชนวัยผู้ใหญ่ประมาณ 1 ใน 10 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน[2] ในปี พ.ศ. 2558 ทวีปเอเชียมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 70.3 ล้านคน และคาดการณ์ว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 5 ล้านคนต่อปี[4] ในส่วนของสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น[5] โดยในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราตายเท่ากับ 14.93 และในปี พ.ศ. 2557 อัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 17.53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus – present and future perspectives. Nat Rev Endocrinol 2011; 8(4): 228-236.
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5): 1047-53.
3. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2011; 94(3): 311-21.
4. Rakleng S, Woradet S, Chaimay B. Prevalence of using polypharmacy in diabetic treatment among diabetic paitents type II in Phatthalung province. Journal of Health Science 2017; 26(6): 1073-1081. (In Thai)
5. World Health Organization. Health topics: [Internet] 2018 [Cited 10 October, 2018]. Diabetes. Available from: http://www.who.int/diabetes/en/.

***** ให้เขียนชื่อผู้แต่งทุกคน**

การอ้างอิงท้ายเรื่อง หรือการเขียนเอกสารอ้างอิง

หนังสือ

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. วิธีการวิจัยทางสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา; นำศิลป์โฆษณาจำกัด, 2558.

เป็น

Chaimay B. Research Methods in Public Health (Third edition). Songkhla: Namsilp Advertising Co. Ltd.; 2014. (In Thai)

บทความวิชาการ

Chaimay B, Woradet S, Chaututanon S, Phuntara S, Suwanna K. Mortality among HIV/AIDS patients coinfected with Mycobacterium Tuberculosis in southern Thailand. Southern Asian J Trop Med Public Health 2013; 44(4): 641-648.

ในกรณีบทความวิจัยและบทความวิชาการเป็นภาษาไทย (โดยใช้ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง และชื่อวารสารตามที่ปรากฏในบทความฉบับภาษาไทย เท่านั้น ไม่อนุญาตให้แปลด้วยตนเอง)

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช, จิรนันท์ ช่วยศรีนวล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ปีการศึกษา 2557. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2560; 20(2): 29-37.

เป็น

Chaimay B, Woradet S, Chuaysrinual J. Factors related to exercise behavior among students in Thaksin University, Phatthalung campus academic year 2014. Thaksin University Journal 2017; 20(2): 29-37. (In Thai)

การอ้างอิงเว็บไซต์

สำหรับการอ้างอิงเว็บไซต์ ผู้เขียนควรอ้างอิงเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น องค์กรหรือหน่วยงานราชการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติเป็นต้น สำหรับการอ้างอิงเว็บไซต์ มีรายละเอียดและตัวอย่าง ดังนี้

World Health Organization. Fact sheets: adolescent pregnancy. [Internet]. 2018 [Cited in 9 October, 2018]. Available from: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.

United Nations. Sustainable development goals: 17 Goals to transform our world. [Internet]. 2018 [Cited in 9 October, 2018]. Available from: https://www.un.org/sustainabledevelopment/.

สำหรับการอ้างอิงเอกสารจาก Website อนุญาตให้อ้างอิงได้เฉพาะเวปไวต์ที่สำคัญระดับโลก องค์ระหว่างประเทศ หรือองค์กรที่เป็นหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น

การยกเลิกบทความและการถอนบทความ

ในกรณีของการยกเลิกบทความและการถอนบทความ ผู้เขียนสามารถร้องขอได้ โดยผู้เขียนบทความแจ้งเหตุผลการขอยกเลิกบทความหรือการถอนบทความเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งให้ผู้แต่งทุกคนลงนาม และส่งมายังวารสารวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ทั้งนี้การยกเลิกบทความหรือการถอนบทความเป็นสิทธิ์และขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย เท่านั้น

สำนักงานกองจัดการวารสาร
กองจัดการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
เลขที่ 222 หมู่ที่ 2 ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210
โทรศัพท์ 0 7460 9600 ต่อ 7242 / 08 1540 7304
E-mail address: jhstsu@tsu.ac.th, editorjhstsu@tsu.ac.th,
adminjhstsu@tsu.ac.th
Website: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/index

ตัวอย่าง

ชื่อเรื่อง .....(ภาษาไทย).... Font ThSarabanPSK ขนาด point 20 จัดชิดซ้าย.....

Title .....(English).....Font ThSarabanPSK, Point 20, Left justification.....

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย (ไม่ใส่คำนำหน้า หรือตำแหน่งทาง) เว้นวรรคแต่ละคนด้วยเครื่องหมาย จุลภาค (,) กำหนดตัวเลขยก [1] และเครื่องหมายดอกจัน (*) ในตำแหน่ง Corresponding author
ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ เรียงลำดับเช่นเดียวกับภาไทย

[1] ตำแหน่ง, สถาบัน
[2] ตำแหน่ง, สถาบัน
[3] ตำแหน่ง, สถาบัน
[4] ตำแหน่ง, สถาบัน
[5] ตำแหน่ง, สถาบัน

[1] Position, Affiliation
[2] Position, Affiliation
[3] Position, Affiliation
[4] Position, Affiliation
[5] Position, Affiliation

* Corresponding author: Email: XXXXXXX, Tel: XXXXXXXXX

ชื่อเรื่อง .....(ภาษาไทย).... Font ThSarabanPSK ขนาด point 20 จัดชิดซ้าย.....

