

วารสารวิทยาศาสตร์ สุขภาพแห่งประเทศไทย

Health Science Journal of Thailand

HEALTH SCI J of THAI

| ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2565)
| Vol. 4 No. 2 (April - June 2022)



ISSN 2773-8817 (Online)

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย

ชื่อวารสาร	วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย (Health Science Journal of Thailand)	
เจ้าของ	มหาวิทยาลัยทักษิณ	
ที่ปรึกษาฝ่ายบริหาร	อธิการบดีมหาวิทยาลัยทักษิณ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและวิเทศสัมพันธ์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ที่ปรึกษาฝ่ายวิชาการ	ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ศาสตราจารย์ ดร.มาลินี เหล่าไพบูลย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงษ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.โสเมศรี เดชารัตน์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
กองบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.นพ.หัชชา ศรีปลั่ง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
	รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เดช สารการ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี มิตกิตติ	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดศิริ หิรัญชูณหะ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณศรี มงคลชาติ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนงค์ ภิบาล	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	อาจารย์ ดร.ขวัญจิตต์ สุวรรณพรัตน์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
กองจัดการ	นางสาวรานี ชุ่นเซ่ง	สถาบันวิจัยและพัฒนา
	นางสาวกัญญณ์ช์ เลียดรักษ์	สถาบันวิจัยและพัฒนา

วัตถุประสงค์	1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ 3. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการวิจัย หรือประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
กำหนดการออก	ปีละ 4 ฉบับ - ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มีนาคม - ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – มิถุนายน - ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม – กันยายน - ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม - ธันวาคม
รูปแบบเล่ม การเผยแพร่ การติดต่อ	ขนาด B5 (16.7x25 ซม.) ออนไลน์ (Online) กองจัดการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210 โทรศัพท์ 0 7460 9600 ต่อ 7242 E-mail address: jhsts@tsu.ac.th, editorjhsts@tsu.ac.th Website: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/ Facebook page: Health Science Journal of Thailand Facebook: https://www.facebook.com/Health-Science-Journal-of-Thailand-108294935059413/

บรรณาธิการแถลง

ในห้วงของการดำเนินการจัดทำวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 นี้ มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญระบบการบริหารงานมหาวิทยาลัยทักษิณ ซึ่งทางบรรณาธิการ รองบรรณาธิการ และกองบรรณาธิการของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ขอแสดงความยินดีกับ รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐพงศ์ จิตรินิรัตน์ ได้รับการคัดเลือกเป็นอธิการบดีมหาวิทยาลัยทักษิณ ทีมบริหาร มหาวิทยาลัยทักษิณทุกท่าน

สำหรับบทความที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ฉบับนี้ มีจำนวน 10 บทความ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยล้างไต การบริการทางเภสัชในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืดหอบ ปฏิกิริยาทำนายต่อภาวะพร่องความรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุ โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันภาวะโลหิตจาง ความรอบรู้และคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ การนวดไทยในหญิงหลังคลอด ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหาร ความรู้และทัศนคติต่อการใช้กัญญาในการรักษาทางการแพทย์ และการเปรียบเทียบการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้ที่สนใจสามารถอ่านรายละเอียดของบทความวิจัย ได้ผ่านทางเว็บไซต์

ท้ายนี้ บรรณาธิการ รองบรรณาธิการ และกองบรรณาธิการใคร่ขอเชิญชวนผู้สนใจเผยแพร่ตีพิมพ์บทความวิจัยและบทความวิชาการ โดยศึกษารายละเอียดของการนำส่งบทความ และการเตรียมต้นฉบับ ได้ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานผ่านในรูปแบบของบทความ เพื่อก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ทางสุขภาพ ต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร. ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์
บรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน “3D” ต่อพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟตและระดับฟอสเฟตในเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การศึกษาความเป็นไปได้	1
--	---

The Effects of Self Efficacy Promoting “3D” Program on Phosphate Control Behaviors and Serum Phosphate Level in Patients Receiving Hemodialysis: A Feasibility Study

อุมากร เขาสุเมรุ, พัทรี ทองมี, รพีพรรณ ผิวเรืองนนท์, เพราพิลาศ ศรีสุวรรณ, จุฑามาศ เทียนสอาด
Umagorn Khaosumain, Patcharee Thongmee, Rapeeparn Phewruangnon,
Praopilad Srisuwarn, Juthamas Tiansaard

การบริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไมเกรนที่มีความรุนแรงระดับมากของร้านยา	13
---	----

Pharmaceuical Services on Severe Migraine Headache in Community Pharmacies

องอาจ มณีใหม่, กนกวรรณ สมจิตร, ณัชฎากาญจน์ พานิชพิบูลย์, อีรวัดน์ จันทร์ไชย, วันทนีย์ วังวล
Ong-art Maneemai, Kanokwan Somjit, Natchayakarn Panichpiboon, Teerawat Junchai, Wantanee Wungwol

ปัจจัยทำนายภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช	23
--	----

Predicting Factors of Cognitive Impairment among Older Adults with Hypertension, Nakhon Si Thammarat Province

สุภา ไกรสุวรรณ, เรวดี เพชรศิราสัณห์, สายฝน เอกวรังกูร
Supa Kraisuwan, Rewwadee Petsirasan, Saifon Aekwarangkoon

ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางและเพิ่มปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของเด็กปฐมวัย จังหวัดนครศรีธรรมราช	37
---	----

Effects of Self-Help Group Program on Care Behaviors for Anemia Prevention of Primary Caregivers and Increase Hematocrit of Early Childhood

in Nakhon Si Thammarat Province

นพดารา คงรอด, ธิดารัตน์ เอกศิรินิมิตร, เกียรติกำจร กุศล
Nopdara Kongrod, Thidarat Eksirinimit, Kiatkamjorn Kusol

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน Association between Health Literacy and Quality of Life among Elderly in the Upper Northeast of Thailand ทิวากร พระไชยบุญ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, อัจฉรา นาเมือง, นาฏนภา ทีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ, อลงกรณ์ สุขเรืองกุล Tiwakron Prachai boon, Pannee Banchonhattakit, Petcherut Sirisuwan, Atchara Namuang, Natnapa Heebkaew Padchasuwan, Alongkorn Sukrueangkul	48
การนวดพื้นบ้านในการบริบาลหญิงหลังคลอดของอำเภอเมือง จังหวัดยะลา Traditional Massage in Postpartum Care of Mueang District, Yala Province ไฟศอล มาหะมะ, อานิตา นิเว Faisol Mahama, Anita Niwae	57
ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี Administrative Factors and Administrative Processes Affecting the District Health Board Implementation, Ubon Ratchathani Province กิตติ เหลาสุภาพ, ธานินทร์ ไชยานุกูล Kitti Laosupap, Thanin Chaiyanukool	67
ความรู้และทัศนคติต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชน ตำบลเขาถ่าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี Knowledge and Attitude towards Medicinal Cannabis of People at Khao Than Sub-district, Tha Chang District, Surat Thani Province อุษณีย์ เอกสุวีรพงษ์, ช่อพกา นาคมิตร Utsani Eksuweeraphong, Chorphaka Narkmit	77

ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกและการเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดย 2 วิธี	87
--	----

Risk Factors of Cervical Cancer and Comparison of 2 Methods for Cervical Cancer Screening

กิริติยา พิทยะปรีชากุล, กวีวัชร ตันติเศรณี, ปิยะพงษ์ ศรีสวัสดิ์, เบญจมาส มั่นอยู่
Keeratiya Pittayapreechakul, Kaweewat Tantiseranee, Piyapong Srisawad,
Benjamas Manyoo

ความพร้อมของการบริการตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย	95
--	----

Availability of Audiometric Services in Thailand

กฤษณ์สิทธิ์ บังคะดานรา, ชัชชัย ธนโชคสว่าง
Goontalee Bangkadanara, Chatchai Thanachoksawang



ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน “3D” ต่อพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟต และระดับฟอสเฟตในเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การศึกษาความเป็นไปได้

The Effects of Self Efficacy Promoting “3D” Program on Phosphate Control Behaviors and Serum Phosphate Level in Patients Receiving Hemodialysis: A Feasibility Study

อุมากร เขาสุเมรุ¹, พิชรี ทองมี¹, รพีพรรณ ผิวเรืองนนท์¹, เพราพิลาศ ศรีสุวรรณ¹, จุฑามาศ เทียนสาธิต^{1*}
Umagorn Khaosumain¹, Patcharee Thongmee¹, Rapeeparn Phewruangnon¹, Praopilad Srisuwarn¹,
Juthamas Tiansaard^{1*}

บทคัดย่อ

ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีอัตราการเสียชีวิตสูง การควบคุมฟอสเฟตในเลือดจึงจำเป็นอย่างยิ่ง วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน “3D” ต่อพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟต และระดับฟอสเฟตในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ 22 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน “3D” ระยะเวลาติดตาม 16 สัปดาห์ เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟต และค่าฟอสเฟตในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายสถิติ Friedman test และสถิติ Wilcoxon signed rank test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 16 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.050$) ระดับฟอสเฟตในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.050$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นได้ พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงในหน่วยไตเทียม

คำสำคัญ: ฟอสเฟตในเลือดสูง, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน

Citation:

Khaosumain U, Thongmee P, Phewruangnon R, Srisuwarn P, Tiansaard J. The effects of self efficacy promoting “3D” program on phosphate control behaviors and serum phosphate level in patients receiving hemodialysis: a feasibility study. Health Sci J Thai 2022; 4(2): 1-12. (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt. v4i2.253967>.

¹ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

¹ Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand

* Corresponding author: Email: juthamas.tia@mahidol.edu, Tel: 0814223283

Received: Sep 29, 2021; Revised: Jan 3, 2022; Accepted: Mar 7, 2022

Abstract

Hyperphosphatemia causes a high mortality rate in patients receiving hemodialysis (HD); as a result, the proper behaviors for controlling serum phosphate are crucial. This study is quasi-experimental research, one-group time-series design, aimed to evaluate the effects of Self-efficacy Promoting 3D Program on phosphate control behaviors, and serum phosphate level in patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis. The 22 participants were purposely recruited. The research instruments were Self-efficacy Promoting 3D Program, which lasted for 16 weeks. The research instruments for collecting data were questionnaires: knowledge of phosphate control, perceived self-efficacy, phosphate control behaviors, and serum phosphate level. Descriptive statistics, Friedman test, and Wilcoxon signed-rank test were used to analyze the data. The results revealed participants' scores of knowledge of phosphate control, perceived self-efficacy in controlling serum phosphate, phosphate control behaviors were significant statistically increased ($p < 0.050$) after 16 weeks of the program. Moreover, serum phosphate was decreased significantly ($p < 0.050$) at the end of the program. It indicated that the program enhanced positive clinical outcomes. Nurses should apply this program to patients with hyperphosphatemia in the hemodialysis unit.

Keyword: Hyperphosphatemia, Hemodialysis, Self-efficacy Promoting Program

บทนำ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตตลอดชีวิต ปัจจุบันมี 3 วิธีแต่วิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์^(1, 2) แต่การฟอกเลือดไม่สามารถทดแทนการทำงานของไตได้อย่างสมบูรณ์เนื่องจากการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นเพียงร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับการทำงานของไตจริง ดังนั้นผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว โดยเฉพาะความผิดปกติทางเมตาบอลิกของแร่ธาตุและกระดูก (Mineral and bone disorder: MBD) มีความผิดปกติของการหมุนเวียนกระดูก ทำให้กระดูกพรุนและหักง่าย รวมทั้งเกิดแคลเซียมสะสมในหลอดเลือดที่เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุการ

เสียชีวิตอันดับหนึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้^(1, 3-5)

คนปกติทั่วไปรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตเฉลี่ย 8 - 15 กรัมต่อสัปดาห์ ฟอสเฟตส่วนเกินจะถูกขับออกจากร่างกายพร้อมปัสสาวะเป็นทางหลัก ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีปัสสาวะน้อยหรือไม่มีปัสสาวะจึงต้องฟอกเลือดเพื่อกำจัดฟอสเฟตทดแทน แต่การฟอกเลือดสามารถกำจัดฟอสเฟตได้เพียง 2.4-3.6 กรัมต่อสัปดาห์^(1, 4-6) ดังนั้นผู้ป่วยจึงยังจำเป็นต้องควบคุมอาหารฟอสเฟตและรับประทานยาจับฟอสเฟตอย่างเคร่งครัด โดยแนวปฏิบัติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี 2557 แนะนำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดควรมีค่าฟอสเฟตในเลือด 2.7-4.9 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร^(1, 3, 5) ปัจจุบันแนวคิดใหม่ (Novel paradigm) ในการควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพต้องควบคุม 3 องค์ประกอบ (3D) ได้แก่ อาหารและเครื่องดื่ม (Diet) ยาจับฟอสเฟต

(Drug) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HemoDialysis)^(3, 6)

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังมีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงถึงร้อยละ 50 – 74^(4, 5) และโปรแกรมการจัดการที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นเรื่องยาจับฟอสเฟตทั้งการให้ความรู้ การปรับพฤติกรรมในการรับประทานยา ระยะเวลา 4 - 12 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาและมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น แต่ระดับฟอสเฟตลดลงไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁻⁹⁾ ในขณะที่โปรแกรมที่ให้ความรู้ทั้งเรื่องยาจับฟอสเฟตและอาหาร ร่วมกับการใช้วิดีโอ เอกสาร แผ่นพับ การ์ตูนเตือนความจำ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ที่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งความรู้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจับฟอสเฟต และฟอสเฟตในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(10, 11) เช่นเดียวกับวิจัยที่จัดโปรแกรมครอบคลุมอาหาร ยาจับฟอสเฟต และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (3D) ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการลดลงของฟอสเฟต มากกว่ากลุ่มควบคุม^(12,13)

หลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง บุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงจะรับรู้ว่าคุณสมบัติเป็นสิ่งท้าทายไม่ใช่ปัญหา ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลสูงในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีพื้นฐานจากการได้รับข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การชักจูงด้วยคำพูด 2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 3) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์⁽¹⁶⁾ สิ่งเหล่านี้จะช่วยสร้างเสริมสมรรถนะและทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่ดีในการควบคุมระดับฟอสเฟตได้ ดังผลการศึกษาของซ็วาล วงศ์สารี

และวรรณศิริ ปราณิธรรม ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ การรับรู้ความเชื่อมั่นความสามารถแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของจุฑารัตน์ และคณะ ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟตของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องฟอสเฟต การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และระดับฮอร์โมนพาราไธรอยด์ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับฟอสเฟตร้อยละ 51.5 ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ($\square = .679, t = 9.14, p < 0.001$)⁽¹⁵⁾

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลไตเทียม ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยฟอกเลือดตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมระดับฟอสเฟต จึงนำแนวคิดสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนแบบรายบุคคล 3D ระยะเวลาติดตาม 16 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเกิดพฤติกรรมในการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้สามารถนำมาพัฒนาคุณภาพการบริการการดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดจากการรักษาภาวะแทรกซ้อนระยะยาว และลดอัตราการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน 3D ต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟต และระดับฟอสเฟตในเลือดในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟต และระดับฟอสเฟตในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน 3D

วิธีการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-group time series design) ระยะเวลาในการติดตาม 16 สัปดาห์

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ช่วงเดือนสิงหาคม 2563 ถึงมีนาคม 2564

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า 3 เดือน 2) มีค่าฟอสเฟตในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 5.0 mg/dl และรับประทานยาจับฟอสเฟตอย่างน้อย 1 ชนิด 3) อายุ 20 ปีขึ้นไป ในกรณีที่อายุมากกว่า 60 ปี ต้องได้คะแนนจากแบบทดสอบหมวดหมู่มากกว่า 24 คะแนน 4) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถให้ข้อมูลได้ และ 5) มีอุปกรณ์สมาร์ตโฟน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีประวัติเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน เกณฑ์การถอนออก (Withdrawal criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล และ 2) ผู้ป่วยขอยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

การศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ นี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหน่วยไตเทียมในโรงพยาบาลรัฐ 1 แห่ง ช่วงเดือนสิงหาคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 พบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 25 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 49 ราย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) เครื่องมือคัดกรอง ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีอายุมากกว่า 60 ปี ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) ใช้ในการคัดกรองความจำและการรู้คิด พัฒนาขึ้นโดยไอแซคส์และอัคร์ทาร์⁽¹⁷⁾ โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกชื่อของสี สัตว์ ผลไม้ และจังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ คะแนนรวม 40 คะแนน ผู้ป่วยที่ได้คะแนนมากกว่า 24 คะแนน แปลว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ปกติ (Normal cognitive status) เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ป่วยและมีการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงคัดเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ปกติและสามารถให้ข้อมูลได้ตรงความเป็นจริง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1) โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน “3D” สร้างโดยคณะผู้วิจัย จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องการควบคุมระดับฟอสเฟตครอบคลุม 3 เรื่อง (3D) ได้แก่ การควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม (Diet) ยาจับฟอสเฟต (Drug) และความจำเป็นในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemo Dialysis)⁽⁹⁻¹²⁾ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา⁽¹⁶⁾ เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและวิธีการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือด ร่วมกับใช้แหล่งพื้นฐานการได้รับข้อมูลที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากทั้ง 4 แหล่ง ได้แก่ 1. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional state) ผู้วิจัยจะประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนเริ่มโปรแกรม ทักทายด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง สอบถามอาการทั่วไป ข้อมูลเดิมที่ผู้ป่วยรับรู้และปฏิบัติในกับการควบคุมฟอสเฟต และระหว่างใน

โปรแกรมมีการให้กำลังใจเพื่อไม่ให้ย่อท้อหรือเกิดความเครียด ไม่ตำหนิให้รู้สึกผิด 2. โน้มน้าวชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการพูดโน้มน้าวชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมอาหารและรับประทานยาได้ พร้อมทั้งชมเชยเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมถูกต้องเหมาะสมให้กำลังใจ ช่วยหาทางแก้ไขหากไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามที่วางแผนได้ 3. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experience) โดยเป็นการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbol model) ในรูปแบบของสื่อการสอนโปสเตอร์ และวิดีโอที่บรรยายโดยอาจารย์แพทย์โรคไต ซึ่งเป็นแหล่งความรู้ ข้อมูลคำแนะนำจากบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นว่าเชื่อถือได้ 4. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishment) ในการติดตามผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์พฤติกรรมในการควบคุมอาหารและการรับประทานยาของตนเองที่ทำให้ประสบความสำเร็จและชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้อง พร้อมกับแจ้งผลเลือดฟอสเฟตสัปดาห์ที่ 8 ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมระยะเวลาในโปรแกรม 16 สัปดาห์

2.2) สื่อการสอนโปสเตอร์ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาความรู้ครอบคลุมแหล่งที่มาของฟอสเฟตและวิธีการกำจัดฟอสเฟตออกจากร่างกายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลัก 3D โดยเครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ประสบการณ์ทำงาน 10 ปีขึ้นไป 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคไต 1 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1.0

2.3) วิดีโอ การให้ความรู้เกี่ยวกับฟอสเฟต และอธิบายวิธีการควบคุมระดับฟอสเฟตตามหลัก 3D พัฒนาและบรรยายโดยอาจารย์แพทย์อายุรศาสตร์โรคไต ความยาวประมาณ 10 นาที ซึ่งผู้ป่วยสามารถ

ดูซ้ำได้ทุกเวลาที่ต้องการ โดยการเปิดดูผ่านการสแกนรูปภาพคิวอาร์โค้ด หรือจัดเก็บวิดีโอไว้ในอุปกรณ์สมาร์ทโฟน

3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา โรคร่วม ระยะเวลาที่ฟอกเลือด จำนวนครั้งของการฟอกเลือด ผลเลือดฟอสเฟต แคลเซียม พาราไทรอยด์ฮอร์โมน ค่าความเคี้ยวพอนในการฟอกเลือด (Kt/V) ยาที่ใช้ในปัจจุบัน

3.2) แบบสอบถามความรู้เรื่องการควบคุมฟอสเฟต สร้างโดยจุฑาภัทร์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการขอและได้รับอนุญาตให้ใช้ได้ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาหาร 8 ข้อ ยาจับฟอสเฟต 6 ข้อ วิธีการและเหตุผลของการควบคุมฟอสเฟต 6 ข้อ รวม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-20 คะแนน

แบบสอบถามนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการวัดผลของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.88 หลังนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

3.3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมฟอสเฟต สร้างโดยจุฑาภัทร์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการขอและได้รับอนุญาตให้ใช้ได้ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการบริโภคอาหารฟอสเฟต 10 ข้อ ยาจับฟอสเฟต 10 ข้อ รวม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าระดับความมั่นใจ ตั้งแต่ 0-100 เปอร์เซ็นต์ ระดับความมั่นใจ 0 เปอร์เซ็นต์ คือ ไม่มั่นใจเลยว่าตนเองทำได้ และระดับความมั่นใจ 100 เปอร์เซ็นต์ คือ มั่นใจว่าตนเองทำได้มากที่สุด จากนั้นนำคะแนนรวมมาหารด้วย 20 ดังนั้นค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-100 คะแนน

แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความตรงตามเนื้อหาเรื่องอาหารและเรื่องยา เท่ากับ 0.84 และ 0.96 ตามลำดับ หลังนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และ 0.87 ตามลำดับ

3.4) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟต สร้างโดยจุฑาภรณ์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการขอและได้รับอนุญาตให้ใช้ได้ แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารฟอสเฟตทั้งในกลุ่มเนื้อสัตว์ ธัญพืช ผัก อาหารแปรรูป เครื่องดื่มและของหวานและการบริโภคอาหารฟอสเฟตต่ำที่ควรบริโภค แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 3 ข้อ คำถามเชิงลบมี 17 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง บริโภคทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง บริโภค 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง บริโภค 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง บริโภค 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่บริโภคเลย แปลผลคะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 5 คะแนน ในข้อความที่เป็นบวก หรือ 1 คะแนนในข้อความที่เป็นลบ และไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนนในข้อความที่เป็นบวก หรือ 5 คะแนนในข้อความที่เป็นลบ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานยาจับฟอสเฟต 10 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาจับฟอสเฟต ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ลักษณะคำตอบเป็น 3 ตัวเลือก โดยข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10 ถ้าปฏิบัติถูกต้องมาก ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน ให้ 2 คะแนน และถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องเลย ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อ 4, 8, 9 ไม่นำมาคิดคะแนน แต่จะนำคำตอบไปใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมฟอสเฟต ดังนั้นคะแนนรวมพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟตในเลือดทั้ง 2 ส่วน คือ 27 - 121 คะแนน

แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 หลังนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

3.5) ระดับฟอสเฟตในเลือด มีการติดตามผลเลือดฟอสเฟตทุก 2 เดือน ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานการดูแล ของหน่วยไตเทียม โดยผลเลือดได้รับการตรวจวิเคราะห์ตามมาตรฐานของห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรอง ISO15189 สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้เริ่มดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ MURA020/1164 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล โดยการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธ และ/หรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาหรือการบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของโปรแกรม ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นไปตามความสมัครใจ และต้องมีการลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนจึงเริ่มโปรแกรม และเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ยกเว้นมีปัญหายาสาตาผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความให้ฟังโดยไม่มีการชี้นำคำตอบ

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ประมาณ 45 - 50 นาที: ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานจากแฟ้มประวัติ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม จากนั้นเริ่มโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนรายบุคคล “3D” ร่วมกับการดูวิดีโอผ่านการสแกน QR code ใน

ระหว่างโปรแกรมจะมีการตั้งคำถามทวนกลับและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างถามคำถามในสิ่งที่สงสัยเป็นระยะ และวางแผนเลือกวิธีที่เหมาะสมที่จะนำไปปฏิบัติได้จริงเมื่ออยู่บ้าน

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) ประมาณ 10 - 20 นาที: ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสผู้ป่วยให้พูดคุยระบายความรู้สึก เล่าประสบการณ์ หรือพฤติกรรมในการควบคุมอาหารและการรับประทานยาของตนเพื่อลดความเครียด นอกจากนี้มีการสอบถามอุปสรรคปัญหา ไม่ตำหนิหรือกดดัน และช่วยหาวิธีจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น กล่าวชมเชยผู้ป่วยที่ปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้องเพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) ประมาณ 40 - 45 นาที: ผู้วิจัยรวบรวมผลเลือดฟอสเฟต เข้าพบกลุ่มตัวอย่างและให้ทำแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยแจ้งผลเลือดฟอสเฟตให้ทราบ พร้อมทั้งทบทวนความรู้และพฤติกรรมในการควบคุมฟอสเฟตตามผลเลือดฟอสเฟตของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับฟอสเฟตในเลือดลดลง ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหารและการรับประทานยา กล่าวชมเชยพฤติกรรมเดิมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง และพูดโน้มน้าวให้กำลังใจในการควบคุมอาหารและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยที่ระดับฟอสเฟตในเลือดไม่ลดลง เปิดโอกาสให้พูดคุย ลดความตึงเครียด รวมทั้งสังเกตกิริยาท่าทางและการได้ตอบพูดคุยให้กำลังใจเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยย่อท้อและช่วยหาวิธีจัดการอุปสรรคที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งสอบถามอุปสรรคปัญหา ตอบข้อคำถามสิ่งที่สงสัย

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 12) ประมาณ 10 - 20 นาที: กิจกรรมเหมือนครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4)

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 16) ประมาณ 40 - 45 นาที: กิจกรรมเหมือนครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) พร้อมกล่าวขอบคุณสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟต และระดับฟอสเฟตในเลือด วิเคราะห์โดยสถิติบรรยาย ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟต และระดับฟอสเฟตในเลือด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดน้อยกว่า 30 และข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Friedman test เมื่อเปรียบเทียบ 3 ช่วงเวลา และใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ 2 ช่วงเวลา

ผลการศึกษา

ช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย 16 สัปดาห์ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอลถอนตัวจากงานวิจัย แต่คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 22 ราย เนื่องจากเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล 2 ราย (ผ่าตัดเปลี่ยนไต 1 ราย ติดเชื้อ 1 ราย) และเสียชีวิต 1 ราย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 35 - 84 ปี เฉลี่ย 59.5 (SD = 13.45) ปี วิทยุใหญ่และวิทยุสูงอายุ เท่ากันร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.12 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 50 มีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.82 โรคเบาหวาน ร้อยละ 40.91 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 เวลาที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1 - 26 ปี เฉลี่ย 6.14 ปี กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 มีค่าความเพียงพอในการฟอกเลือด (Kt/V) เป็นไปตามมาตรฐาน 1.27 - 2.15 เฉลี่ย 1.68 และส่วนใหญ่ได้รับยาจับฟอสเฟต 2 ชนิด (ร้อยละ 45.45) ได้แก่ CaCO_3 , Fosrenal, Regpara, Renvela (ร้อยละ 68.18, 36.36, 22.73, 31.82 ตามลำดับ) ผลเลือดแคลเซียมเฉลี่ย 8.60 mg/dL, ผลเลือดฮอร์โมนพาราไทรอยด์เฉลี่ย 613.69 pg/ml, ผลเลือดอัลบูมินเฉลี่ย 35.41 mg/dL

ความรู้เรื่องการควบคุมฟอสเฟต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.05 คะแนน (Min : Max, 1 : 18) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่าเรื่องที่มีควมรู้น้อย 3 อันดับ คือ เครื่องปรุงรสที่มีฟอสเฟตสูง ปลาที่มีฟอสเฟตสูง และวิธีการจัดการหากลิ้มรับประทานยาจับฟอสเฟต ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น เฉลี่ย 15.41 คะแนน (Min : Max, 8 : 19)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมฟอสเฟต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมเฉลี่ย 75.86 คะแนน (Min : Max, 45 : 99) แบ่งเป็นส่วนการรับรู้สมรรถนะการบริโภคอาหารฟอสเฟต เฉลี่ย 35.56 คะแนน และส่วนการรับรู้สมรรถนะการรับประทานยาจับฟอสเฟต เฉลี่ย 40.07 คะแนน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมเฉลี่ย 83.27 คะแนน (Min : Max, 45.25 : 100) แบ่งเป็นส่วนการรับรู้สมรรถนะการบริโภคอาหารฟอสเฟต เฉลี่ย 38.43 คะแนน และส่วนการรับรู้สมรรถนะการรับประทานยา จับฟอสเฟต เฉลี่ย 44.59 คะแนน

พฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุม

ฟอสเฟต รวมเฉลี่ย 70.82 คะแนน (Min : Max, 39 : 108) แบ่งเป็นส่วนการรับประทานอาหาร เฉลี่ย 53.68 คะแนน และส่วนการรับประทานยา เฉลี่ย 17.14 คะแนน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน รวมเฉลี่ย 98.41 คะแนน (Min : Max, 67 : 114) แบ่งเป็นส่วนการรับประทานอาหาร เฉลี่ย 79.6 คะแนน และส่วนการรับประทานยา เฉลี่ย 18.77 คะแนน

ระดับผลเลือดฟอสเฟต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าฟอสเฟตในเลือด เฉลี่ย 6.05 mg/dl ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าฟอสเฟตในเลือด เฉลี่ย 5.04 mg/dl

ผลการเปรียบเทียบภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 ช่วงเวลาโดยใช้สถิติ Friedman test พบว่าทุกตัวแปรแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ช่วงเวลา ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 8 ส่วนพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟตเพิ่มขึ้น และระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 16 ดังแสดงในตารางที่ (Table) 2

Table 1 Comparing the scores within-group differences over time using Friedman test (n = 22)

	Mean (SD)			χ^2
	T0	T1	T2	
Knowledge of phosphate control	11.05 (3.98)	15.64 (2.68)	15.41 (2.50)	20.17**
Perceived self-efficacy	75.86 (13.54)	82.27 (14.83)	83.27 (11.21)	8.75*
Phosphate control Behaviors	70.82 (21.22)	75.91 (17.74)	98.41 (9.52)	20.73**
Serum phosphate level	6.05 (0.92)	5.23 (1.58)	5.04 (1.43)	11.32*

Note: T0: baseline data collection, T1: 8-week data collection, T2: 16-week data collection,

* p < 0.050, ** p < 0.001

Table 2 Comparing the scores between two periods using Wilcoxon signed ranks test. (n = 22)

	Z value		
	T0 vs T1	T1 vs T2	T0 vs T2
Knowledge of phosphate control	-3.82**	-0.57	-3.51**
Perceived self-efficacy	-2.28*	-0.12	-2.58*
Phosphate control Behaviors	-1.79	-3.77**	-3.69**
Serum phosphate level	-1.86	-1.10	-2.55*

Note: T0: baseline data collection, T1: 8-week data collection, T2: 16-week data collection,

* p < 0.050, ** p < 0.001

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้บ่งชี้ได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนรายบุคคล “3D” แบบรายบุคคล ระยะเวลา 16 สัปดาห์ มีคะแนนพฤติกรรมควบคุมฟอสเฟตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมมีการจัดกิจกรรมบนพื้นฐานกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา⁽¹⁶⁾ ดังนี้ 1. ผู้วิจัยมีการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ (Physiological and emotional state) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มโปรแกรม ทักทาย พูดคุยด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง และระหว่างในโปรแกรมจะมีการให้กำลังใจเพื่อไม่ให้ย่อท้อ และ ไม่มีการตำหนิให้รู้สึกผิดหรือเกิดความเครียด 2. ผู้วิจัยมีการใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว (Verbal persuasion) ชมเชยให้กำลังใจ ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมการรับประทานอาหารและยาได้ 3. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbol model) ทั้งในรูปแบบของสื่อการสอนโปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับฟอสเฟตและวิธีการในการควบคุมฟอสเฟตที่มีประสิทธิภาพเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญใดเทียม และวิดีโอที่บรรยายโดยอาจารย์แพทย์โรคไต ซึ่งเป็นแหล่งความรู้ ข้อมูลคำแนะนำจากบุคคลที่ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าเชื่อถือได้

นอกจากนี้ข้อดีคือสามารถเปิดดูได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ และ 4. ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishments) โดยในการติดตามผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์พฤติกรรมในการควบคุมการรับประทานอาหารและยาของตนเองที่ทำให้ประสบความสำเร็จ พร้อมกับการแจ้งผลเลือดฟอสเฟตสัปดาห์ที่ 8 ให้ทราบ เพื่อช่วยให้เห็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองเป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถประเมินค่าตนเองในทางบวกภายใต้ขอบเขตของความเป็นจริง ช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและปฏิบัติพฤติกรรมนี้อย่างต่อเนื่อง

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Bandura⁽¹⁶⁾ ที่เชื่อว่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีสมรรถนะมีความสามารถที่จะทำสิ่งเหล่านี้ได้ (Efficacy beliefs) ทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง คือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมควบคุมฟอสเฟตและระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ในสัปดาห์ที่ 16 ถึงแม้ระดับฟอสเฟตในเลือดสัปดาห์ที่ 16 ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ก็พบว่ายังมีค่าสูงกว่าคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี 2557 อย่างไรก็ตามจากการทบทวนหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับฟอสเฟตในเลือด <5.5 mg/dL สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระบบหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน⁽³⁻⁶⁾

การวิจัยนี้เป็นให้ความรู้เรื่องการควบคุมฟอสเฟตครอบคลุม 3D ทำให้ผลการศึกษาในสัปดาห์ที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้ตั้งใจไว้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟตเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 8 และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 16 เช่นเดียวกับระดับฟอสเฟตในเลือดที่ลดลงในสัปดาห์ที่ 8 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 16 แตกต่างกับผลการศึกษาของภัทราวดี จินทนา และคณะ⁽⁷⁾ และ Sandlin, et al⁽⁸⁾ ที่เป็นโปรแกรมการให้ความรู้ในการควบคุมฟอสเฟต เรื่องการรับประทานยาจับฟอสเฟต พบว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการรับประทานยาจับฟอสเฟต และมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสามารถอธิบายได้จากทั้ง 2 การศึกษาเป็นโปรแกรมที่เน้นเพียงการรับประทานยาจับฟอสเฟต แต่การศึกษานี้ในปัจจุบันแนะนำให้คำนึงถึงอีก 2 ปัจจัยด้วยการควบคุมปริมาณอาหารที่มีฟอสเฟตสูง และการฟอกเลือดให้มีความพอเพียงของการฟอกเลือดเป็นไปตามมาตรฐาน^(1, 5, 6) จึงจะทำให้การควบคุมฟอสเฟตมีประสิทธิภาพสูงสุด

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่นำแนวคิดเรื่องการควบคุมฟอสเฟตตามหลัก Diet, Drink, Drug และ Hemodialysis (4D) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง ทั้งการศึกษาของ

Milazi, et al^(12, 13) และ Shi, et al⁽¹¹⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ทั้งความรู้ พฤติกรรม และระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นการยืนยันแนวคิดใหม่เรื่องการควบคุมฟอสเฟตในเลือด 4D ว่ามีประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นจริง

การศึกษานี้แสดงให้เห็นความสำคัญในบทบาทอิสระของพยาบาลไตเทียมในการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือด ทั้งการให้ความรู้และจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในทุกมิติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ในการควบคุมฟอสเฟตอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อจำกัดของงานวิจัย

แม้ว่างานวิจัยแบบทดลองชนิดสุ่มจะมีความน่าเชื่อถือมากที่สุดในการตัดสินประสิทธิภาพ แต่การวิจัยนี้เลือกการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เนื่องจากช่วงระยะเวลาของการดำเนินการวิจัยอยู่ภายใต้มาตรการการรักษาระยะห่างจากการแพร่ระบาดใหญ่ของโควิด-19 ซึ่งผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลจากหน่วยไตเทียมแห่งเดียว ทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่างและการแบ่งกลุ่มสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผลการวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะ

1) สามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน “3D” เพื่อควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีฟอสเฟตในเลือดสูงในหน่วยไตเทียมอื่นๆ ได้ และควรส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2) การทำวิจัยครั้งต่อไปควรให้ผู้ดูแล (Caregiver) เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรม เนื่องจากผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายมีผู้ดูแลช่วยจัดการ

เรื่องอาหารให้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรม

3) ควรมีการทำวิจัยทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) เพื่อที่จะยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4) ควรมีการทำวิจัยแบบติดตามผู้ป่วยระยะยาว (Longitudinal study) ระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี และเพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรม การลดลงของระดับฟอสเฟตในเลือด และภาวะแทรกซ้อนด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. The Nephrology Society of Thailand. Hemodialysis Clinical Practice Recommendation 2014. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2014. (in Thai)
2. The Nephrology Society of Thailand. Thailand renal replacement therapy registry report 2017. Chuasuwan A, Praditpornsilpa K, editors Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2017.
3. Kidney Disease Improving Global Outcomes CKD-MBD Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl.* 2009; (113): S1-130.
4. Fernández-Martín JL, Dusso A, Martínez-Camblor P, Dionisi MP, Floege J, Ketteler M, London G, Locatelli F, Górriz JL, Rutkowski B, Bos WJ. Serum phosphate optimal timing and range associated with patients' survival in haemodialysis: the COSMOS study. *Nephrol Dial Transplant* 2019; 34(4): 673-681.
5. Shaman AM, Kowalski SR. Hyperphosphatemia management in patients with chronic kidney disease. *Saudi Pharm J.* 2016; 24(4): 494-505.
6. Rastogi A, Bhatt N, Rossetti S, Beto J. Management of Hyperphosphatemia in End-Stage Renal Disease: A New Paradigm. *J Ren Nutr* 2021; 31(1): 21-34.
7. Jintana P, Sriyuktasuth A, Pongthavornkamol K, Nata N. Information-motivation-behavioral skills program improved phosphate binder adherence in patients with chronic hemodialysis. *J Nurs Sci* 2016; 34(2): 92-101. (in Thai).
8. Sandlin K, Bennett PN, Ockerby C, Corradini AM. The impact of nurse-led education on haemodialysis patients' phosphate binder medication adherence. *J Ren Care* 2013; 39(1): 12-18.
9. Hjemås BJ, Bøvre K, Mathiesen L, Lindstrøm JC, Bjerknes K. Interventional study to improve adherence to phosphate binder treatment in dialysis patients. *BMC Nephrol* 2019; 20(1): 178.
10. Cheng TY, Tarng DC, Liao YM, Lin PC. Effects of systematic nursing instruction on a low-phosphorus diet, serum phosphorus level and pruritus of patients on haemodialysis. *J Clin Nurs* 2017; 26(3-4): 485-494.
11. Shi YX, Fan XY, Han HJ, Wu QX, Di HJ, Hou YH, et al. Effectiveness of a nurse-led intensive educational program on chronic kidney failure patients with hyperphosphatemia: randomized

- controlled trial. *J Clin Nurs* 2013; 22(7-8): 1189-1197.
12. Milazi M, Douglas C, Bonner A. A bundled phosphate control intervention (4Ds) for adults with end-stage kidney disease receiving haemodialysis: A cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2021; 77(3): 1345-1356.
 13. Milazi M, Bonner A, Douglas C. Effectiveness of educational or behavioral interventions on adherence to phosphate control in adults receiving hemodialysis: a systematic review. *JBIEvid Synth* 2017; 15(4): 971-1010.
 14. Wongsaree C, Praneetham W. The study of relationship and factors influencing of dietary and fluid consumption among end stage renal disease patient receiving hemodialysis. *J Royal Thai Army Nurses* 2018; 19(3): 117-125. (in Thai).
 15. Isaacs B, Kennie AT. The Set test as an aid to the detection of dementia in old people. *Br J Psychiatry* 1973; 123(575): 467-470.
 16. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84(2): 191.
 17. Suwanpairat J. Factors influencing serum phosphate control behaviors in hemodialysis patients. [Master's Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2012. (in Thai)



การบริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไมเกรนที่มีความรุนแรงระดับมาก ของร้านยา

Pharmaceutical Services on Severe Migraine Headache in Community Pharmacies

องอาจ มณีใหม่^{1*}, กนกวรรณ สมจิตร์¹, ณัชฎาภิญญา พานิชพิบูลย์¹, อีรวรรณ จันทน์ไชย¹, วันทนีย์ วังวล¹
Ong-art Maneemai^{1*}, Kanokwan Somjit¹, Natchayakarn Panichpiboon¹, Teerawat Junchai¹,
Wantanee Wungwol¹

บทคัดย่อ

การกำเริบของโรคไมเกรนที่มีความรุนแรงระดับมากต้องได้รับการรักษาที่จำเพาะ การศึกษาเกี่ยวกับการบริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไมเกรนของประเทศไทยมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไมเกรนที่มีระดับความรุนแรงระดับมากในร้านยา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยใช้ผู้ป่วยจำลองโรคไมเกรนที่มีระดับความรุนแรงระดับมากในร้านยา จำนวน 57 ร้านในพื้นที่จังหวัดพะเยา ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจำลองได้รับการบริการจากผู้ให้บริการที่เป็นเภสัชกรจำนวน 33 ร้าน (57.89%) และไม่ใช่เภสัชกร จำนวน 24 ร้าน (42.11%) ยาที่ถูกจ่ายมากที่สุดคือ ยาบรรเทาอาการปวด (n = 30, 52.63%) เช่น ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (n = 14, 24.56%), Ergotamine (n = 8, 14.04%) และ Paracetamol (n = 8, 14.04%) โดยพบการจ่ายยาร่วมกันระหว่างยาบรรเทาอาการปวดและยากลุ่มอื่นๆ จำนวน 13 ร้าน (22.81%) ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนที่จ่ายมากที่สุดคือ Domperidone (n = 8, 14.04%) ร้านยาจ่ายยาป้องกันการกำเริบซ้ำ (n = 6, 10.53%) เช่น Flunarizine (n = 3, 5.26%), Cinnarizine (n = 2, 3.51%) และ Amitriptyline (n = 1, 1.75%) โดยสรุปพบว่า ร้านยาสวนมากมีการซักประวัติและการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยโรคไมเกรนมีระดับความรุนแรงระดับมากไม่เหมาะสม ฉะนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องจัดให้มีการส่งเสริมความรู้และทักษะในการจัดการผู้ป่วยไมเกรนในร้านยาเพิ่มเติม

คำสำคัญ: ไมเกรน, เภสัชกรรม, ร้านยา

* Corresponding author: E-mail: ongart.ma@up.ac.th, 0622387888

Received: Sep 20, 2021; Revised: Feb 28, 2022; Accepted: Mar 14, 2022

<https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.253730>

Citation:

Maneemai O, Somjit K, Panichpiboon N, Junchai T, Wungwol W. Pharmaceutical services on severe migraine headache in community pharmacies. Health Sci J Thai 2022; 4(2): 13-22. (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.253730>.