Title .....(English).....Font ThSarabanPSK, Point 20, Left justification.....

บทคัดย่อ (ตัวหนา)

.....(บทคัดย่อชนิดไม่มีโครงสร้าง และไม่เกิน 250 คำ ตัวอักษรปกติ).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

คำสำคัญ: คำสำคัญที่ 1, คำสำคัญที่ 2, คำสำคัญที่ 3, คำสำคัญที่ 4, คำสำคัญที่ 5 (ไม่เกิน 5 คำสำคัญ)

Abstract (Bold)

(Unstructured abstract and not exceeding 250 words).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Keywords: Keyword 1, Keyword 2, Keyword 3, Keyword 4, Keyword 5 (Not exceeding 5 keywords คำสำคัญแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวอักษรตัวพิมพ์ใหญ่)

บทนำ

.....[1].....
.....[2].....[3-4].....
.....
.....
.....
.....[5-7].....
.....[8-10].....[11].....
.....
.....
.....

วิธีการวิจัย

.....(ครอบคลุม รูปแบบการวิจัย ห้วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (การคำนวนหาขนาดตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือในการวิจัย การวัดและการประเมินตัวแปรตาม การวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ระบุเลขที่เอกสารอ้างอิง และวันที่ได้รับอนุมัติ)) .....
.....
.....
.....
.....

ผลการศึกษา

.....(เรียงลำดับความสำคัญตามาวัตถุประสงค์ และเชื่อมโยงกับตาราง (Table) และภาพ (Figure)) .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1

Table 1 Characteristics of patients with diabetes (n = XXX)

Characteristics	Number	Percent
Sex		
Male		
Female		

.....

.....

.....ดังแสดงในภาพที่ (Figure) 1

Figure 1 .....*กำหนดความละเอียดเป็นไฟล์ .jpg ขนาดประมาณ 1200-2000 pixel*...

อภิปรายผล

.....(1) .....

.....(2) .....(3-4) .....

....

.....

.....(5-7) .....

.....(8-10) .....(11) ....

....

.....

.....

โดยสรุป .....

.....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง

1. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus – present and future perspectives. Nat Rev Endocrinol 2011; 8(4): 228-236.
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27(5): 1047-53.
3. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Res Clin Pract 2011; 94(3): 311-21.

4. Rakleng S, Woradet S, Chaimay B. Prevalence of using polypharmacy in diabetic treatment among diabetic paitents type II in Phatthalung province. Journal of Health Science 2017; 26(6): 1073-1081. (In Thai)
5. Chaimay B, Woradet S, Chaututanon S, Phuntara S, Suwanna K. Mortality among HIV/AIDS patients coinfected with Mycobacterium Tuberculosis in southern Thailand. Southern Asian J Trop Med Public Health 2013; 44(4): 641-648.

ใบนำส่งบทความ

สถานที่เขียน.....

.....

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....

เรื่อง ขอนำส่งบทความต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ

เรียน บรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. บทความต้นฉบับ *(หรือระบุตามประเภทของบทความ)*

2. อิเล็กทรอนิกส์ไฟล์

เนื่องด้วยข้าพเจ้า.....พร้อมด้วยคณะ (ถ้ามี) มีความประสงค์ที่จะส่งบทความต้นฉบับผลงานวิจัย ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ จดหมายถึงบรรณาธิการ เรื่อง ..... บทความฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า และคณะฯ (ถ้ามีผู้ร่วมนิพนธ์) ขอรับรองว่าบทความต้นฉบับดังกล่าวนี้*ไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ในระหว่าง*ของการพิจารณาเพื่อการเผยแพร่ในวารสารอื่น ที่ประชุมวิชาการที่มีรายงานสืบเนื่องจากที่ประชุม (Proceedings) ในกรณีที่เนื้อหาส่วนใดส่วนหนึ่งของบทความดังกล่าวเคยนำเสนอหรือเผยแพร่มาก่อน ผู้นิพนธ์ได้แนบแนบเอกสารเนื้อหาบทความหรือบทคัดย่อที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อนแล้ว และผู้ร่วมนิพนธ์ทุกคนยินยอมให้ข้าพเจ้าเป็นผู้รับผิดชอบบทความฉบับดังกล่าวนี้ การเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ **และเป็นไปตามประกาศศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) เรื่อง การประเมินด้านจริยธรรม/ จรรยาบรรณวารสารวิชาการไทยในฐานข้อมูล TCI ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2562**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณารับบทความดังกล่าว เพื่อการเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ (สถานที่ติดต่อสะดวก) .....

โทรศัพท์ .....โทรสาร.....E-mail:.....

Health Science Journal of Thailand

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ
222 หมู่ 2 ต.บ้านพร้าว อ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง 93210
โทรศัพท์ 0-7460-9600 ต่อ 7242
E-mail Address : jhstsu@tsu.ac.th