¹ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา 56000

¹ School of Pharmaceutical Sciences, University of Phayao, 56000, Thailand

Abstract

Severe migraine attacks often required treatment with specific drugs. The study of pharmaceutical services on the patients with migraine headache has still been limited in Thailand. This study aimed to investigate the pharmaceutical services offered for a severe migraine patient in the community pharmacies. The study was descriptive research and collected data by using a simulated patient with a severe migraine headache. The fifty-seven community pharmacies, in Phayao province, Thailand, were assessed for the pharmaceutical services. The results demonstrated that the simulated patients received the services from 33 pharmacist-pharmacies (57.89%) and 24 non-pharmacist pharmacies (42.11%). The most frequent dispensed medication was the single drug of pain relievers (n = 30, 52.63%). Non-steroidal anti-inflammatory drug (n = 14, 24.56%), ergotamine (n = 8, 14.04%), and paracetamol (n = 8, 14.04%) were top three most dispensed pain relievers, respectively. Combination therapy between analgesics and other medications was found in 13 pharmacies (22.81%). Domperidone was used as an antinausea drug (n = 8, 14.04%). Prophylactic drugs (n = 6, 10.53%) were flunarizine (n = 3, 5.26%), cinnarizine (n = 2, 3.51%), and amitriptyline (n=1, 1.75%). In conclusion, most pharmacy personnel performed inappropriate practice on taking the necessary information from the patient and drug dispensing for severe migraine. Educational interventions should be developed and trained to improve knowledge and practice in the migraine management.

Keywords: Migraine, Pharmacy, Community pharmacy

Introduction

Pharmacists are one of the important parts of the healthcare system. Their primary role is providing drug and medications and other services in patient care. Thus, their knowledge and skills are vital in achieving the patient's outcomes. In Thailand, the community pharmacies were allowed to diagnose illnesses, dispense medications, and give recommendations to the patients. However, the prior studies showed that community pharmacies provided the inappropriate pharmaceutical services such as patient's history taking, medication counselling, and

medication label writing⁽¹⁻³⁾.

Evidence in this area suggests that migraine is not well manage in community pharmacies across the world. Health care providers performed misdiagnose, and many patients who are correctly diagnosis receive sub-optimal treatment^(2, 4, 5). Furthermore, patients with migraine about 67% avoided and delayed the use of antimigraine drugs due to various reasons⁽⁶⁾. On the contrary, some patients overuse such drug, leading to the transformation of migraine to medication-overuse headache⁽⁷⁾.

The study of pharmaceutical services on the patients with migraine headache was limited in Thailand. The previous study was conducted in mild and moderate migraine patients among pharmacy personnel in southern of Thailand. The results showed that most pharmacists and non-pharmacists had inadequate knowledge and inappropriate practice regarding management of mild and moderate migraine⁽²⁾. Severe migraine attacks often required treatment with specific drugs. However, a significant number of patients with migraine headache may not receive appropriate medications⁽⁸⁾.

Lack of knowledge and the inability to provide appropriate pharmaceutical care is an important barrier hindering the effective management of severe migraine headache. The simulated patient approach has been developed to evaluate the community pharmacists' competency. This approach involves training a patient – individual who impersonates a character and simulates specific circumstance^(9, 10). This study applied simulated patient approach to investigate the pharmaceutical services to a severe migraine patient in community pharmacies, focusing on taking patient's history and dispensed medications.

Methods

Design and population

This descriptive study was conducted in Phayao province, located in northern Thailand. The study population was 62 community pharmacy units. Taro Yamane's formula was

used for sample size calculation. The minimum sample size was 54. The minimum number of needed samples was added to ensure that the study has an adequate sample size. In the fieldwork, data was collected from 57 community pharmacies. List of all community pharmacies obtained from the provincial public health office of Phayao.

Data collection

The data was collected by two female simulated patients (the fifth-year pharmacy students, 21-year-old). Couples collected data in every community pharmacy. The first simulated patient played role as a migraine patient that had a terrible headache and asked for the treatment at a drugstore. The other one observed and memorized the details of interaction during their conversation. The simulated patients memorized the provider behaviors and relevant information during the encounter. After leaving the drugstore, all information including questions, necessary information, dispensing medication, and advice provided by the pharmacy personnel were filled in the data collection form. All visits took place between 1 to 8 pm because many pharmacists worked in the pharmacies part time, so that they were most likely to be on duty during that time frame and simulated patients visit the providers when there were no or only a few customers in the pharmacy. During the encounters, they could interact with the providers as long as needed.

The data collection form was developed using relevant information from literature

reviews. The instrument was then reviewed and assessed by 4 experts; two were clinical instructors in the department of pharmacy practice and experience in teaching and practicing in community pharmacies and two were community pharmacists. Thirty items of question asking, each answered “Do” = 1 or “Don’t” = 0. The appropriate dispensing was defined as a triptan (without NSAIDs, ergotamine, and prophylactic medication). Drug dispensing practice was reported as frequencies.

Simulated patients

The scenario was used to evaluate performances of health-care providers on taking necessary information from the patient, and dispensing appropriate medication. The simulated patients visited the community pharmacies to buy analgesic drugs. The additional information was given if asked: the simulated patients would say that she had had throbbing head pain for 8 hours (pain score 8/10). In addition, her unilateral headache had persisted after took 400 mg ibuprofen 2 tablets and other symptoms were nausea and vomiting. Moreover, the symptom disrupts her daily life and did not seem to be better. Furthermore, a headache occurred about quarterly: she had no eyes pain, no fever, no cough, and no runny nose; as well as no pregnant. Besides, she had no underlying disease and her family members did not have underlying disease as migraine as well. Finally, she had no history of drug and food allergy and did not drink alcohol and smoke. Including, she had not had a prejudicial head.

Statistical analysis

Data analysis was performed in statical program. Patient’s necessary information practice and medication dispensed for the simulated patient with severe migraine were expressed in frequency and percentage. The differences of question asking between pharmacist and non-pharmacist community pharmacies by using Wilcoxon rank sum test and sets a level of statistical significance to 0.05 ($p = 0.05$).

Ethical consideration

The research protocol and ethical issue were obtained and approved by the Human Research Ethics Committees, University of Phayao (Ref. No. 2/003/58) The permission and invitation letters with full research proposal were sent to each community pharmacy. Before the initial data collection, the eligible pharmacies were asked to sign an informed consent. The simulated patients randomly visited the community pharmacies for gathering the service assessment after one month of the informed consent was perform.

Results

Taking the necessary information from the patient

The assessment of pharmaceutical services of 57 community pharmacies showed that the simulated patient received the services from 33 pharmacist-pharmacies (57.89%) and 24 non-pharmacist pharmacies (42.11%). Table 1 showed the results of taking the necessary patient’s information. For the questions that the pharmacists statistically

significant asked the patient more than the others were patient's identification ($p = 0.030$), inquiring for headache differential diagnosis ($p = 0.005$), patient's underlying diseases ($p = 0.020$), prior medications used for headache ($p = 0.050$), drug allergy history ($p < 0.001$), and making a summary of patient's disease and symptoms to the patient ($p < 0.001$).

Table 1 Patient's necessary information that were asked and taken in the pharmacies: n (%)

	Overall (n = 57)	Pharmacists (n = 33)	Non-Pharmacists (n = 24)
Accuracy of patient's identification	32 (56.14)	23 (69.70)*	9 (37.50)
Patient's age	1 (1.75)	1 (3.03)	0 (0.00)
Chief complaint	55 (96.49)	33 (100.00)	22 (91.67)
Inquiring for different diagnosis	38 (66.67)	27 (81.82)*	11 (45.83)
Alarm signs and symptoms for referring	3 (5.26)	3 (9.09)	0 (0.00)
Duration of headache attack	17 (29.82)	16 (48.48)**	1 (4.17)
Severity of headache	6 (10.52)	5 (15.15)	1 (4.17)
Patient's underlying diseases	10 (17.54)	9 (27.27)*	1 (4.17)
Prior medications used for headache	18 (31.57)	14 (42.42)*	4 (16.67)
Drug allergy history	31 (54.39)	26 (78.79)**	5 (20.83)
Pregnancy and breastfeeding history	1 (1.75)	1 (3.03)	0 (0.00)
Factors associated with headache	6 (10.52)	5 (15.15)	1 (4.17)
Making a summary for patient	31 (54.39)	25 (75.76)**	6 (25.00)

Note: * p -value < 0.05 , ** p -value < 0.001

Medication dispensed for patient's headache

Table 2 showed the medications were dispensed to the simulated patient with severe migraine headache. The most frequently dispensed was monotherapy of pain relievers ($n = 30$, 52.63%). Pain relievers frequently dispensed by both pharmacists and non-pharmacists were non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) ($n = 14$, 24.56%), ergotamine ($n = 8$, 14.04%) and paracetamol ($n = 8$, 14.04%). The dispensed NSAIDs were ibuprofen ($n = 18$, 54.55%), mefenamic acid

($n = 9$, 27.27%), naproxen ($n = 3$, 9.09%) and diclofenac ($n = 3$, 3.03%). Double therapies of analgesics were dispensed ($n = 11$, 19.30%). Ergotamine and NSAIDs combination ($n = 8$; 14.04%) were frequently offered for the patient. Triple therapy of analgesics was found in two pharmacies.

Combination therapy between analgesics and other medications was found in 13 pharmacies: 8 (14.04%) with antinausea drugs, and 5 (8.77%) with migraine prophylactic medications. Antinausea drug dispensed to the simulated patient were domperidone

(n = 8, 100.00%). The pharmacy personnel dispensed flunarizine (n = 3, 50.00%), cinnarizine (n = 2, 33.33%) and amitriptyline (n = 1, 16.67%) for migraine prophylaxis.

Table 2 Medication dispensed for the simulated patient with migraine: n (%)

Dispensed Medication	Overall (n = 57)	Pharmacists (n = 33)	Non-Pharmacist (n = 24)
NSAIDs	14 (24.56)	4 (12.12)	10 (41.67)
Ergotamine	8 (14.04)	6 (18.18)	2 (8.33)
Paracetamol	8 (14.04)	0 (0.00)	8 (33.33)
Ergotamine and NSAIDs	8 (14.04)	5 (15.15)	3 (12.50)
Ergotamine and Paracetamol	2 (3.51)	1 (3.03)	1 (4.17)
NSAIDs and Paracetamol	1 (1.75)	1 (3.03)	0 (0.00)
NSAIDs, Ergotamine and Paracetamol	2 (3.51)	2 (6.06)	0 (0.00)
NSAIDs and Domperidone	3 (5.26)	2 (6.06)	1 (4.17)
Ergotamine and Domperidone	3 (5.26)	3 (9.09)	0 (0.00)
Paracetamol and Domperidone	1 (1.75)	1 (3.03)	0 (0.00)
NSAIDs, Ergotamine and Domperidone	1 (1.75)	1 (3.03)	0 (0.00)
NSAIDs and Prophylactic medications	1 (1.75)	1 (3.03)	0 (0.00)
Ergotamine and Prophylactic medications	1 (1.75)	1 (3.03)	0 (0.00)
NSAIDs, Ergotamine and Prophylactic medications	3 (5.26)	3 (9.09)	0 (0.00)
Prophylactic medications	1 (1.75)	1 (3.00)	0 (0.00)

Note: NSAIDs = Non-steroidal anti-inflammatory drugs

Discussion

This study aimed to investigate community pharmacy practice on severe migraine headache. The results of this study expressed that most pharmacy personnel in community pharmacies had inappropriate practice regarding the management of severe migraine.

Most pharmacy personnel inadequately missed some crucial questions for migraine diagnosis especially in severity of headache. A previous study in southern of Thailand⁽²⁾

showed the main results of pharmacy practice in mild and moderate migraine patients similar to our study. The findings from prior studies on various diseases such as diarrhea⁽³⁾, common cold⁽¹⁾ and upper respiratory tract infection⁽⁹⁾ were consistent to our study.

Key to the management of migraine is accurate diagnosis. While thirty-eight pharmacies (66.7%) of participants in this study asked questions for differential diagnosis, only six pharmacies (10.53%) asked for a severity of pain. This may be misclassification

of severity of migraine, resulting in choosing inappropriate medication dispensing performance. A question about pregnancy or breastfeeding was rarely asked (only once in 57 pharmacies), similar to previous studies^(1,2). Thus, providers may dispense medicines that are harmful to the patients. For example, ergotamine is contraindicated in pregnant women. A drug – disease interaction should be concern. Few of pharmacy personnel inquired to determine underlying disease. Incomplete patient information obtained from history taking makes it difficult to appropriately recommend the treatment. A study in UK⁽¹¹⁾ demonstrated that pharmacists insufficiently asked questions among headache patients; however, the most frequent questions were asked were duration of headache (79%), character of pain (57%), other related symptoms (57%), and prior medication (57%). On the contrary, in the current study was performed by less than 50%, excepted for character of pain. A study in Ethiopia⁽¹²⁾ demonstrated 73.3 % of them asked for duration of headache and others issues were less than 25%.

According to necessary information retrieving process, the pharmacist providers asked more questions than non-pharmacist providers. Statistically significant differences were presented in patient's identification ($p < 0.05$), differential diagnosis ($p < 0.05$), duration of migraine attack ($p < 0.001$), underlying diseases ($p < 0.05$), prior migraine treatment ($p < 0.05$), history of drug allergy ($p < 0.001$), and disease

summarization ($p < 0.001$). A previous study⁽¹⁾ showed statistically significant in asking about associated signs and symptoms ($p = 0.002$), underlying diseases ($p = 0.007$), and drug allergy ($p = 0.001$). There is a need to improve relevant question asking to confirm and clarify the illness for appropriate decision making in migraine management.

The American Academy of Neurology (AAN), the American Headache Society (AHS) and five other organizations formed the US Headache Consortium and released the first guideline for acute migraine treatment and prevention in 2000⁽¹³⁾. The protocol were updated in 2015⁽¹⁴⁾. Triptans, serotonin1B/1D receptor agonists e.g., sumatriptan, naratriptan, etc., was recommended as the first-line antimigraine agents for moderate-to-severe pain since 2000. Ergot alkaloids and derivatives such as dihydroergotamine, ergotamine, were considered as alternative choices for selected patients with moderate-to-severe migraine. NSAIDs was preferred in mild-to-moderate migraine^(13, 14). Our finding showed that severe migraine patients received single medicine (52.63%). NSAIDs were the most frequent dispensed ($n = 33$, 57.89%), the second was ergotamine tartrate plus caffeine combination tablets ($n = 25$, 43.86%). Most important, no pharmacy staff treated migraine with triptans. Patterns of specific antimigraine drug use in Netherlands above 95% of patients were prescribed with a drug in triptans group and 4.6% were received ergotamine⁽¹⁵⁾. Triptans account for almost 80% of antimigraine

analgesic prescribed in the US⁽¹⁶⁾. Findings from South Africa showed that migraine patients were prescribed with rizatriptan (28.0%) and ergotamine (26.0%)⁽¹⁷⁾. In Thailand, triptans were more expensive than ergotamine, this may be the reason why ergotamine was often dispensed in community pharmacies.

It was found that around 10.53% pharmacy personnel dispensed prophylactic therapy although the simulated patient in this study had no history that required prophylactic therapy. AHS recommended the migraine patients should be considered for preventive medications in any of the following situation: (1) attacks significantly interfere with daily life activity; (2) frequent attacks (>4 monthly headache days); (3) contraindication to, failure, or overuse of treatment of acute treatment; (4) adverse events of acute treatment; and (5) patient preference⁽¹⁸⁾. The earlier studies demonstrated that neurologists in US⁽⁵⁾ and Taiwan⁽⁴⁾ revealed that 45% and 69.9% prescribed prophylactic medications in cases not recommended by the guidelines. The preventive medications dispensed in this study were flunarizine, cinnarizine and amitriptyline. Amitriptyline was recommend in the US Headache Consortium guidelines⁽¹³⁾. Flunarizine and cinnarizine were recommend in various countries in Europe⁽¹⁹⁾. The most commonly prophylactic drug prescribes in Taiwan were flunarizine (87.0%) and tricyclic antidepressants (80.5%)⁽⁴⁾. This suggests the important of a continuing pharmacy education training to achieve the appropriate migraine management.

The present study had several limitations. First, this study was conducted on community pharmacies in only one province in Thailand. Generalization of this study findings to other regions and population should be done with caution. Second, the simulated patients were only female. Pharmacy personnel may provide services differently for male patients. Patient gender has been reported to affect practice patterns of physicians in migraine therapy⁽²⁰⁾. Third, variations among simulated patients during pharmacy visited may occurred, although simulated patients had been trained intensively and showed high accuracy of simulated performance and data form completion. Finally, because only a specific case scenario was employed, it may not comprehensively assess the professionals' competency towards migraine management.

Conclusion

Most pharmacy personnel performed inappropriate practice on patient's history taking and drug dispensing for severe migraine. No pharmacy staff treated severe migraine headache with triptans. About 43.9% of pharmacy personnel treated severe migraine with ergotamine. Additionally, many pharmacy personnel irrationally dispensed prophylactic therapy. Further educational interventions should be developed and implemented to improve knowledge and practice in the migraine management.

Acknowledgements

This work was financial supported by School of Pharmaceutical Sciences, University of Phayao. The authors appreciate all community pharmacies for participation in this study.

References

1. Maneemai O, Jaipinta T, and Rattanatanyapat P. Evaluation of community pharmacy personnel in pharmaceutical services using the simulated patient. *Thai Bull Pharm Sci* 2020; 15(2): 47–57. (In Thai)
2. Saengcharoen W, Lerkiatbundit S. Migraine management in community pharmacies: practice patterns and knowledge of pharmacy personnel in Thailand. *Headache* 2013; 53(9): 1451–1463.
3. Saengcharoen W, Lerkiatbundit S. Practice and attitudes regarding the management of childhood diarrhoea among pharmacies in Thailand. *Int J Pharm Pract* 2010; 18(6): 323–331.
4. Lu SR, Wang SJ, Fuh JL. The practice pattern of migraine management among neurologists in Taiwan. *Cephalalgia* 2006; 26(3): 310–313.
5. Lipton RB, Bigal ME, Rush SR, Yenkosky JP, Liberman JN, Bartleson JD, et al. Migraine practice patterns among neurologists. *Neurology* 2004; 62(11): 1926–1931.
6. Gallagher RM, Kunkel R. Migraine medication attributes important for patient compliance: Concerns about side effects may delay treatment. *Headache* 2003; 43(1): 36–43.
7. Kristoffersen ES, Lundqvist C. Medication-overuse headache: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Ther Adv Drug Saf* 2014; 5(2): 87–99.
8. Schreiber CP, Hutchinson S, Webster CJ, Ames M, Richardson MS, Powers C. Prevalence of migraine in patients with a history of self-reported or physician-diagnosed “sinus” headache. *Arch Intern Med* 2004; 164(16): 1769–1772.
9. Saengcharoen W, Chongsuvivatwong V, Lerkiatbundit S, Wongpoowarak P. Client and pharmacist factors affecting practice in the management of upper respiratory tract infection presented in community pharmacies: a simulated client study. *Int J Pharm Pract* 2010; 16(4): 265–270.
10. Santos AP, Mesquita AR, Oliveira KS, Lyra Jr DP. Assessment of community pharmacists’ counselling skills on headache management by using the simulated patient approach: a pilot study. *Pharm Pract* 2013; 11(1): 3–7.
11. Rutter PM, Horsley E, Brown DT. Evaluation of community pharmacists’ recommendations to standardized patient scenarios. *Ann Pharmacother* 2004; 38(6): 1080–1085.
12. Netere AK, Erku DA, Sendekie AK, Gebreyohannes EA, Muluneh NY, Belachew SA. Assessment of community pharmacy professionals’ knowledge and counseling skills achievement towards headache management: a cross-sectional and

- simulated-client based mixed study. *J Headache Pain* 2018; 19(1): 96.
13. Silberstein SD, Education T. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 55(6): 754–762.
14. Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The acute treatment of migraine in adults: the American Headache Society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. *Headache* 2015; 55(1): 3–20.
15. Lohman JJ, van der Kuy-de Ree MM; Group of Co-operating Pharmacists Sittard-Geleen and its environs. Patterns of specific antimigraine drug use - a study based on the records of 18 community pharmacies. *Cephalalgia* 2005; 25(3): 214–218.
16. Smitherman TA, Burch R, Sheikh H, Loder E. The prevalence, impact, and treatment of migraine and severe headaches in the United States: a review of statistics from national surveillance studies. *Headache* 2013; 53(3): 427–436.
17. Truter I, Louwrens B, Kotze TJW. Dispensing patterns of antimigraine agents with a focus on seasonal variations in prescribing. *Trop J Pharm Res* 2018; 17(7): 1439–1444.
18. American Headache Society. The American Headache Society position statement on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache* 2019; 59(1): 1–18.
19. Antonaci F, Dumitrache C, De Cillis I, Allena M. A review of current European treatment guidelines for migraine. *J Headache Pain* 2010; 11(1): 13–19.
20. Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77(3): 385–387.



ปัจจัยทำนายภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Predicting Factors of Cognitive Impairment among Older Adults with Hypertension, Nakhon Si Thammarat Province

สุภา ไกรสุวรรณ¹, เรวดี เพชรศิราสน์², สายฝน เอกวรังกูร^{1*}

Supa Kraisuwan¹, Rewwadee Petsirasan², Saifon Aekwarangkoon^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 273 คน โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยทำนายภาวะรู้คิดบกพร่องและแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะรู้คิดบกพร่องร้อยละ 12.09 ปัจจัยทำนายภาวะรู้คิดบกพร่อง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($OR_{ad} = 5.07, 95\%CI: 1.23-21.01$) และประวัติการได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง ($OR_{ad} = 6.10, 95\%CI: 1.26-29.58$) บุคลากรสุขภาพควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, ภาวะรู้คิดบกพร่อง, โรคความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ

Citation:

Kraisuwan S, Petsirasan R, Aekwarangkoon S. Predicting factors of cognitive impairment among older adults with hypertension Nakhon Si Thammarat Province. Health Sci J Thai 2022; 4(2): 23-36. (In Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.254529>.

¹ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช 80160

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา 90110

¹ Science Program in Community Health Nurse Practitioner, School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, 80160, Thailand

² Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkla, 90110, Thailand

* Corresponding author: E-mail: asaifon@wu.ac.th, Tel 084-9929555

Received: Oct 29, 2021; Revised: Feb 21, 2022; Accepted: Mar 11, 2022

<https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.254529>

Abstract

This correlational predictive research aimed to determine the prevalence and predictive factors of cognitive impairment among older adults with hypertension in chronic disease clinic, secondary hospital Nakhon Si Thammarat Province. Data were collected from 273 participants by the questionnaire on factors predicting cognitive impairment and the Mini Mental State Examination Thai version. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, multiple logistic regression. The results revealed that the prevalence of cognitive impairment in the sample group was 12.09%. The predicting factors of cognitive impairment were depression ($OR_{ad} = 5.07$, 95%CI: 1.23-21.01) and history of traumatic brain injury ($OR_{ad} = 6.10$, 95%CI: 1.26-29.58). The healthcare provider should monitor the incidence of cognitive impairment in the older adults with hypertension to prevent cognitive impairment and reduce the risk of dementia.

Keywords: Predicting factors, Cognitive impairment, Hypertension, Older adults

บทนำ

ภาวะรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment) เป็นปัญหาสาธารณสุขของผู้สูงอายุทั่วโลก พบอุบัติการณ์สูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ประเทศสหรัฐอเมริกาพบภาวะรู้คิดบกพร่องในกลุ่มอายุ 60-64 ปี 65-69 ปี 70-74 ปี 75-79 ปี และ 80-84 ปี ร้อยละ 6.7, 8.4, 10.1, 14.8 และ 25.2 ตามลำดับ⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยพบความชุกของการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ ร้อยละ 21⁽²⁾ การศึกษาในประเทศจีนพบว่าโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง⁽³⁾ นอกจากนี้ ผลการติดตามต่อเนื่องเป็นเวลา 4 ปีของผู้สูงอายุประเทศฝรั่งเศสพบว่าระดับความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะรู้คิดบกพร่อง 2.8 เท่า ขณะที่ ผู้ไม่ได้รับการรักษามีความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้น 4.3 เท่า⁽⁴⁾ ภาวะรู้คิดบกพร่องส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 3-8 เท่า หลังอายุ 65 ปีอุบัติการณ์จะเพิ่มเป็นสองเท่าในทุก 5 ปี ปัจจุบันพบผู้มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 50 ล้านคนทั่วโลก คาดการณ์ว่า พ.ศ. 2593 จำนวนผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้น 152 ล้านคน⁽⁵⁾ ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมักมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ส่งผลให้เกิดภาวะ

แทรกซ้อนและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น⁽⁶⁾ ประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงถึงปีละ 41,700 ถึง 45,800 ดอลลาร์สหรัฐ⁽⁷⁾

ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยด้านภาวะสุขภาพที่สามารถทำนายการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การมีโรคร่วม ระยะเวลาการเกิดโรค การควบคุมระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า และ ประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง ผลการศึกษาของผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์พบว่า การเกิดโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ร่วมกับการปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด 3 องค์ประกอบขึ้นไปสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องสูงขึ้น 1.5 ถึง 2 เท่า⁽⁸⁾ ระยะเวลาการเกิดโรคพบว่า การเกิดโรคความดันโลหิตสูงจากวัยผู้ใหญ่ตอนต้นสู่วัยกลางคนสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ White matter hyperintensities volume (WMHV) และ ปริมาณของสมองที่เล็กลงเมื่ออายุ 69-71 ปี⁽⁹⁾ นอกจากนี้ การศึกษาผู้สูงอายุในเซี่ยงไฮ้พบว่าภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ

ความดันโลหิตสูง⁽¹⁰⁾ ดัชนีมวลกายที่ต่ำและสูงเกินปกติสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง⁽¹¹⁾ การศึกษาในประเทศจีนพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับภาวะรู้คิดบกพร่อง⁽¹²⁾ ประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองเป็นอีกปัจจัยสำคัญ การบาดเจ็บที่สมองของนักกีฬาประเทศสวีเดนทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์ประสาทหลังการบาดเจ็บเป็นเวลาและรุนแรงนำไปสู่ภาวะเสื่อมสภาพของระบบประสาทจนเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องและอัลไซเมอร์⁽¹³⁾

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย สามารถทำนายการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาในเซี่ยงไฮ้พบว่า การสูบบุหรี่และการออกกำลังกายสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป⁽¹⁰⁾ ขณะที่ผลการศึกษาในประเทศไทย พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ผลการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์อภิมานพบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมอยู่หนึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องมากกว่าผู้มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายถึงร้อยละ 30⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การไม่ออกกำลังกายรวมทั้งการไม่ทำกิจกรรมทางกายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุได้ถึง 4.8 เท่า⁽¹⁶⁾ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมช่วยลดอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมทางสังคมกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายมากขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะรู้คิดบกพร่องลดลงได้⁽¹⁷⁾ และผลการศึกษาของชวนนท์ อัมอาบ ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุได้ถึง 6.1 เท่า⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้การมีบุคคลที่ปรึกษาได้สัมพันธ์กับการเกิดภาวะรู้คิด

บกพร่องในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของเครือข่ายสังคม การเดินทางเป็นกลุ่ม การทำกิจกรรมร่วมกัน การมีที่ปรึกษา และการสื่อสารกับผู้อื่นโดยใช้ We Chat ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุในประเทศจีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁸⁾

ปัญหาและสถานการณ์ข้างต้นสะท้อนถึงความจำเป็นในการทำงานเชิงรุกเพื่อค้นหาภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช ความรู้ที่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการเฝ้าระวัง คัดกรอง ประเมิน และจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ในระยะแรก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สามารถทำนายการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะรู้คิดบกพร่องมีอุบัติการณ์สูงในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหลอดเลือดที่ส่งผลกระทบต่อเซลล์สมอง ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยทำนายการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่

มีโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคร่วม⁽⁸⁾ ระยะเวลาการเกิดโรค⁽⁹⁾ การควบคุมความดันโลหิต⁽¹⁰⁾ ดัชนีมวลกาย⁽¹¹⁾ ภาวะซึมเศร้า⁽¹²⁾ และประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง⁽¹³⁾ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่⁽¹⁰⁾ การดื่มแอลกอฮอล์⁽¹¹⁾ และการออกกำลังกาย⁽¹⁰⁾ และ 3) ปัจจัย

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม^(16,17) และการมีบุคคลที่ปรึกษาได้⁽¹⁸⁾ ความรู้เรื่องปัจจัยทำนายช่วยให้การป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดประสิทธิภาพกรอบแนวคิดในการศึกษานี้สามารถสรุปได้ดังแสดงในภาพที่ (Figure) 1

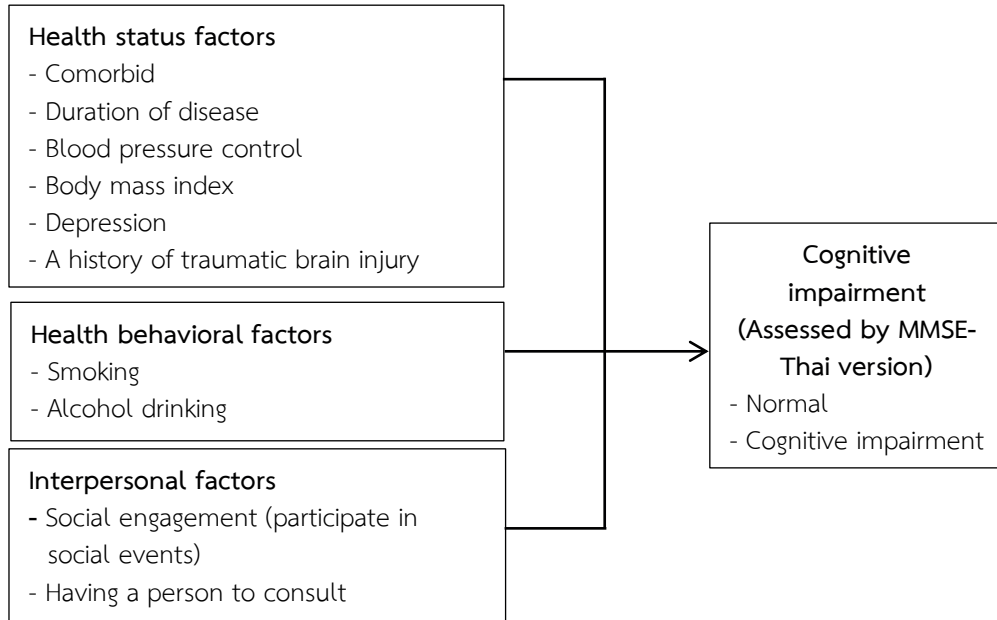


Figure 1 Conceptual framework for predicting factors of cognitive impairment among older adults with hypertension

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงตามรหัสโรค I10- I15 อย่างน้อย 1 ปี ได้รับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 15,056 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงตามรหัสโรค I10- I15 อย่างน้อย 1 ปี ได้รับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา มีคุณสมบัติที่คัดไว้ศึกษา (Inclusion criteria) คือ มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีปัญหาด้านการฟัง การมองเห็น และคุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัย

ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม รหัสโรค F00 – F03 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช รหัสโรค F20 – F29 ใช้สารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาทหรือหลอนประสาท มีภาวะเจ็บป่วยทางกายรุนแรงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Daniel ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 อำนาจทดสอบ 0.85 ได้จำนวนตัวอย่าง 228 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 273 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยแบ่งโรงพยาบาลเป็น 4 โซน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงโซนละ 1 โรงพยาบาล ที่มีจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คำนวณขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนคือโซนเหนือโรงพยาบาลท่าศาลาจำนวน 102 คน โซนกลาง โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์จำนวน 86 คน โซนตะวันออก โรงพยาบาลชะอวดจำนวน 39 คน และโซนตะวันตก โรงพยาบาลทุ่งใหญ่จำนวน 46 คน รวมจำนวน 273 คน เมื่อได้จำนวนแล้วทำการสุ่มอย่างง่ายตามจำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในคลินิกแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อมูล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ การทำงานในปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล การพักอาศัย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนายภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วนย่อย คือ 1) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคร่วม ระยะเวลาการเกิดโรค การควบคุม

ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า และประวัติการได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย และ 3) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการมีบุคคลที่ปรึกษาได้

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE - Thai 2002 พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์⁽¹⁹⁾ เป็นแบบคัดกรองเพื่อตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ (Cognitive impairment) ด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ (Orientation to time and place) ความจำ (Registration and memory) ความตั้งใจและการคำนวณ (Attention and calculation) ความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษารวมถึง การจำภาพโครงสร้างด้วยตา (Visual constructional) ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ แปรผลตามระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ กรณีไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุที่ปกติ คะแนนรวมมากกว่า 14 จาก 23 คะแนน กรณีการศึกษาาระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติ คะแนนรวมมากกว่า 17 จาก 30 คะแนน กรณีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติ คะแนนรวมมากกว่า 22 จาก 30 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁰⁾ ค่าคะแนนการประเมินแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเลย 1 หมายถึง เป็นบางวัน 1-7 วัน 2 หมายถึง เป็นบ่อย > 7 วัน และ 3 หมายถึง เป็นทุกวัน ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า นับคะแนนทุกข้อคำถามรวมกัน แบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ 0-6 คะแนน หมายถึง กลุ่มปกติ 7-12 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน หมายถึง เป็นโรค ซึมเศร้า ระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สำหรับเครื่องมือส่วนที่ 1 และ 2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) มีค่าระหว่าง 0.5 – 1.00 คะแนน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล จุฬารัตนจำนวน 30 คน สำหรับแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจุฬารัตน จำนวน 30 คน ก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ได้ค่าเท่ากับ 0.88 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง

2) ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่เวชระเบียนเพื่อหาข้อมูลผู้สูงอายุที่มีรหัสโรค I10- I15 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาไม่ต่ำกว่า 1 ปีทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 ธันวาคม 2563

3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองก่อนสัมภาษณ์ มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดจากการเข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย กรณีสมัครใจ กลุ่มตัวอย่าง

เซ็นยินยอมเข้าร่วมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร การสัมภาษณ์ดำเนินการ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 30-40 นาที

4) ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเลขที่อนุมัติ WUEC-20-361-01 วันที่ 24 ธันวาคม 2563 และได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ กรณีตัดสินใจเข้าร่วม สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับในตู้เอกสารผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงได้ ผู้วิจัยจะทำลายหลักฐานทั้งหมดภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยในเวลา 3 ปี การรายงานผลจะแสดงในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์เฉพาะการทำวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์โมเดลพหุปัจจัยที่รวมอธิบายโอกาสการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง เลือกปัจจัยที่มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.20 ในการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงเดียว เนื่องจากจะทำให้คงตัวแปรที่มีลักษณะของความสัมพันธ์ร่วมกับตัวแปรอื่น และร่วมกันทำนายตัวแปรตาม ทำให้มีความเหมาะสมเชิงสถิติมากกว่าการเลือกตัวแปรโดยใช้ระดับ 0.05 ที่ถูกเลือกเข้าโดยวิธีการคำนวณทางสถิติเพียงอย่างเดียว⁽²¹⁾ และวิเคราะห์โมเดลพหุปัจจัยโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล (Model fit index) จาก

ค่า -2 Log likelihood (-2LL), Nagelkerke R² และ Chi-square (p-value)

ผลการวิจัย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 72 (SD = 7.99) ปี อายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุดร้อยละ 43.60 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 64.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 91.60 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 59.30 อาชีพ เกษตรกรรมร้อยละ 50.20 ร้อยละ 85.05 มีรายได้ จากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.64 มีรายได้ เพียงเพียงพอ ขณะที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วน หน้าร้อยละ 84.25 และมีผู้ดูแลหลักร้อยละ 82.05 ขณะที่ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมี โรคร่วมร้อยละ 88.60 ระยะเวลาการเป็นโรคความดัน โลหิตสูงต่ำกว่า 5 ปีร้อยละ 37.00 ร้อยละ 55.30 ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 35.90 มีค่า ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.16 มีประวัติได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง จนหมดสติหรือสลบร้อยละ 5.10 ด้านพฤติกรรมด้าน

สุขภาพ พบว่าร้อยละ 79.49 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 81.68 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 68.50 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 44.92 ใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกาย 15-30 นาที ร้อยละ 33.69 มีความถี่ในการออกกำลังกาย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ขณะที่ด้านความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.54 เข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม โดยร้อยละ 57.14 มีความถี่ในการ เข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 81.68 มีบุคคลที่ปรึกษาได้ ผลการประเมินภาวะรู้คิด บกพร่องของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบ ร้อยละ 12.09

ผลการวิเคราะห์โมเดลเชิงเดียว พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ ที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.050 จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การควบคุมระดับ ความดันโลหิต (p-value = 0.022) ภาวะซึมเศร้า (p-value = 0.003) ประวัติการได้รับความกระทบ กระเทือนทางสมอง (p-value = 0.010) และการมี บุคคลที่ปรึกษาได้ (p-value = 0.021) ดังตารางที่ (Table) 1

Table 1 Predicting factors of cognitive impairment among older adults with hypertension (n = 273)

Factors	Normal Cognitive		Cognitive impairment		OR	95% CI	p-value
	n	%	n	%			
Health status factors							
Comorbid							0.935
No	28	90.32	3	9.68	1		
Yes	212	87.60	30	12.40	1.07	0.24 – 4.83	
Diabetes							0.066
No	158	90.80	16	9.20	1		
Yes	82	82.83	17	17.17	2.34	0.95 – 5.78	
Hyperlipidemia							0.205
No	87	81.31	20	18.69	1		
Yes	153	92.17	13	7.83	0.56	0.23 – 1.38	

Table 1 Predicting factors of cognitive impairment among older adults with hypertension (n = 273)
continued

Factors	Normal Cognitive		Cognitive impairment		OR	95% CI	p-value
	n	%	n	%			
Cardiovascular disease							0.512
No	233	88.26	31	11.74	1		
Yes	7	77.78	2	22.22	1.834	0.30 – 1.23	
Cardiovascular disease							0.425
No	237	88.10	32	11.90	1		
Yes	3	75.00	1	25.00	2.78	0.23 – 4.22	
Chronic pulmonary disease							0.387
No	234	87.97	32	12.03	1		
Yes	6	85.71	1	14.29	0.28	0.02 – 5.14	
Duration of disease							0.902
< 5 year	85	84.16	16	15.84	1		
5 – 10 year	85	89.48	10	10.52	1.00	0.38 – 2.62	0.999
> 10 year	70	90.91	7	9.09	0.80	0.25 – 2.55	0.709
Blood pressure control							0.022
No	101	82.79	21	17.21	1		
Yes	139	92.06	12	7.94	2.41	1.13 – 5.12	
Body Mass Index (BMI)							0.557
<18.5	12	80.00	3	20.00	1		
≥18.5 – 24.9	135	88.82	17	11.18	1.88	0.37 – 9.56	0.445
>25	93	87.74	13	12.26	1.52	0.63 – 3.66	0.355
Depression							0.003
Normal	223	89.92	25	10.08	1		
Mild Depression	17	68	8	32.00	4.20	1.65 – 10.71	
A history of traumatic brain injury							0.010
No	231	89.19	28	10.81	1		
yes	9	64.29	5	35.71	4.58	1.44 – 4.64	
Health behavioral factors							
Smoking							0.649
No	190	87.56	27	12.44	1		
yes	50	89.29	6	10.71	0.67	0.12 – 3.72	

Table 1 Predicting factors of cognitive impairment among older adults with hypertension (n = 273) continued

Factors	Normal Cognitive		Cognitive impairment		OR	95% CI	p-value
	n	%	n	%			
Alcohol drinking							0.865
No	193	86.55	30	13.45	1		
yes	47	94.00	3	6.00	0.86	0.16 - 4.74	
Exercise							0.153
Yes	168	89.84	19	10.16	1		
No	72	83.72	14	16.28	1.72	0.82 - 3.62	
Duration of exercise							0.713
≥ 30 min	27	90.00	3	10.00	1		
< 30 min	141	89.81	16	10.19	0.77	0.20 - 3.03	
Frequency of exercise							0.187
≥3 time/week	121	91.67	11	8.33	1		
< 3 time/week	47	85.45	8	14.55	1.98	0.72 - 5.46	
Interpersonal factors							
Social engagement (Participate in social events)							0.167
No	88	83.81	17	16.19	1		
Yes	152	90.48	16	9.52	1.69	0.80 - 3.55	
Having a person to consult							0.021
No	39	78.00	11	22.00	1		
Yes	201	90.14	22	9.86	2.58	1.16 - 5.74	

Note: OR = Odds ratio, 95%CI = 95 Percent confidence interval, Blood pressure control refers to the last 2 consecutive blood pressure values among individuals aged 60-64 the years blood pressure level defined as 120-130/70-79 mmHg and aged over 65 years the blood pressure level defined as 130-139/70-79 mmHg⁽²²⁾

การวิเคราะห์ในโมเดลพหุปัจจัยพบว่า มี 2 ตัวแปร คือ ภาวะซึมเศร้าและประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง มีค่าทำนายทางสถิติในการทำนายการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้สูงอายุที่มีประวัติการได้รับ

การกระทบกระเทือนทางสมองมีค่าสัดส่วนอัตราเสี่ยงในการทำนายสูงสุด (OR = 6.10, 95%CI: 1.26-29.58) รองลงมาคือภาวะซึมเศร้ามีค่าสัดส่วนอัตราเสี่ยงในการทำนาย (OR = 5.07, 95%CI: 1.23-21.01) ดังตารางที่ (Table) 2

Table 2 Multifactor model predicting factors of cognitive impairment among older adults with hypertension

Predicting factors	B	Wald	OR	95% CI	p-value
Depression (Yes/No)	1.624	5.018	5.07	1.23 - 21.01	0.025
A history of traumatic brain injury (Yes/No)	1.808	5.030	6.10	1.26 - 29.58	0.025
Constant	-3.401	29.393			<0.001

Note: OR = Odds ratio, 95%CI = 95 Percent confidence interval, the overall percentage (%) was 90.40% (p-value = 0.008) with model fit index -2 LL at 105.569; Nagelkerke R^2 at 0.184; and Chi-square of 8.556 (p-value = 0.286)

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบความชุกของการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.09 อุบัติการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของคริสนามอร์ทัย ที่พบความชุกของภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 12⁽²³⁾ อุบัติการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการอธิบายตามทฤษฎีสูงอายุ ที่ระบุว่าอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้บุคคลเผชิญปัญหาสุขภาพมากขึ้นจากภาวะเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่ของสมองที่มีการฝ่อลีบของเนื้อสมอง ทำให้สมองมีขนาดเล็กลง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนซึ่งทำหน้าที่ในการเชื่อมต่อของร่างแหเซลล์ประสาทเรียกว่า Aging brain หรือสมองของผู้สูงอายุ⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อเซลล์สมอง ทำให้เซลล์สมองสูญเสียหน้าที่ ก่อให้เกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁵⁾

จากผลการวิจัย เมื่อมีการวิเคราะห์โดยใช้ปัจจัยเชิงเดี่ยว พบว่ามี 4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลกับการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิต ภาวะซึมเศร้า ประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง และการมีบุคคล

ที่ปรึกษาได้โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมโรคมีโอกาสเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องเป็น 3 เท่าของผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมโรคได้ (OR = 3.06, 95%CI: 1.30–7.22) ทั้งนี้ เนื่องจากระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้เกิดความเสียหายต่อเกราะป้องกันหลอดเลือดและสมองซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความเครียดจากปฏิกิริยาออกซิเดชัน การอักเสบ และสาร Vasoactive ดังนั้น เซลล์ประสาทจึงมีความเสี่ยงต่อโมเลกุลที่เป็นพิษต่อเซลล์มากขึ้น นำไปสู่การสูญเสียเซลล์ประสาทและการเสื่อมสภาพของสารสีขาว ทำให้การรู้คิดลดลง⁽²⁴⁾ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำนายความเสี่ยงที่สูงขึ้นของการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง⁽²⁶⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาในภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศจีนที่พบว่าความชุกของการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในกลุ่มที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะเกิดสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁾ (27.50% vs 20.70%, p-value = 0.010) และผลการศึกษาในเชิงไขว้พบว่าภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง⁽¹⁰⁾

ภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมีภาวะรู้คิดบกพร่องเป็น 3 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (OR = 2.98, 95%CI:

1.02–8.69) ผลการศึกษาดังกล่าวอธิบายได้ด้วยสาเหตุทางพยาธิวิทยาว่าเกิดจากการที่สาร BDNF (Brain derived neurotrophic factor) ซึ่งเป็นโปรตีนที่พบบริเวณสมองช่วยรักษาสสมดุลและความแข็งแรงของเซลล์ประสาทที่มีส่วนสำคัญในกระบวนการเรียนรู้และความจำมีระดับลดลงในผู้สูงอายุ และลดลงอย่างมากในผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ อีกทั้งระดับที่ลดลงสัมพันธ์กับการเกิดการสะสมของโปรตีนอะไมลอยด์เบตา (A β) ที่สมอง ส่งผลเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยในภาวะดังกล่าวจะพบระดับของ BDNF ที่บริเวณฮิปโปแคมปัสลดลง⁽²⁷⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุชาวจีนที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะรู้คิดบกพร่อง⁽¹²⁾ และผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง พบว่าความเสี่ยงของการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.28 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า⁽²⁸⁾

ประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองเป็นอีกหนึ่งปัจจัยด้านภาวะสุขภาพที่มีอิทธิพลกับการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองมีภาวะรู้คิดบกพร่องเป็น 4.5 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง (OR = 4.50, 95%CI: 1.05-19.29) สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองของนักกีฬาประเทศสวีเดน พบการรวมตัวของ Tau และการอักเสบของเซลล์ประสาทของผู้ป่วยในช่วงเวลาหลังได้รับบาดเจ็บเป็นระยะเวลานานและรุนแรง กลไกการก่อโรคที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเสื่อมสภาพของระบบประสาทอันจะนำไปสู่ภาวะรู้คิดบกพร่องและ อัลไซเมอร์⁽¹³⁾ และจากการศึกษาในประเทศจีนพบว่าการบาดเจ็บของสมองจะไปกระตุ้นและทำให้กระบวนการทางพยาธิวิทยา โดย

เฉพาะอย่างยิ่ง การก่อตัวและการสะสมของโปรตีนที่ประกอบด้วย Amyloid-beta (A β) และ Tau เพิ่มขึ้น⁽²⁹⁾

การมีบุคคลที่ปรึกษาได้ทำนายการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุคคลที่ปรึกษาได้มีภาวะรู้คิดบกพร่องเป็น 2.6 เท่าของผู้สูงอายุที่มีบุคคลที่ปรึกษาได้ (OR = 2.58, 95%CI: 1.16-5.74) สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ของเครือข่ายทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าการร่วมเดินทางเป็นกลุ่ม การสื่อสารกับผู้อื่นโดยใช้ WeChat การปรึกษา และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁸⁾ และผลการศึกษาติดตามระยะยาวพบว่า การเข้าร่วมหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยและการแยกตัวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ปริมาณการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมช่วยกระตุ้นการรู้คิด ทักษะทางปัญญา อารมณ์ และจิตใจ รวมทั้งสัมพันธ์กับการเพิ่มคุณค่าและการนับถือตนเอง นอกจากนี้ การมีบุคคลที่ปรึกษาได้ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ปลอดภัย มั่นใจต่อการเผชิญชีวิต ลดความรู้สึกบีบคั้นกดดัน⁽²⁸⁾

การวิเคราะห์ในโมเดลพหุปัจจัย พบว่ามี 2 ตัวแปร คือ การมีภาวะซึมเศร้าและ การมีประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง ที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติในการทำนายการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 20.80 การมีประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองมีค่าสัดส่วนอัตราเสี่ยงในการทำนายสูงสุดรองลงมาคือ การมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาธิสภาพของการสูงอายุก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์สมอง^(24, 25) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยยิ่งก่อให้เกิด

ผลกระทบต่อเซลล์สมอง เมื่อมีประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองหรือการมีภาวะซึมเศร้า ยิ่งทำให้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องสูงเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ^(12, 13, 28, 29)

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้มารับยาเองที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง ทำให้การสุ่มตัวอย่างมีการกระจายน้อย

ข้อเสนอแนะ

1) ผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง คัดกรอง ประเมิน และป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่องในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ มีภาวะซึมเศร้า และมีประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง

2) ครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุทั้งในครอบครัวและชุมชน สนับสนุนให้เกิดการดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง

3) ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, Gronseth GS, Marson D, Pringsheim T, Day GS, Sager M, Stevens J, Rae-Grant A. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development,

Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018; 90(3): 126-135.

2. Rattanawat W, Nakawiro D, Visajan P. Prevalence of Mild Cognitive Impairment (MCI) in Pre Retirement Period of Hospital Staff. *Journal Psychiatric Association Thailand*. 2018; 63(1): 55-64. (In Thai)

3. Heizhati M, Wang L, Li N, Li M, Pan F, Yang Z, Wang Z, Abudereyimu R. Prevalence of mild cognitive impairment is higher in hypertensive population: a cross-sectional study in less developed northwest China. *Medicine*. 2020; 99(19): e19891.

4. Aronow W. S. Hypertension and cognitive impairment. *Annals of translational Medicine*. 2017; 5(12): 259-259.

5. Alzheimer's Disease International. The International Federation of Alzheimer's Disease and Related Disorders Societies, Inc. is incorporated in Illinois, USA 2020; 501.

6. St-Hilaire A, Hudon C, Prévile M, Potvin O. Utilization of healthcare services among elderly with cognitive impairment no dementia and influence of depression and anxiety: a longitudinal study. *Aging Mental Health*. 2017; 21(8): 810-822.

7. Perry W, Lacritz L, Roebuck-Spencer T, Silver C, Denney R, Meyers J, McConnel C, Pliskin N, Adler D, Alban C, Bondi M, Braun M, Cagigas X, Daven M, Drozdick L, Foster N, Hwang U, Ivey L, Iverson G, Kramer J, Lantz M, Latts L, Maslow K, Shafer D, Tsai J, Waters M, Golden T. Population Health Solutions for Assessing Cognitive Impairment

- in Geriatric Patients. *Innovation in Aging*. 2018; 2(2): 655-675.
8. Ng TP, Feng L, Nyunt MS, Feng L, Gao Q, Lim ML, Collinson SL, Chong MS, Lim WS, Lee TS, Yap P, Yap KB. Metabolic Syndrome and the Risk of Mild Cognitive Impairment and Progression to Dementia: Follow-up of the Singapore Longitudinal Ageing Study Cohort. *JAMA Neurol*. 2016; 73(4): 456-463.
9. Lane C, Barnes J, Nicholas J, Sudre C, Cash D, Parker T, Malone L, Lu K, James S, Keshavan V, Smith H, Wong A, Buchanan S, Keuss S, Gordon E, Coath W, Barnes A, Dickson J, Modat M, Thomas D, Crutch S.J, Hardy R, Richards M, Fox N.C, Schott J. Associations between blood pressure across adulthood and late-life brain structure and pathology in the neuroscience substudy of the 1946 British birth cohort (Insight 46): an epidemiological study. *The Lancet Neurology*. 2019; 18(10): 942-952.
10. Konda PR, Sharma PK, Gandhi AR, Ganguly E. Correlates of Cognitive Impairment among Indian Urban Elders. *Journal of Gerontology Geriatric Research*. 2018; 7(6): 489.
11. Li N, Chen G, Zeng P, Pang J, Gong H, Han Y, et al. Prevalence and factors associated with mild cognitive impairment among Chinese older adults with depression. *Geriatrics & gerontology international*. 2018; 18(2): 263-268.
12. Calvillo M, Irimia A. Neuroimaging and Psychometric Assessment of Mild Cognitive Impairment After Traumatic Brain Injury. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11 1423.
13. Praisn P, Chuajedto P. Factors Related to Mild Cognitive Impairments in Elderly People in Chiang Rai Province. *Thai Journal of Nursing Council*. 2017; 32(1): 64-80. (In Thai)
14. Yan S, Fu W, Wang C, Mao J, Liu B, Zou L, Lv C. Association between sedentary behavior and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*. 2020; 10(1): 112.
15. Imarb C. Prevalence and Associated Factors of Cognitive Impairment among Elderly in Watphleng District, Ratchaburi Province. *Journal of Health Science*. 2019; 28(5): 782-791. (In Thai)
16. Bora E, Yener GG. Meta-analysis of social cognition in mild cognitive impairment. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 2017; 30(4): 206–213.
17. Li J, Wang Z, Lian Z, Zhu Z, Liu Y. Social Networks, Community Engagement, and Cognitive Impairment among Community Dwelling Chinese Older Adults. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*. 2019; 9(3): 330-337.
18. Panya S, Siri S, Sujirarat D, Pitikultang S, Tantirangsi N. Prevalence and Association Between Activities and Cognitive Impairment among the Elderly. *Thai Journal of Public Health*. 2016; 16(1): 95-107.
19. Ministry of Public Health, Department of Medical Services, Institute of Geriatric Medicine. Assessment project Medical Technology: A Comparison of Relationships The Thai version of the Mini-mental State Examination (MMSE-Thai) 2002 and the

- Thai Mini-mental State Examination (TMSE) for screening dementia elderly. [Internet]. 2020 [Cited in 22 October, 2021]. Available from: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/07/book_14.pdf.
20. Ministry of Public Health, Department of Mental Health. Subject: Depression and suicide assessment form. [Internet]. 2020 [Cited in 22 October, 2021]. Available from: <https://dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22>
21. Bursac Z, Gauss CH, Williams DK, Hosmer DW. Purposeful selection of variables in logistic regression. *Source Code Biol Med*. 2008; 3(1): 17.
22. Thai Hypertension Society. 2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension. Chaingmai: Trickthink; 2019.
23. Krishnamoorthy Y, Sarveswaran G, Sakthivel M, Rehman T, Majella M, Kumar S. Screening for mild cognitive impairment among noncommunicable disease patients attending a rural primary health center in Puducherry, South India. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. 2019; 10(1): 77-81.
24. Wahl D, Solon-Biet SM, Cogger VC, Fontana L, Simpson SJ, Le Couteur DG, Ribeiro RV. Aging, lifestyle and dementia. *Aging, lifestyle and dementia. Neurobiology of Disease*. 2019; 130(1): 104481.
25. Tadic M, Cuspidi C, Hering D. Hypertension and cognitive dysfunction in elderly: blood pressure management for this global burden. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2016; 16(1): 208.
26. Forte G, De Pascalis V, Favieri F, Casagrande M. Effects of Blood Pressure on Cognitive Performance: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*. 2019; 9(1): 34.
27. Miranda M, Morici JF, Zanoni MB, Bekinschtein P. Brain-Derived Neurotrophic Factor: A Key Molecule for Memory in the Healthy and the Pathological Brain. *Frontiers in Cellular Neuroscience*. 2019; 13(1): 363.
28. Mourao RJ, Mansur G, Malloy-Diniz LF, Castro Costa E, Diniz BS. Depressive symptoms increase the risk of progression to dementia in subjects with mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*. 2016; 31(8): 905-911.
29. Wu Y, Wu H, Zeng J, Pluimer B, Dong S, Xie X, Guo X, Ge T, Liang X, Feng S, Yan Y, Chen J, Sta Maria N, Ma Q, Gomez-Pinilla F, Zhao Z. Mild traumatic brain injury induces microvascular injury and accelerates Alzheimer-like pathogenesis in mice. *Acta Neuropathologica Communications*. 2021; 9(1): 74.



ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแล ของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางและเพิ่มปริมาตรเม็ดเลือดแดง อัดแน่นของเด็กปฐมวัย จังหวัดนครศรีธรรมราช

Effects of Self-Help Group Program on Care Behaviors for Anemia Prevention of Primary Caregivers and Increase Hematocrit of Early Childhood in Nakhon Si Thammarat Province

นพดารา คงรอด^{1*}, ธิดารัตน์ เอกศิรินิมิตร¹, เกียรติกำจร กุศล¹
Nopdara Kongrod^{1*}, Thidarat Eksirinimit¹, Kiatkamjorn Kusol¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางและเพิ่มปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของเด็กปฐมวัย จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คู่ ใช้ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square สถิติ Fisher's exact test, Independent t-test และ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลหลักและค่าเฉลี่ยเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของเด็กปฐมวัยหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยค่าเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการปรับพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลหลักสามารถช่วยป้องกันภาวะโลหิตจางได้

คำสำคัญ: โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง, ภาวะโลหิตจาง, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น, พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลหลัก, เด็กปฐมวัย

Citation:

Kongrod N, Eksirinimit T, Kusol K. Effects of self-help group program on care behaviors for anemia prevention of primary caregivers and increase sematocrit of early childhood in Nakhon Si Thammarat Province. Health Sci J Thai 2022; 4(2): 37-47; (In Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.254898>

¹ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช 80160

¹ School of Nursing, Walailak University, Nakhonsithammarrat, 80160, Thailand

* Corresponding e-mail: annnopdara@gmail.com, Tel: 0819583665

Received: Nov 26, 2021; Revised: Feb 25, 2022; Accepted: Mar 14, 2022

Abstract

This quasi-experimental research aims to study the effects of the self-help group program on care behaviors for anemia prevention of caregivers and hematocrit of early childhood in Nakhon Si Thammarat Province. The samples were the primary caregivers who took care of early childhood children in the child development center aged 3-5 years. They were classified into experimental and control groups, 30 pairs per group. The duration of the activities was 8 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square statistics, Fisher's exact test, independent t-test, and paired t-test. The results showed that the experimental group had mean childcare behavior scores and mean hematocrit in early childhood were higher than before receiving the program ($p < 0.001$). In the control group, the mean childcare behavior scores of primary caregivers and mean hematocrit in early childhood before and after receiving the program were not different. When compared between groups, the mean childcare behavior scores of the experimental group were higher than the control group ($p < .001$), the mean hematocrit of early childhood in the experimental group and the control group were not statistically significant. In addition, the self-help group program support to adjust primary caregiver's early childhood care behavior can help prevent anemia.

Keywords: Effects of Self-Help Group Program, Anemia, Hematocrit, Childcare behaviors of primary caregivers, early childhood

บทนำ

องค์การอนามัยโลกกำหนดภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยเป็นภาวะที่จำนวนและขนาดของเซลล์เม็ดเลือดแดงหรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบินลดต่ำกว่า 11 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์หรือปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นน้อยกว่า 33 เปอร์เซ็นต์⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกประเมินความชุกของภาวะโลหิตจางในปี ค.ศ. 2020 พบว่าเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 42⁽²⁾ และพบมากที่สุดทวีปแอฟริการ้อยละ 59.3 รองลงมาคือเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 51.41 จากรายงานสำรวจภาวะโภชนาการเด็กไทย อายุ 6 เดือน – 12 ปี พ.ศ. 2554 – 2555 ภายใต้โครงการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South East Asia Nutrition Survey: SEANUTS) พบภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย (3 – 5 ปี) พบความชุกของภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 10.3⁽³⁾ ในประเทศไทย

ปี ค.ศ. 2014-2016 พบภาวะโลหิตจางในเด็กร้อยละ 26.66, 27.42 และ 28.27 ตามลำดับ⁽²⁾ แสดงให้เห็นว่าความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราชพบภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 เดือน – 1 ปี ร้อยละ 30.44 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่ากระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 ส่วนในเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ไม่พบข้อมูล⁽⁴⁾ และเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ชอบเล่นสนุกและเริ่มมีความคิดเป็นของตัวเอง มีการปฏิเสธการรับประทานอาหารบางชนิด หากเด็กได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอจนเกิดภาวะโลหิตจางและไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและพัฒนากการเรียนรู้ของเด็กต่อไป

ภาวะโลหิตจางมีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตด้านร่างกาย การเจริญเติบโตของขนาดสมอง พัฒนาการ

ของสมองของเด็กก่อนวัยเรียน และการสร้างสารสื่อประสาทต่าง ๆ^(5, 6) ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง เมื่อมีการขาดธาตุเหล็กทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสมดุลของสารสื่อประสาท ลดการผลิตไมอีลิน (Myelin) ลดการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (Synaptogenesis) และลดการทำงานของปมประสาท (Basal ganglia) ดังนั้นภาวะโลหิตจางจึงส่งผลเสียต่อการทำงานในด้านความรู้ความเข้าใจ และพัฒนาการของเด็ก⁽⁷⁾ เด็กเล็กที่มีภาวะขาดธาตุเหล็กเมื่อเข้าสู่วัยเรียนจะมีไอคิวลดต่ำกว่าเด็กที่ไม่ขาดธาตุเหล็ก 5-10 จุด⁽⁸⁾ ธาตุเหล็กยังมีความสำคัญอย่างมากในการสร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันการเจ็บป่วย⁽⁹⁾ ดังนั้น จึงควรป้องกันไม่ให้เด็กไทยมีภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ดูแลหลัก การที่ผู้ดูแลหลักจัดอาหารตามความชอบของสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมการบริโภคของผู้ดูแลหลักล้วนเป็นแบบอย่างแก่เด็กในการบริโภคอาหาร⁽¹⁰⁾ ไม่ได้ส่งเสริมให้เด็กรับประทานอาหารเช้าก่อนเรียนทำให้เด็กได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน⁽¹⁰⁾ ส่วนปัจจัยด้านเด็กมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์⁽¹¹⁾ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารกลุ่มผลไม้และผักน้อย สำหรับกลุ่มโปรตีนส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารเช้าแล้วเมื่อดื่มน้ำและเครื่องดื่มในสัตว์⁽¹²⁾ ความอยากอาหารของเด็กบางวันรับประทานมาก บางวันรับประทานน้อย⁽¹⁰⁾ ภาวะโภชนาการที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และเด็กยังบกพร่องในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ทำให้เป็นเหตุได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ⁽¹³⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียเลือดเรื้อรัง เช่น พยาธิปากขอ โรคเหา เป็นต้น⁽³⁾ และจากการที่ผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติที่ไม่ตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของการให้เด็กรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอมีผลต่อ

ภาวะโลหิตจางได้เช่นกัน^(14, 15) ดังนั้นบทบาทของผู้ดูแลหลักจึงมีความสำคัญต่อภาวะโภชนาการและสุขอนามัยที่ดีในการป้องกันภาวะโลหิตจาง

การเสริมองค์ความรู้ให้แก่ผู้ดูแลหลักให้มีความรู้ การรับประทานอาหารเช้าที่มีธาตุเหล็ก อาหารส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็กและอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปีทุกคน ตามที่กำหนดไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁶⁾ ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการให้ความรู้ มีการจัดการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ดูแลหลักยังพบน้อย อุปสรรคด้านภาวะโลหิตจางในเด็กยังคงเพิ่มขึ้นทั้งนี้เกิดจากช่องว่างการเข้าถึงระหว่างผู้ดูแลหลักและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ข้อมูลที่ได้รับอาจจะไม่เฉพาะเจาะจง และไม่สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาที่แท้จริง⁽¹⁷⁾ ดังนั้นการเสริมสร้างองค์ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักโดยวิธีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ซึ่งกันและกัน ย่อมทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดการยอมรับ มีแบบอย่าง มีแรงจูงใจ นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็ก โดยบทบาทพยาบาลเป็นผู้ติดต่อประสานงานให้กลุ่ม จัดหาสมาชิก เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการ เป็นรูปแบบการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Group)⁽¹⁸⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลหลักเด็กปฐมวัยต่อพฤติกรรมการดูแลเน้นพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเสริมธาตุเหล็กและพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยทำการศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) ดำเนินการทดลอง

ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน 2564 ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักและเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ที่ศึกษาเรียนรู้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 18,260 คน ในปีการศึกษา 2564⁽¹⁹⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักและเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี ที่ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช คุณสมบัติของผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่ดูแลเด็กในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหาร และสุขวิทยาส่วนบุคคล สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การมองเห็น ยกเว้นสายตาสั้นหรือสายตายาว สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้

คุณสมบัติของเด็กเป็นเด็กที่มีอายุระหว่าง 3-5 ปี มาเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอจุฬาภรณ์อย่างต่อเนื่อง ไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต โรคกระดูก โรคหัด โรคคางทูม และโรคเกี่ยวกับระบบเลือด คุณสมบัติในการคัดออก คือ ผู้ดูแลหลักที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ทุกครั้ง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.2 โดยนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

การดูแลและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากงานวิจัยผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดคางทูม⁽¹⁹⁾ ได้ Effect size 1.41 กลุ่มตัวอย่าง 8 คนต่อกลุ่ม เนื่องด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีขนาดเล็กและขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงกำหนด Effect size = 0.65 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 30 คู่ต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เป็นกลุ่มละ 35 คู่ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random sampling) สุ่มมา

1 อำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราชได้อำเภอจุฬาภรณ์ จากนั้นสุ่มโดยวิธีจับสลาก (Lottery) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านควนตอเป็นกลุ่มควบคุม และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านวังฆ้องเป็นกลุ่มทดลอง นำรายชื่อเด็กปฐมวัยและผู้ดูแลหลักมาสุ่มโดยวิธีจับสลาก (Lottery) ให้ได้กลุ่มละ 35 คู่ ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกครั้ง จึงเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 คู่ และกลุ่มควบคุม 30 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ อายุ อาชีพ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็ก ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะครอบครัว สถานภาพการสมรส ระยะเวลาประสบการณ์ในการดูแลเด็ก และข้อมูลเด็กปฐมวัย ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะเจริญเติบโตโดยใช้กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็ก⁽¹⁶⁾ การตรวจร่างกายเบื้องต้น ประเมินภาวะโลหิตจาง ค่าปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของเด็กปฐมวัยจากการเจาะเลือดปลายนิ้วและป่นด้วยเครื่องปั่นเหวี่ยงเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลหลัก เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย โดยประยุกต์จากแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับเด็กของกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย⁽¹⁶⁾ แบบสอบถามทั้ง 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ และด้านการดูแลสุขอนามัยป้องกันพยาธิและเหา จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ 2) ด้านการรับประทานอาหารน้ำเสริมธาตุเหล็กจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 5 ระดับ เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.95 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยการนำไป

ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.73

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางและปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของเด็กปฐมวัย โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) ของมาร์แรม⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วยประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดตั้งกลุ่ม โดยพยาบาลมีบทบาทในการจัดตั้งกลุ่ม สรรหาสมาชิกกลุ่มละ 7 คนจำนวน 5 กลุ่ม 2) การจัดประสบการณ์และการเรียนรู้ภายในกลุ่ม โดยให้สมาชิกและผู้นำกลุ่มได้ดำเนินกิจกรรมเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับสรุปผลการดำเนินการ

วิธีดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้ ในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ให้ได้รับคำแนะนำการรับประทานอาหาร การรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กจากพยาบาล แจกแบบสอบถามส่วนที่ 1 (Pre-test) ประเมินค่าปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นเด็กปฐมวัยสำหรับกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์แรก การจัดตั้งกลุ่ม วันแรกของการเข้าร่วมวิจัย โดยพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการและเป็นผู้นำในช่วงแรก สรรหาสมาชิกแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 7 คน จำนวน 5 กลุ่ม สมาชิกเลือกสรรหาผู้นำกลุ่ม สร้างความเข้าใจกระบวนการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำแบบสอบถามส่วนที่ 1 (Pre-test) ประเมินค่าปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของเด็กปฐมวัยก่อนเริ่มโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2-7 การจัดประสบการณ์และการเรียนรู้ภายในกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมทุกสัปดาห์ แต่ละสัปดาห์ใช้ระยะเวลา 60 นาที และดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลา 10 นาที ผู้นำกลุ่มกล่าว

ทักทาย พูดคุยผ่อนคลาย สร้างบรรยากาศการเรียนรู้เพื่อเตรียมพร้อมในการดำเนินกิจกรรม ระยะดำเนินการ ใช้เวลา 40 นาที ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรม พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แลกเปลี่ยนข้อมูลการเรียนรู้พิจารณาถึงปัญหา และร่วมหาทางแก้ไขปัญหา โดยมีพยาบาลเป็นผู้เสริมความรู้เรื่องภาวะโลหิตจาง และในระหว่างสัปดาห์สามารถติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ได้ ระยะสิ้นสุดดำเนินการกลุ่ม ใช้เวลา 10 นาที สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมครั้งนี้ ผู้นำกลุ่มแจ้งการนัดทำกลุ่มครั้งต่อไป เน้นย้ำการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็ก (Post-test) และประเมินค่าปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของเด็กปฐมวัย

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักและข้อมูลทั่วไปเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired t – test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t – test หลังทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้ค่า z ของ Skewness และ Kurtosis พบว่ามีการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ WUEC-21-005-01 ลงวันที่ 12 มกราคม 2564

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักอยู่ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น 20-39 ปี ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 36.87 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 มีความสัมพันธ์เป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 86.7 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.7 มีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ

60 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 53.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 90 มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมากกว่า 4 ปี ร้อยละ 65 เด็กปฐมวัยอายุเฉลี่ย 4.28 ปี เกณฑ์การเจริญเติบโตด้านรูปร่างระดับสมส่วนร้อยละ 81 มีภาวะเตี้ยร้อยละ 16.67 น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 13.33 มีฟันผุร้อยละ 45 เมื่อเปรียบเทียบความต่างของข้อมูลทั้งในส่วนของผู้ดูแลหลักและเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย พบว่า ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลหลักด้านรับประทานอาหาร ด้านรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ด้านการป้องกันเหาและพยาธิ และพฤติกรรมดูแลโดยรวม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.081, 0.279, 0.283, 0.295$ ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลหลักทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และด้านการป้องกันเหาและพยาธิ และพฤติกรรมดูแลโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1

Table 1 Comparison of mean in the childcare behavior scores of the primary caregivers before and after receiving the self-help group program

Care behavior	Before		After		Mean difference	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
Control group (n = 30)							
Food consumption	31.70	3.19	30.33	3.01	1.37	-0.18, 2.91	0.081
Iron supplementation	16.33	2.55	15.80	2.27	0.53	-0.46, 1.52	0.279
Lice and parasite Care	19.80	2.70	20.47	2.39	-0.67	-1.91, 0.58	0.283
Overall care behavior	67.83	5.63	66.60	4.77	1.23	-1.13, 3.60	0.295
Experimental group (n = 30)							
Food consumption	30.77	3.84	34.43	2.40	-3.67	-4.88, -2.45	0.001
Iron supplementation	15.97	2.40	21.10	2.28	-5.13	-6.34, -3.93	<0.001
Lice and parasite Care	19.60	2.66	21.17	1.44	-1.58	-2.29, -0.85	0.001
Overall care Behavior	66.33	6.38	76.70	4.55	-10.37	-8.07, -9.25	0.001

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลหลักเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล ทั้งด้านรับประทานอาหาร ด้านรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ด้านการป้องกันพยาธิและเหา และพฤติกรรมการดูแลโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.310, 0.569, 0.773, 0.338$ ตามลำดับ)

หลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านรับประทานอาหารเช้า และพฤติกรรมดูแลโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนในคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านป้องกันพยาธิและเหาไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.175$) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 2

Table 2 Comparison of mean the childcare behaviors scores of the primary caregivers before and after receiving self-help group program between control and experimental groups

Care behavior	Control group (n = 30)		Experimental group (n = 30)		Mean difference	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
Before							
Food consumption	31.70	3.19	30.77	3.84	0.93	-0.89, 2.77	0.310
Iron supplementation	16.33	2.55	15.97	2.40	0.37	-0.91, 1.65	0.569
Lice and parasite care	19.80	2.70	19.60	2.66	0.20	-1.18, 1.58	0.773
Overall care behavior	67.83	5.63	66.33	6.38	1.50	-1.61, 4.61	0.338
After							
Food consumption	30.33	3.01	34.43	2.40	-4.10	-5.51, -2.69	0.001
Iron supplementation	15.80	2.27	21.10	2.28	-5.30	-6.47, -4.13	0.001
Lice and parasite care	20.47	2.39	21.17	1.44	-0.70	-1.72, 0.32	0.175
Overall care behavior	66.60	4.77	76.70	4.55	-10.10	-12.51, 7.69	0.001

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณนมเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ส่วนกลุ่มควบคุมหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.169) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 3

Table 3 Comparison of mean in hematocrit of early childhood before and after receiving self-help group program in the control group and the experimental group (n = 60)

Hematocrit	Before		After		Mean difference	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
Control group (n = 30)	37.53	1.55	37.70	1.47	-0.17	-0.41, 0.08	0.169
Experimental group (n = 30)	37.13	1.93	38.37	1.94	-1.23	-1.58, -0.88	0.001

ค่าเฉลี่ยปริมาณนมเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีค่าเฉลี่ยปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่นใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.379) และเมื่อหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณนมเม็ดแดงอัดแน่นของเด็กปฐมวัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.138) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 4

Table 4 Comparison of mean in hematocrit of early childhood before and after receiving self-help group program between the control group and the experimental group

Hematocrit	Control group (n = 30)		Experimental group (n = 30)		Mean difference	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
Before	37.53	1.55	37.13	1.93	0.40	-0.50, 1.30	0.379
After	37.70	1.47	38.37	1.94	-0.67	-1.56, 0.22	0.138

อภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลัก หลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลหลักในการป้องกันภาวะโลหิตจาง พบว่า พฤติกรรมการดูแลโดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และยังพบว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลหลักในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) แสดงให้เห็น ว่า การได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแล หลัก ในบรรยากาศใต้ต้นไม้ อากาศถ่ายเทสะดวก ขนาดของสมาชิก 7 คนต่อกลุ่ม เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ซึ่งไม่ทำให้อึดอัดเกินไป อีกทั้งเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และการเลือกช่วงเวลาตอนหลัง ของเด็กปฐมวัย ระยะเวลา 1 ชั่วโมงและเป็นเวลาก่อน ที่ผู้ดูแลหลักรับเด็กกลับบ้าน เป็นการลดการรบกวน เวลาและความกังวลของผู้ดูแลหลัก ซึ่งสอดคล้องกับ กระบวนการกลุ่มของมาร์แรม ที่ควรมีสมาชิกระหว่าง 3-20 คน จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีเสียง หรือสิ่งรบกวน อากาศโปร่งถ่ายเทสะดวก ไม่ควรจัด ชิดจนรู้สึกอึดอัด ไม่ท่างั้นจนเกินไปจนรู้สึกท่างั้น ใช้เวลาประมาณ 1-1½ ชั่วโมง⁽¹⁸⁾ ทำให้สมาชิกมี ความพร้อม เกิดการเรียนรู้เกิดกระบวนการแก้ปัญหา ร่วมกันและเกิดความรู้สึกร่วมกัน รวมทั้งจดจำ แนวทางนำไปปฏิบัติ ทราบถึงความสำคัญของการ ป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ได้พูดคุยแลกเปลี่ยน เปิดใจยอมรับฟังปัญหาของกันและกัน ว่าตน

ไม่ได้เผชิญปัญหานี้เพียงลำพัง ได้แลกเปลี่ยนวิธีการ ดูแลการรับประทานอาหารของเด็กปฐมวัย สอดคล้อง กับการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สำหรับผู้ดูแลต่อการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวใน เด็กวัยเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้การที่ ผู้ดูแลหลักได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ดูแล หลักที่มีปัญหาล้ำคลั่งกันได้พูดคุยแลกเปลี่ยน ประสพการณ์ซึ่งกันและกัน เข้าใจถึงปัญหาของกันและกัน จนเกิดการระดมความคิดเห็น ร่วมกันวางแผนจัดการ ปัญหาอย่างมีระบบ เกิดการเรียนรู้ จนสามารถนำไป ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้สามารถจัดการ กับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กวัยเรียนได้อย่างมี ประสิทธิภาพ⁽²⁰⁾ ผู้ดูแลหลักได้รับข้อมูลจากสมาชิกนำไปปรับเปลี่ยนรูปแบบการปรุงอาหาร มีการชักจูง การ สร้างแรงจูงใจ และมีการปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างใน การรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นบทบาทของผู้ดูแลหลัก ในการเป็นแบบอย่างส่งเสริมให้เด็กเกิดพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ดี⁽²¹⁾ การนำข้อเสนอแนะและ ความรู้ที่ได้จากกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้ เพื่อปรับ เวลาให้เด็กได้รับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้ห่าง จากการรับประทานอาหาร เหมาะกับการใช้ชีวิต ประจำวัน เนื่องจากยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในการป้องกัน รับประทานสัปดาห์ละครั้ง โดยมีพยาบาลเป็นผู้คอย ให้คำแนะนำ ทำให้เด็กได้รับประทานยาสม่ำเสมอ เมื่อ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต หรือมีการ ปฏิบัติไปในทางที่ถูกต้องตามหลักของสุขภาพอนามัย โดยบทบาทพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการ⁽¹⁸⁾

เมื่อผู้ดูแลหลักมีความรู้ ตระหนักรู้ และสามารถนำความรู้จากกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เกิดความรู้สึกรู้ว่าตนเองมีเพื่อนที่ประสบปัญหาที่คล้ายกัน ย่อมมีกำลังใจในการแก้ปัญหาที่นำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับเด็กปฐมวัย ในการป้องกันภาวะโลหิตจางทั้งทางพฤติกรรมและการดูแลด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และด้านการป้องกันพยาธิและเหา อันจะมีผลทำให้ค่าปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (HCT) ของเด็กปฐมวัย ในระยะเวลาของศึกษา 8 สัปดาห์ หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ในส่วนค่าเฉลี่ยปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองหลังได้รับโปรแกรมมีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดงใช้เวลาประมาณ 12-15 วัน ที่เป็น Reticulocyte ซึ่ง Reticulocyte ต้องใช้เวลาต่อไปอีก 72 ชั่วโมง โดย 48 ชั่วโมงอยู่ในไขกระดูก จะออกมาอยู่ในกระแสเลือดประมาณ 1-2 วัน และจากนั้น Erythrocyte ซึ่งเป็นเม็ดเลือดแดงระยะสุดท้ายที่ไหลเวียนในกระแสเลือดและทำหน้าที่ลำเลียงออกซิเจนจนครบอายุประมาณ 120 วัน⁽²²⁾ นอกจากนี้ จากผลการศึกษาพบว่า เด็กปฐมวัยมีฟันผุ (ร้อยละ 45) การที่เด็กปฐมวัยมีฟันผุส่งผลกระทบต่อกระบวนเคี้ยวอาหาร โดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ผลการศึกษายังพบว่า เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย (ร้อยละ 16.67) และน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 13.33) ซึ่งเด็กที่มีส่วนสูงและน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก⁽¹³⁾ อีกทั้งเด็กปฐมวัย 3-5 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีความคิดเป็นของตัวเอง รู้จักเลือกรับประทานอาหาร การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการรับประทานอาหารเช้า ไม่ได้ได้รับการส่งเสริมและปลูกฝังให้เด็กรับประทานอาหารเช้าที่ถูกหลักโภชนาการตั้งแต่วัย

ทารกจน ทำให้เด็กปฏิเสธการรับประทานอาหารบางชนิด ดังนั้นอาจต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็ก เพื่อให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของค่าปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรมีการส่งเสริมการนำโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาการเจริญเติบโตและโภชนาการ เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางได้

2) ควรมีการศึกษาในกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็ก โดยประยุกต์เพิ่มแอปพลิเคชันไลน์ไปใช้ในกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ซึ่งการสร้างกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามและร่วมเสนอแนะปัญหาได้ตลอดเวลาในระยะเวลาเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Nutritional anemia: tools for effective prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. World Health Organization. Prevalence of anemia in children under 5 years. [Internet]. 2020 [Cited on 29 July 2020]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-children-under-5-years-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-children-under-5-years-(-))
3. Ministry of Public Health, Department of Health. Guidelines for the control and prevention of anemia from iron deficiency. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015. (In Thai)
4. Ministry of Public Health, Department of Health. Thai children aged 6-12 months

- were screened and found anemia of Health District 11, Nakhon Si Thammarat Province, in 2020. [Internet]. 2019 [Cited on 11 July 2020]. Available from: https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id
5. Wuthiwong J, Somprasit J. Iron deficiency anemia in pregnant women and obesity in children are 2 challenge problems. 2nd ed. Bangkok: P.A. Living Co. Ltd.; 2016. (In Thai)
 6. Roganović J, Starinac K. Iron deficiency anemia in children. [Internet]. 2018 [Accessed 31 October, 2020]. Available from <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.69774>
 7. Pivina L, Semenova Y, Doşa MD, Dauletyarova M, Bjorklund G. Iron deficiency, cognitive functions, and neurobehavioral disorders in children. *Journal of Molecular Neuroscience* 2019; 68: 1–10.
 8. Ministry of Public Health, Department of Mental Health. Iron deficiency anemia cause low I.Q in child. [Internet]. 2019 [Cited on 19 August 2020]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29819>
 9. Grantham MS, Ani C. A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children. *The Journal of Nutrition* 2001; 131(2): 649-668.
 10. Suwanwaha S, Ampansirirat A, Suwanwaiphatthana, W. Factor related to nutritional status among preschool aged children: a systematic review. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2019; 25(2): 8-24. (In Thai)
 11. Prommul J, Klerlhee T, Perngyai C, Suwanwaiphatthana W. Nutritional status of pre-school children with participation of families and communities in Muang Songkhla. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2018; 5(3): 169-185. (In Thai)
 12. Aorgart W, Pinyoanuntapong S. The study of early childhood accordance with food behavioral consumption in case of “The school in Bangkok”. *Journal of education: Faculty of Education: Srinakharinwirot University* 2016; 17(2): 13-27. (In Thai)
 13. Kaewpawong P, Kusol K, Sonpaveerawong J. Factors related to iron deficiency anemia among pre-school children in Child Development Centers, Tasala District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of the Department of Medical Services* 2018; 43(5): 75-80. (In Thai)
 14. Autthawee B, Phongphetdit B. Control and prevention of iron deficiency anemia in children aged 6 -12 months 2020. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*; 30(1): 82-93. (In Thai)
 15. Deejuthamaneer R, Moonrattana A, Arunakul J, Poyam W, Empremsilapa S. Effectiveness of weekly iron supplementation to prevent iron deficiency anemia in secondary school students. *Vajira Nursing Journal* 2018; 20(2): 13-21. (In Thai)
 16. Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for the promotion of

- healthy nutrition in Well Baby Clinic. Bangkok: National office of Buddhism; 2015. (In Thai)
17. Mukrod S. Effects of supportive-educative nursing system on maternal care behavior and self care behaviors of school age children with thalassemia [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
 18. Marram DG. The group approach in nursing practice. 2nd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 1978.
 19. Provincial Statistical Office Nakhon Si Thammarat. [Internet] 2020. [Cited on 29 October 2020], Available from: http://nksitham.nso.go.th/images/attachments/article/943/statreport2562_Unit%2001_08.pdf
 20. Boonchuay N, Sanasuttipun W, Chintanadilok N, Sanpakit K. The effect of the educational program on knowledge and care behaviors of caregivers of children with thalassemia. *Journal of Nursing Science* 2016; 34(3): 41-53. (In Thai)
 21. Tiengsomboon U. The effect of self-help group program for caregivers on aggressive behavior management in school-age children with learning disabilities. *Journal of Ratchasuda College* 2021; 17(1): 102-119. (In Thai)
 22. Kungwon C, Jaruchainiwa PT. Parents' role in promoting eating behaviors of preschooler in Anuban Petchaburi School 2015. *OJED*; 10(2): 87-97. (In Thai)
 23. Ittarat W. Summary of Red Blood Cells and Anemia. [Internet]. 2021. [Cited on 29 October 2021], Available from: http://www.mtc.or.th/pdf_que/pdf1_12.pdf. (In Thai)



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

Association between Health Literacy and Quality of Life among Elderly in the Upper Northeast of Thailand

ทิวากร พระไชยบุญ^{1*}, พรรณี บัญชรหัตถกิจ¹, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ², อัจฉรา นามือง³,
นาฏนภา ฮีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ⁴, อลงกรณ์ สุขเรืองกุล⁵

Tiwakron Prachaiboon^{1*}, Pannee Banchonhattakit¹, Petcherut Sirisuwan², Atchara Namuang³,
Natnapa Heebkaew Padchasuwan⁴, Alongkorn Sukrueangkul⁵

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จำนวน 516 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ WHOQOL-BREF วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Multiple logistic regression ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและดีเยี่ยม (Adj. OR = 2.13; 95%CI: 1.38 - 3.28) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000-10,000 บาท/เดือน (Adj. OR = 2.02; 95%CI: 1.25 - 3.27) และมากกว่า 10,000 บาท/เดือน (Adj. OR = 4.87; 95%CI: 2.53 - 9.36) อาชีพเกษตรกร (Adj. OR = 2.66; 95%CI: 1.68 - 4.19) อาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการบำนาญ รัฐวิสาหกิจ (Adj. OR = 4.52; 95%CI: 1.92 - 10.63) ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง (Adj. OR = 2.09; 95%CI: 1.36 - 3.20) การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (Adj. OR = 7.16; 95%CI: 4.18 - 12.28) ไม่พิการ (Adj. OR = 2.24; 95%CI: 1.03 - 4.89) สรุปผล ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและดีเยี่ยมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัว การมีอาชีพที่มั่นคง ที่อยู่อาศัยและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

Citation:

Prachaiboon T, Banchonhattakit P, Sirisuwan P, Namuang A, Padchasuwan NH, Sukrueangkul A. Association between health literacy and quality of life among elderly in the Upper Northeast of Thailand. Health Sci J Thai 2022; 4(2): 48-56; (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.253599>.

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี 12120

² คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 45120

³ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 40000

⁴ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002

⁵ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 30000

¹ Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University. Pathumthani, 12120, Thailand

² Faculty of Liberal Arts and Science, Roi Et Rajabhat University, Roi Et, 45120, Thailand.

³ Regional Health Promotion Centre 7 Khon kaen, Department of Health, Ministry of Public Health, Khon Kaen, 40000, Thailand

⁴ Faculty of Public Health, Khon Kaen University. 40002, Thailand

⁵ Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, 30000, Thailand

*Corresponding authors: Email: tiwakorn.phra@vru.ac.th Tel: 080-7475137

Received: Sep 14, 2021; Revised: Mar 9, 2022; Accepted: Mar 14, 2022.

<https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.253599>

Abstract

This is a cross-sectional analytical study that aims to study the association between health literacy and quality of life among elderly. In this study, the multistage stratified systematic random sampling was used to recruit 516 elderly samples. The data were collected by health literacy questionnaire and the World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF) and multiple logistic regression was used for data analysis. The result revealed that factors associated with quality of life among elderly in the Upper Northeast of Thailand were adequate and excellent health literacy level (Adj. OR = 2.13; 95%CI: 1.38 - 3.28), monthly household income at 5,000-10,000 Baht (Adj. OR = 2.02; 95%CI: 1.25 - 3.27), and household income more than 10,000 Baht (Adj. OR = 4.87; 95%CI: 2.53 - 9.36), the occupation of agriculture (Adj. OR = 2.66; 95%CI: 1.68 - 4.19), the occupation of business, self-employed, government pensioner, and state enterprise (Adj. OR = 4.52; 95%CI: 1.92 - 10.63), living in municipal housing (Adj. OR = 2.09; 95%CI: 1.36 - 3.20), non-drinking alcohol (Adj. OR = 7.16; 95%CI: 4.18 - 12.28), and non-disability (Adj. OR = 2.24; 95%CI: 1.03 - 4.89). It can be concluded that the elderly had adequate and excellent levels of health literacy that were positively associated with good quality of life among the elderly. Therefore, factors such as household income, stable occupations, habitation, and drinking alcohol are important to improve the quality of life in the elderly.

Keyword: Elderly, Health literacy, Quality of life

บทนำ

โลกกำลังเผชิญกับปรากฏการณ์การสูงวัยของประชากร ส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี ในปี 2050 คาดการณ์ว่าจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวนประมาณ 2 พันล้านคนเพิ่มขึ้น 900 ล้านคนจากปี 2015⁽¹⁾ โดยประชากรโลกมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 64.2 ปี ในปี 1990 เป็น 72.6 ปี ในปี 2019 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 77.1 ปี ในปี 2050 โดยในปี 2018 เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ทั่วโลกมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คาดว่าภายในปี 2050 (ปี พ.ศ. 2593) จำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าจาก 143 ล้านคนในปี 2019 เป็น 426 ล้านคนในปี 2050⁽²⁾ ประชากรในอาเซียนก็กำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุอันดับ 2 (ร้อยละ 17) รองจาก

จากสิงคโปร์ ร้อยละ 20 และเวียดนาม ร้อยละ 11 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 10 ล้านกว่าคน โดยมี 8 แสนกว่าคนที่อยู่คนเดียวในบ้านตามลำพัง ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าตัวในรอบ 20 ปีที่ผ่านมาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผลการตรวจคัดกรองสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2558 สํารวจผู้สูงอายุ 6 ล้านกว่าคน พบผู้สูงอายุกว่า 1.3 ล้านคน อยู่ในสภาพติดบ้านติดเตียง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องได้รับการดูแล มีภาวะซึมเศร้าเหงาและมีปัญหาด้านการเงิน โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 ของประเทศในปี 2557 ได้แก่ นครราชสีมา 423,934 คน รองลงมาคือขอนแก่น 292,217 คน เชียงใหม่ 274,331 คน อุบลราชธานี 273,687 คน นครศรีธรรมราช 256,617 คน ตามลำดับ⁽³⁾

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือทักษะทางปัญญาและทางสังคม เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลในการที่จะเข้าใจ และการใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์⁽⁴⁾ โมเดลของ Sorensen เป็นโมเดลที่ผสมผสานองค์ประกอบทั้งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีรากฐานมาจากโมเดลของ Nutbeam และโมเดลของ Manganello เข้าด้วยกันโดยมีองค์ประกอบของโมเดลมี 4 มิติดังนี้ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพได้นำไปใช้ใน 3 ด้านในงานด้านสุขภาพดังนี้ การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ⁽⁵⁻⁷⁾ ระดับความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยโดยรวมส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ร้อยละ 58.9 รองลงมาอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 24.3 และระดับไม่ดีพอร้อยละ 16.8⁽⁸⁾

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาคุณภาพชีวิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งจากการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นปัญหาผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นส่งผลให้เสี่ยงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไม่ดี เพราะมีความเสี่ยงต่อการป่วยติดเตียง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การอยู่คนเดียวตามลำพัง สถานะทางการเงิน และโรคภัยไข้เจ็บ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และปัจจัยอื่นๆ เพื่อหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในปี พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่เป็นผู้มีโรคประจำตัวและโรคติดต่อร้ายแรง ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงสามารถสื่อสารได้ อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เป็นต้น เกณฑ์คัดออกคือผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 516 คน ด้วยการคำนวณขนาดตัวอย่างจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน⁽⁹⁾ การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างอย่างง่ายสำหรับแบบการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ในการวิเคราะห์⁽¹⁰⁾ ดังนี้

$$n = \frac{(P(1-P)(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}))^2}{B(1-B)(P_0 - P_1)^2}$$

เนื่องจากการศึกษานี้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้าสู่ Model หลายปัจจัย เพื่อให้การควบคุมผลของปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่อาจส่งผลระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจตั้งที่กล่าวมา กล่าวคือ ค่าพารามิเตอร์ที่จะนำเข้าสู่ประมาณค่าโมเดล (Regression model) ทั้งหมด เพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริงได้ทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ครวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) และจำเป็นต้องปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation factor หรือ VIF ผู้วิจัยเลือก p^2 เท่ากับ 0.75 เนื่องจากค่า VIF เท่ากับ 4.00 จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว เท่ากับ 516 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับตัวแปรตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งเครื่องมือมีทั้งหมด 4 ส่วน รายละเอียดดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน/อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสร้างคำถามประยุกต์ตามแบบ HLS-EU-Q47⁽¹¹⁾ โดยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อหลักคือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการเข้าใจข้อมูล ทักษะการประเมินข้อมูล และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูล ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF จำนวน 26 ข้อ ตามกรอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 4 มิติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย องค์ประกอบด้านจิตใจ องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม⁽¹²⁾

คุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ Content validity index (CVI) เป็นสัดส่วนความเห็นที่ตรงกันในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และต้องมีค่าไม่ต่ำกว่า 0.80 และสัดส่วนความเห็นที่ตรงกันในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 1.00

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะ

สภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งต้องมีค่าความเที่ยง 0.70 ขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการยอมรับว่ามีความเที่ยงหรือเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์⁽¹³⁾ โดยด้านความรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 และค่ารวมแบบสอบถามค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุหาความเที่ยงโดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 โดยมีค่าจำแนกความยากง่าย ค่า r มากกว่า 0.70 โดยผลการทดสอบแบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความเที่ยง เท่ากับ 0.73

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้เทคนิคทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่ตัวแปรตาม (Dependent variable) เป็นตัวแปรแจกแจง (Categorical variable) ชนิด Dichotomous outcome คือกลุ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ดี (Yes) และกลุ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ไม่ดี (No) ปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) กำหนดให้เป็นที่น่าสนใจ Main interest ส่วนปัจจัยอื่นกำหนดให้เป็น Covariate variable ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์จะนำเข้าไปใน Final model

จากความสัมพันธ์แบบ Multivariable analysis จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Multiple logistic regression และรายงานผลด้วยค่า Adjusted odds ratios (Adj. OR) พร้อมทั้งช่วงเชื่อมั่นที่ 95%CI

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 632078 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 516 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.31 อยู่ในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 49.81 มีอายุเฉลี่ย 70.75 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.46 อายุต่ำสุด 60 ปีและอายุสูงสุด 98 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส / คู่ ร้อยละ 52.71 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 84.88 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.87 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 45.16 อาศัยอยู่กับครอบครัว 3 คนขึ้นไปร้อยละ 68.80 เขตที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง ร้อยละ 55.62 ดัชนีมวลกาย (kg/m^2) ส่วนใหญ่น้ำหนักตัวปกติ ร้อยละ 39.73 การสูบบุหรี่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 75.97 การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ร้อยละ 69.77 ความพิการส่วนใหญ่ไม่พิการ ร้อยละ

88.76 ระดับความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ในระดับไม่เพียงพอ/เป็นปัญหา ร้อยละ 51.36 ความรู้ในการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.17

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariable analysis) ใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple logistic regression ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) โดยปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) กำหนดให้เป็นที่สนใจ Main interest ส่วนปัจจัยอื่นกำหนดให้เป็น Covariate variable พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ/ดีเยี่ยม (Adj. OR = 2.13; 95%CI: 1.38 - 3.28) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000-10,000 บาท/เดือน (Adj. OR = 2.02; 95%CI: 1.25 - 3.27) และ 10,001 บาท/เดือน ขึ้นไป (Adj. OR = 4.87; 95%CI: 2.53 - 9.36) อาชีพเกษตรกรกรรม (Adj. OR = 2.66; 95%CI: 1.68 - 4.19) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ (Adj. OR = 4.52; 95%CI: 1.92 - 10.63) ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง (Adj. OR = 2.09; 95%CI: 1.36 - 3.20) การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน (Adj. OR = 7.16; 95%CI: 4.18 - 12.28) ไม่มีความพิการ (Adj. OR = 2.24; 95%CI: 1.03 - 4.89) ดังแสดงในตารางที่ (Table 1)

Table 1 Association between health literacy and quality of life among elderly (n = 516)

Factors	Number	% Good QOL	Crude OR	Adj. OR	95% CI	p-value
Health literacy						<0.001
Inadequate/Problematic	265	28.30	1	1		
Sufficient/Excellent	251	48.21	2.35	2.13	1.38-3.28	
Monthly family incomes (Baht/Month)						<0.001
<5,000	201	26.37	1	1		
5,000-10,000	233	39.91	1.85	2.02	1.25-3.27	
≥10,001	82	60.98	4.36	4.87	2.53-9.36	

Table 1 Association between health literacy and quality of life among elderly (n = 516) continued

Factors	Number	% Good QOL	Crude OR	Adj. OR	95% CI	p-value
Occupation						<0.001
Not-working	247	27.53	1	1		
Agriculture	230	45.22	2.17	2.66	1.68-4.19	
Business, personal	39	61.54	4.21	4.52	1.92-10.63	
business government pensioner, state enterprise						
Living						<0.001
Subdistrict municipality	287	43.90	1	1		
Town municipality	229	30.57	1.77	2.09	1.36-3.20	
Drinking alcohol						<0.001
Yes	156	18.59	1	1		
No	360	46.39	3.78	7.16	4.18-12.28	
Disability						0.041
Yes	58	17.24	1	1		
No	458	40.61	3.28	2.24	1.03-4.89	

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งอภิปรายประเด็นและข้อค้นพบที่สำคัญตามวัตถุประสงค์การศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหาร้อยละ 51.36 ในระดับเพียงพอและดีเยี่ยมร้อยละ 48.64 ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ความสามารถในการมองเห็น การเข้าถึงข้อมูลมีข้อจำกัดอยู่เฉพาะจากการอ่านหนังสือ หรือการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ในปี 2559 และในปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ความสามารถในการรู้คิดลดลง ยากที่จะทำความเข้าใจกับสิ่งใหม่ และด้วยความบกพร่องทางกาย⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและดีเยี่ยมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับบุคคลและส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽¹⁵⁾ ผู้สูงอายุอีหร่านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีการกินยาตรงเวลา การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่สูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง⁽¹⁸⁾ ระดับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงหรือไม่เพียงพอ ระดับคุณภาพชีวิตก็จะลดลงตามไปด้วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

โดยเฉลี่ยที่สูงขึ้น มีความยากลำบากในการพูดคุยการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ⁽¹⁹⁾

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ รายได้เฉลี่ยครัวเรือนมากกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน อาชีพเกษตรกรกรรม คำขาย ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการบำนาญและรัฐวิสาหกิจ ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาล ไม่ดื่มสุรา ไม่มีความพิการ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าสถานะทางการเงินที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมาก⁽²⁰⁻²⁴⁾ รายได้ที่ดีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการต่างๆ เพื่อสนองตอบความต้องการไม่แค่เพียงความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต⁽²⁵⁾ การอยู่อาศัยในพื้นที่เทศบาลเมืองสามารถเข้าถึงสวัสดิการทางสุขภาพได้ง่าย มีสวนสาธารณะสำหรับทำกิจกรรมและเป็นที่พักผ่อนหย่อนใจ สอดคล้องกับบทบาทของสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อวัยกับคุณภาพของชีวิตผู้สูงอายุไทย^(20, 26) กลุ่มที่มีอาชีพหรือกลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม คำขาย ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการบำนาญและรัฐวิสาหกิจ ได้มีใช้ความสามารถใช้ประสบการณ์ที่มีในการทำงาน มีบทบาทในสังคมและให้สร้างรายได้ให้ครอบครัว และการดเว้นการดื่มสุราทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี แข็งแรง ไม่เครียด ไม่ส่งผลเสียทางด้านร่างกายและอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทของประเทศไทย⁽²²⁾ ความพิการส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดการเจ็บป่วยต้องเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ฉะนั้นผู้ที่ไม่พิการจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี^(22, 27-28)

ข้อเสนอแนะ

1) องค์กรและหน่วยงานของรัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลงานวิจัยนี้ไปวางแผนเพื่อรับมือกับผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

2) องค์กรและหน่วยงานของรัฐจัดโปรแกรมส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

3) พัฒนาระบบสุขภาพด้านความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตเพื่อเตรียมความพร้อมสู่สังคมวัยผู้สูงอายุ และเพื่อวางแผนนโยบาย แนวทางเพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี ต้องขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่และบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่วิจัยและอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อย่างดี และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. Ageing and health. [Internet]. 2018 [Cited in 2 July, 2021]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423). Geneva: WHO; 2019.
3. Department of Health Service support. Currently, there are more than 800,000 elderly people living alone, with another

- 1.3 million living in their homes and sleeping surly. The trend is increasing. [Internet]. 2017 [Cited in 7 April, 2021]. Available from: https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=337.
4. World Health Organization. Health promotion glossary. [Internet]. 1998 [Cited in 15 April, 2021]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>.
5. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12(1): 80.
6. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259-267.
7. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res* 2008; 23(5): 840-847.
8. Intarakamhang U. Health Literacy: Measurement and Development. Bangkok: Sukhumvitprinting.; 2017. (In Thai).
9. Chaiyaha A, Numkum L and Rukkapao N. The Relationship between Health Literacy, Medication Intake, and Doctor's Appointment Behavior among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension in Lamphun Province. *Thai Science and Technology Journal* 2020, 28(1), 182-196. (In Thai)
10. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med* 1998, 17(14): 1623-1634.
11. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan M, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013; 13(1): 948.
12. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *J Ment Health Thai* 1998; 5(3): 4-15.
13. Kitpridaborisud B. Techniques for creating tools and collecting data for research (Seven edition). Bangkok: Sri Anan Printing.; 2010. (In Thai).
14. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *J Health Res* 2016; 30(5): 315-321.
15. Srithanee K. Relationship between Health Literacy and Quality of the Elderly's Life at the Central Part of the North-East Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2017; 11(1): 26-36. (In Thai).
16. Chesser AK, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontol Geriatr Med* 2016; 2(1): 1-13.
17. Verney SP, Gibbons LE, Dmitrieva NO, Kueider AM, Williams MW, Meyer OL, et al. Health literacy, sociodemographic factors,

- and cognitive training in the active study of older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34(4): 563–570.
18. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 24(1): 134–143.
19. Panahi R, Osmani F, Sahraei M, Ebrahimi S, Nehadghashti MS, Javanmardi E. Relationship of health literacy and quality of life in adults residing in Karaj, Iran. *J Educ Community Health* 2018; 4(4): 13–19.
20. Tiraphat S, Peltzer K, Thamma-Aphiphol K, Suthisukon K. The role of age-friendly environments on quality of life among Thai older adults. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14(3): 1-13.
21. Somrongthong R, Wongchalee S, Ramakrishnan C, Hongthong D, Yodmai K, Wongtongkam N. Influence of socioeconomic factors on daily life activities and quality of life of Thai elderly. *J Public Health Res* 2017; 6(1): 49-55.
22. Hongthong D, Somrongthong R, Ward P. Factors influencing the quality of life among Thai older people in a rural area of Thailand. *Iran J Public Health* 2015; 44(4): 479-485.
23. Hanklang S, Ratanasiripong P, Naksranoi S, Sathira-Anant S, Patanasri K. Quality of life and mental health among Thai older workers in community enterprises. *J Health Res* 2018; 32(3): 237-250.
24. Gobbens RJ, Remmen R. The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clin Interv Aging* 2019; 14(1): 231-239.
25. Rittirong J, Prasartkul P, Rindfuss RR. From whom do older persons prefer support?: The case of rural Thailand. *J Aging Stud* 2014; 31(1): 171-181.
26. World Health Organization. Global Age-Friendly Cities: A Guide. [Internet]. 2007 [Cited in 20 January, 2020]. Available from: http://www.Who.int/ageing/publications/global_age_friendly_cities_guide_english.Pdf?Ua=1.
27. Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. Determinants of quality of life in elderly stroke patients: a short-term follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 53(1): 19-23.
28. Lasisi AO, Gureje O. Disability and quality of life among community elderly with dizziness: report from the Ibadan study of ageing. *J Laryngol Otol* 2010; 124(9): 957-962.



การนวดพื้นบ้านในการบริหารหญิงหลังคลอดของอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

Traditional Massage in Postpartum Care of Mueang District, Yala Province

ไพศอล มาหะมะ^{1*}, อานิตา นิแว²

Faisol Mahama^{1*}, Anita Niwae²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาการนวดพื้นบ้านในการบริหารหญิงหลังคลอด ผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่มผดุงครรภ์โบราณ จำนวน 2 คน และกลุ่มหญิงหลังคลอด จำนวน 3 คน ด้วยแนวทางการสัมภาษณ์ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 31 มิถุนายน 2563 ผลการศึกษาพบว่า ผดุงครรภ์โบราณได้รับการสืบทอดองค์ความรู้จากบุคคลในครอบครัวและยังไม่มีมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ผู้ใด ทั้ง 2 คน ทำการนวดผู้ป่วยช่วงหลังการคลอดแล้วอย่างน้อย 1 วัน เป็นระยะเวลา 3 วันติดต่อกันประกอบด้วย 1. ก่อนการนวด มีการซักประวัติและตรวจร่างกาย 2. การนวดมี 3 ลักษณะ คือ 1) การนวดตัว คนที่ 1 นวดจากส่วนล่างขึ้นยังส่วนบนคนที่ 2 นวดจากส่วนบนลงส่วนล่าง 2) การนวดกระตุ้นเต้านม ทั้ง 2 คน นวดจากส่วนอกสู่ฐานนมและ 3) การนวดยกมดลูก มีคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานขิง และเบญจกานี การงดอาหารแสลงที่มีรสเย็น รสเปรี้ยว และรสหวาน อย่างน้อย 100 วัน จากผลการศึกษา พบว่า ท่านวดที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ เช่น การเหยียบอวัยวะเพศ ควรมีการปรับปรุงเพื่อให้มีความปลอดภัยมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ บูรณาการร่วมกับการบริหารแผนปัจจุบันต่อไป

คำสำคัญ: การนวดพื้นบ้าน, การบริหารหญิงหลังคลอด, ผดุงครรภ์โบราณ

Citation:

Mahama F, Niwae A. Traditional massage in postpartum care of Mueang District, Yala Province. Health Sci J Thai 2022; 4(2):57-66; <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.254561>

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดยะลา 95000

² โรงพยาบาลธารโต จังหวัดยะลา 95150

¹ Sirindhorn College of Public Health, Yala Province, 95000, Thailand

² Thanto Hospital, Yala Province, 95150, Thailand

*Corresponding author email: fada.fai2@hotmail.com, Tel: 0890743178

Received: Feb 24, 2022; Revised: Apr 12, 2022; Accepted: Apr 28, 2022

Abstract

This objective of this qualitative research was to gather the knowledge about the traditional massage in postpartum care. Data were collected from 2 groups by 2 midwives and 3 postpartum by using in-depth interviews and non-participation observations. The data was analyzed by content analysis and validated by triangulation technique from April 1 to June 31, 2020. The results showed that midwives had inherited knowledge from family members and had not transferred it to anyone. Both of them had massaged the patients during the postpartum period for at least 1 day for 3 days in a row. The steps of massage consist of 1. Before the massage, there is a history taking and physical examination, 2. There are 3 types of massage, 1) body massage, the first massages from the bottom up to the upper part but the second massages from the top to the bottom. 2) breast massage and 3) uterine lift massage. And then to practice the advice after the massage, including eating ginger and nutgall and abstain from bad food, cold, sour, and sweet foods for at least 100 days. From the study, it found that the massage postures that are at risk of injury, such as stepping on the genitals should be improved to make it more secure and can be used to integrate with the current care plan.

Keywords: Traditional Massage, Postpartum Care, Midwifery

บทนำ

ปัจจุบันการแพทย์แผนปัจจุบันได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลมารดาและทารกมากขึ้นเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการคลอดทำให้การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณลดหายไปจากชุมชนอย่างไรก็ตามผดุงครรภ์โบราณยังคงเป็นที่พึ่งของประชาชนในการให้คำแนะนำ โดยนำองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก โดยเฉพาะเรื่องการปฏิบัติตน การรับประทานอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ⁽¹⁾ และประชาชนในชนบทที่อยู่ห่างไกลต้องพึ่งพาผดุงครรภ์โบราณอันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมด้านการคมนาคม การค่าใช้จ่าย หรือความเชื่อที่มีมาตั้งแต่เดิม การแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งที่ประชาชนยังคงแสวงหาและใช้บริการอยู่⁽²⁾

การนวดพื้นบ้านโดยผดุงครรภ์โบราณในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้อาศัยองค์ความรู้และภูมิปัญญาที่ถ่ายทอดมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันผสานกับประเพณี หลักความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาอิสลาม⁽³⁾

ทำให้ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้มีความเชื่อ ความศรัทธา และความเคารพต่อผดุงครรภ์โบราณ ส่งผลให้เกิดการดำรงไว้ซึ่งพิธีกรรม วัฒนธรรม และภูมิปัญญาพื้นบ้าน⁽⁴⁾ การนวดพื้นบ้านในการบริบาลหญิงหลังคลอดในจังหวัดยะลานั้น มีวิธีการดูแลมารดาหลังคลอด โดยก่อนเริ่มการการรักษาทูครั้งแรก มีการจ่ายค่าครูหรือกือรัส ขั้นตอนในการดูแลหญิงหลังคลอดประกอบด้วย การนวดหลังคลอด การนวดยกมดลูก การนวดกระตุ้นน้ำนม ตลอดจนการให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารและการงดอาหาร⁽⁵⁾ ทั้งนี้อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ถือเป็นพื้นที่หนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีประชาชนใช้บริการการนวดพื้นบ้านกับผดุงครรภ์โบราณในการบริบาลมารดาหลังคลอดจากปัจจัยต่างของบริบทพื้นที่ที่มีทั้งความเชื่อ ความสะดวกในการรับบริการและความเชื่อมั่นในผดุงครรภ์โบราณ⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงคุณค่าของการนวดพื้นบ้านจากผดุงครรภ์โบราณในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดยะลาที่มีการให้บริการในปัจจุบัน จำเป็นต้องศึกษาการนวดพื้นบ้านในการบริบาลหญิงหลังคลอดของอำเภอเมืองจังหวัดยะลา เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องใช้ในการแก้ไข ปรับปรุง และส่งเสริมเพื่อให้การนวดพื้นบ้านสามารถดูแลสุขภาพชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการนวดพื้นบ้านในการบริบาลหญิงหลังคลอดของอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เก็บข้อมูลใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผดุงครรภ์โบราณ จำนวน 2 คนและ กลุ่มหญิงหลังคลอดที่เคยรับบริการกับผดุงครรภ์โบราณ จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 31 มิถุนายน 2563

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Informants) ครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ กลุ่มผดุงครรภ์โบราณจากการสำรวจปากเปล่าในพื้นที่ มีประสบการณ์เป็นผดุงครรภ์โบราณมากกว่า 10 ปีและมีการรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน พบว่ามี จำนวน 2 คน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 2 คน 2) ผู้ร่วมให้ข้อมูล คือ กลุ่มหญิงหลังคลอดที่เคยรับบริการกับผดุงครรภ์โบราณ ทั้ง 2 คนในระยะเวลาไม่เกิน 3 ปีและมีประวัติการคลอดแบบปกติ พบว่ามีจำนวน จำนวน 3 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 5 คน และใช้เกณฑ์การคัดออกผู้ที่มีความผิดปกติในการสื่อสาร เช่น หูหนวก ตาบอด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ตัวผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง และเครื่องมือทั้งสิ้น 2 ชุดคือ

ชุดที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มผดุงครรภ์โบราณ

- ข้อมูลทั่วไป (วันเกิด อายุ ศาสนา สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การรักษา)

- การสืบทอดและการถ่ายทอดองค์ความรู้ (การได้มาขององค์ความรู้ ผู้สนับสนุน แรงจูงใจ การเก็บรวบรวมองค์ความรู้ การพัฒนาความรู้และการถ่ายทอดองค์ความรู้)

- องค์ความรู้ภูมิปัญญาการทำหัตถการในการดูแลหญิงหลังคลอด (กระบวนการก่อนการนวด กระบวนการนวด และกระบวนการหลังการนวด)

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์หญิงหลังคลอดที่เคยใช้บริการกับผดุงครรภ์โบราณ

- ข้อมูลทั่วไป (อายุ ศาสนา สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการคลอด)

- หัตถการในการดูแลหลังคลอดที่ได้รับจากผดุงครรภ์โบราณ (สาเหตุการรับบริการผดุงครรภ์โบราณ กระบวนการก่อนการนวด กระบวนการนวด และกระบวนการหลังการนวด)

โดยคุณภาพของเครื่องมือแนวคำถามการสนทนากลุ่มได้รับการตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงทางเนื้อหา (Content validity) จากที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ซึ่งแนวทางการสัมภาษณ์ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.8

วิธีการเก็บรวบรวมโดย 1) การเตรียมตัวของผู้วิจัยในด้านวัตถุประสงค์ เครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า การวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลผลข้อมูล 2) ขอฟิจาณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักพิจารณาจริยธรรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา 3) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มผดุงครรภ์โบราณและกลุ่มหญิงหลังคลอดที่เคยรับบริการกับผดุงครรภ์โบราณ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งกระบวนการวิจัยอย่างละเอียด หลังจากนั้นแปลผลเป็นรายวันและตรวจสอบข้อมูลสามเส้า จนไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม (ข้อมูลอิ่มตัว) จึงยุติการสัมภาษณ์ รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยทำการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำทั้งหมดที่ได้จากการเก็บรวบรวมในแต่ละช่วง มาตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปมัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองการศึกษาในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลาในรหัสโครงการวิจัยเลขที่ 059/2563 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2563 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของผู้วิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และขั้นตอนของการศึกษา รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ไม่ให้ข้อมูล หรือสงวนความเห็นในบางประเด็น และสามารถยกเลิกข้อมูลบางส่วนหรือข้อมูลทั้งหมดได้การบันทึกเสียง บันทึกภาพ และการนำเสนอภาพประกอบการศึกษา ต้องผ่านการอนุญาตและได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้ให้ข้อมูลก่อนคำตอบของผู้ให้ข้อมูลจะไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ต้องนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปพบว่า การนวดพื้นบ้านโดยผดุงครรภ์โบราณ ทั้ง 2 คน ได้รับการสืบทอดองค์ความรู้จากบุคคลในครอบครัวโดยเชื้อสาย คือ มารดาและน้าสาว มีวิธีเรียนรู้ลักษณะการจำแต่ไม่มีการจดบันทึก ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2540 เริ่มจากการทำการคลอดบุคคลในครอบครัว คือ น้องสาวและหลานสาว ผดุงครรภ์โบราณมีการสั่งสมความรู้และประสบการณ์เพิ่มเติมจากการเข้ารับการอบรมของกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันผดุงครรภ์โบราณทั้ง 2 คน ยังไม่มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาให้แก่ผู้ใด เนื่องจากไม่มีบุตรสาว และไม่มีผู้ใดสนใจศึกษาและสืบสานภูมิปัญญานี้

กระบวนการนวดพื้นบ้านในการบริหารหลังคลอดสามารถแบ่งได้ 3 กระบวนการ ได้แก่

กระบวนการก่อนการนวด การนวด และหลังการนวด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กระบวนการก่อนการนวด

จากการศึกษา พบว่า โดยก่อนทำการนวด ผดุงครรภ์จะมีการซักประวัติหลังคลอดและตรวจบริเวณร่างกายเบื้องต้น เพื่อดูว่าเหตุการณ์ที่สามารถทำได้และทำไม่ได้ในรักษาผู้ป่วยรายนั้นๆ ดังคำกล่าวที่ว่า “บ๊อลงเมาะเนาะฟะเนิง เมาะเนาะตายอดูลูก กาดอวาเนาะจามอมาอวาปอลามอเดาะ ลือฆาเดาะซี ปาดูหปะสะตูปุหแดเงาะ กาดอเฮาะนอเตะห์เตาะ และหะวะ มีสาแลอายตุลุดูเบเดาะซี ตูโบะห์ปุจะเดาะห์” แปลความได้ว่า “ก่อนนยยทำการรักษา ยายจะซักถามว่าดีขึ้นหรือยัง และตรวจดูร่างกายว่าส่วนใดนวดได้หรือไม่ได้ ซิดไหม”

หลังจากนั้นจะมีการประกอบพิธีกรรมด้วยการจ่ายค่าครูซึ่งประกอบด้วย หมาก 1 ลูก ใบพลู 7 ใบ และเงิน 12 บาท เพื่อเป็นการระลึกวิชาจากครู ดังคำกล่าวที่ว่า “มูลอเนาะดูเลหลังคลอดนิงอแมเหาะมาย ฆาซีเมาะคือนอบายากือรัสตุล กือรัสโนหาตอปีแนลุตเตาวนัสีเมะห์ตูปุห ดูเวแกเลงดูวอบือละห์โกะ เนาะเวาะซี ดิสีกาเนาะวีเมาะแจแคววี” แปลความได้ว่า “ก่อนทำการรักษาต้องจ่ายค่าครู ประกอบไปด้วย หมาก 1 ลูก ใบพลู 7 ใบ และเงิน 12 บาท จะเอามาเองหรือซื้อจากยายก็ได้”

กระบวนการนวดมี 3 ลักษณะ ดังนี้

1) การนวดตัวหลังคลอด เป็นลักษณะการนวดทั่วร่างกาย มีตำแหน่งที่นวดเหมือนกัน 3 ตำแหน่ง คือ บริเวณหลัง ขมับ และศีรษะด้านหลัง โดยผดุงครรภ์โบราณลำดับที่ 1 นวดจากส่วนล่างขึ้นไปยังส่วนบนของร่างกาย 15 ขั้นตอนซึ่งแตกต่างจากผดุงครรภ์โบราณคนลำดับที่ 2 ที่มีการนวดจากส่วนบนลงไปยังส่วนล่างของร่างกาย 6 ขั้นตอน หลังคลอดลำดับที่ 2 ดังคำกล่าวที่ว่า “นวดหลังคลอดของกะต่อนนั้นเมาะยอนวดจากข้างล่างก่อน แกว ๆ ฆาทั้ง 2 ข้าง แล้วนวดตัว ต่อด้วยแกว ๆ หัวไหล่ มือ และสุดท้าย เมาะเขาจะนวดแกว ๆ หัว” สามารถเปรียบเทียบขั้นตอนการนวดตัวหลังคลอด ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1 และภาพที่ (Figure) 1

Table 1 Characteristics of massage

1 st Midwife		2 nd Midwife	
Step 1	Using the palm of the hand to palpate and rub the uterus of the patient lying on his back	Step 1	Massage with two thumbs on the back of the patient sitting with their legs stretched.
Step 2	Treaden on the groin area on both sides of the patient lying on his back	Step 2	Massage the occipital area using the thumb of the patient sitting with their legs stretched.
Step 3	Treaden on the genital area of the patient lying on his back	Step 3	Massage the temple area on both sides with 3 fingertips of the patient sitting with their legs stretched.
Step 4	Treaden on the hip joint of patients lying on their side	Step 4	Using the ridge of the hand to rub from the temples through the ears to both cheeks of the patient sitting with their legs stretched.
Step 5	Treaden on the bottom of the patient lying down	Step 5	Using a fist to hit the back of the patient sitting with their legs stretched.
Step 6	Treaden on the coccyx of the patient lying down	Step 6	Massage one leg at a time both sides of the patient lying on his back
Step 7	Treaden on the soles of the feet of the patient lying prone.		
Step 8	Massage the soles of the feet, bending the ankles of the patient lying prone.		
Step 9	Massage both shoulders at the same time of the patient sitting with legs stretched.		
Step 10	Massage with two thumbs on the back of both at the same time of the patient sitting with legs stretched.		
Step 11	Press the area under both sides of the groin of the patient sitting with his legs extended.		
Step 12	Bending both arms by the method of embracing the patient's arm sitting with the legs extended.		
Step 13	Stand and pull both arms together in the patient's seat, legs stretched.		
Step 14	Use a hand to rub from the temple area through both ears of the patient sitting with legs stretched.		
Step 15	Use a fist to lightly strike the back of the patient's head with legs extended.		



Figure 1 Show the postpartum massage

2)การนวดกระตุ้นน้ำนม เป็นลักษณะการนวด บริเวณเต้านม ลานนมและหัวนม มีตำแหน่งที่นวด เหมือนกัน คือ นวดเต้านมเข้าหาลำตัว โดยผดุงครรภ์ โบราณลำดับที่ 1 นวดจากกลางอกลงสู่หัวนม 3 ขั้นตอน ซึ่งแตกต่างจากผดุงครรภ์โบราณคนลำดับที่ 2 ที่มีการ นวด 2 ขั้นตอน ดังคำกล่าวของผู้รับบริการลำดับที่ 3

ว่า“ของกะก่อนที่เมาะจะนวดกระตุ้นน้ำมนั้นยอจะ ถามก่อนว่าน้ำนมไหลไหม ถ้าน้ำนมไหล เมาะยอจะ นวดให้ แต่ถ้าน้ำนมไม่ไหล เมาะยอจะไม่นวดให้” สามารถเปรียบเทียบขั้นตอนการนวดกระตุ้นน้ำนม ดังแสดงในตารางที่ (Table) 2 และภาพที่ (Figure) 2

Table 2 Characteristics of breast massage

1 st Midwife	2 nd Midwife
Step 1 Massage from the center of the chest to the base of the patient sitting with legs stretched.	Step 1 Massage from under the armpits towards the lower breast of the patient sitting with legs stretched.
Step 2 Press the breast towards the body of the patient sitting with legs stretched.	Step 2 Massage to lift the breast towards the body of the patient sitting with legs stretched.
Step 3 Massage rolling from the lactation area towards the nipple of the patient sitting with legs stretched.	



Figure 2 Show milk stimulation massage

3) การนวดยกมดลูกเป็นลักษณะการนวดบริเวณมดลูก มีขั้นตอนการนวดต่างกัน 1 ขั้นตอน คือ ยกตั้งขาชิดกันที่ละข้าง โดยผดุงครรภ์โบราณลำดับที่ 1 มีการนวด 2 ขั้นตอนซึ่งแตกต่างจากผดุงครรภ์โบราณคนลำดับที่ 2 ที่มีการนวด 3 ขั้นตอน ดังคำกล่าวที่ว่า “อาเกาะปลาเนาะแก เทาะกะโต๊ะบีแดยอปา

กายาฮีนัวโปงงานัวซี มาหาซาฮีบอหือมุงยอปือแมปา ตูหาเกะวีมาโซะตือปะ” แปลความได้ว่า การยกมดลูกนั้น ผดุงครรภ์โบราณใช้นิ้วโป้งและนิ้วชี้ คลำหามดลูกเมื่อเจอแล้วก็ยกขึ้นมาให้อยู่ตำแหน่งปกติ สามารถเปรียบเทียบขั้นตอนการนวดยกมดลูก ดังแสดงในตารางที่ (Table) 3 และภาพที่ (Figure) 3

Table 3 Characteristics of uterine lift massage

1 st Midwife	2 nd Midwife
Step 1 Using the fingertipsto find the position of the uterus of the patient lying on his back	Step 1 Using the both fingertips to find the position of the uterus of the patient lying on his back
Step 2 Using the tip of the index finger, middle finger and ring finger to lift the uterus up to the lower abdomen	Step 2 Using the thumb and index finger to lift the uterus up to the lower abdomen
	Step 3 Raise the legs one by one of the patients on both sides



Figure 3 Show uterine lift massage

กระบวนกรหลังการนวด เป็นการการให้คำแนะนำหลังการนวด ประกอบด้วย

1) การรับประทานสมุนไพรคือ ชิง สรรพคุณช่วยสมานแผลภายใน แก้ไข้ใน บำรุงน้ำนมและเบญกานีสรรพคุณในการช่วยขับเลือดเสียหลังคลอด ขับน้ำควาปลา ช่วยสมานแผลภายใน ห้ามเลือด และแก้อาการตกเลือดภายหลังจากคลอดบุตร

2) การงดอาหารแสลงคือ รสยาเย็นของอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 100 วัน เพราะเชื่อว่าจะทำให้ครั้นเนื้อครั้นตัวไม่สบาย และสละบัตร้อนสละบัตหนาวเป็นแรมปีดังคำกล่าวของผดุงครรภ์โบราณลำดับที่ 1 ว่า “ขอละแก อาแมลือปะหัวเนาะ คือนอปาแตมาแกแน เสอกูแม ๆ สาโตะหือฮาฮี” แปลความได้ว่า ปกติคนหลังคลอดต้องงดอาหารแสลงเป็นเวลาอย่างน้อย 100 วัน

อภิปรายผล

การนวดพื้นบ้านโดยผดุงครรภ์โบราณได้รับการสืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษซึ่งเคยดำรงอาชีพผดุงครรภ์โบราณมาก่อน โดยไม่ต้องผ่านการฝึกฝนหรือเล่าเรียน แต่อาศัยวิธีการจดจำ และความคุ้นชินตั้งแต่ยังเล็ก โดยคุณสมบัติของผู้สืบทอดนั้นจะต้องเป็นผู้ที่สืบสายเลือดเดียวกันและขึ้นอยู่กับความประสงค์ของพระเจ้า ส่วนการถ่ายทอดภูมิปัญญาปัจจุบันผดุงครรภ์โบราณทั้ง 2 คน ยังไม่มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาให้แก่ผู้ใด สอดคล้องกับศุภชัย หนูทอง⁽⁷⁾ ที่พบว่า ภูมิปัญญามีลักษณะการถ่ายทอดถ่ายทอดให้แก่บุคคลหรือคณะอย่างเจาะจงตัว โดยมักถ่ายทอดให้แก่บุคคลในตระกูล⁽⁸⁾ นอกจากนี้ ผดุงครรภ์โบราณหลายคนขาดทายาทสืบทอดเพราะไม่มีบุตรสาว ขณะที่บางคนไม่มีลูกหลานใกล้ชิดที่มารับช่วงต่อ แม้บางคนมีลูกหลานแต่ลูกเหล่านั้นไม่สนใจ

การนวดพื้นบ้านในการบริหารหลังคลอดส่วนมากมี 3 กระบวนการ ได้แก่

1) กระบวนการก่อนการนวด มีการประกอบพิธีกรรมจ่ายค่าครูทุกครั้ง โดยมีการใช้วัสดุอุปกรณ์ประกอบการทำพิธี ได้แก่ หมาก พลู และเงิน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับแอริชา ยาแด⁽⁹⁾ ซึ่งพบว่า ก่อนการดูแลหลังคลอดจะมีพิธีกรรมยกครูหรือก๊อรัส โดยมีวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ ข้าวสาร 1 ขามเล็ก เงินจำนวน 100 บาท หรือใบหมาก และเงินจำนวน 12 บาท สามารถกล่าวได้ว่าผดุงครรภ์โบราณก่อนทำการนวดต้องมีความระลึกถึงครูอาจารย์ที่สอนวิชาความรู้ ที่อาจแสดงความกตัญญูต่เวทิตาหรือสร้างความมั่นใจในการนวด

2) กระบวนการนวด พบว่า การนวดของผดุงครรภ์โบราณจะมี 3 ลักษณะ คือ การนวดตัวหลังคลอด การนวดกระตุ้นน้ำนม และการนวดยกมดลูก

2.1 การนวดตัวหลังคลอดของผดุงครรภ์โบราณลำดับที่ 1 เริ่มนวดจากส่วนล่างขึ้นไปยังส่วนบนของร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับอาชีวะ สือมานะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่าการนวดหลังคลอดเริ่มด้วยการเหยียบที่

หน้าขา หัวขา โดยเน้นที่ขาหนีบ เหยียบคลึงสะโพก แล้วใช้เข่าดันหลังของหญิงหลังคลอด ในขณะที่ผดุงครรภ์โบราณลำดับที่ 2 จะเริ่มนวดจากส่วนบนลงไปยังส่วนล่างของร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับฟาฏีละห์ มะระะ⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่า การนวดหลังคลอดจะเริ่มนวดจากส่วนบนของร่างกายลงไปยังส่วนล่าง โดยนวดจากศีรษะและใบหน้า นวดต้นคอและท้ายทอย นวดหัวไหล่ทั้งสองข้าง นวดหลังถึงเอว นวดขา หัวเข่าทั้งสองข้าง จนถึงปลายเท้า

2.2 การนวดกระตุ้นน้ำนม พบว่า มีลักษณะการนวดที่คล้ายคลึงกัน โดยจะเริ่มด้วยการนวดเข้าหาฐานนม ซึ่งสอดคล้องกับฟาฏีละห์ มะระะ⁽⁵⁾ พบว่า ขั้นตอนการนวดกระตุ้นน้ำนมจะใช้ฝ่ามือลูบจากใต้ไหปลาร้าเข้าหาฐานนม และลูบจากใต้รักแร้เข้าหาหัวนม และลูบจากฐานนมด้านล่างขึ้นไปถึงหัวนมทั้ง 2 ข้าง โดยการนวดกระตุ้นน้ำนมจะช่วยลดอาการคัดเต้านม และช่วยให้ น้ำนมไหลได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับมารียา มะแซ⁽¹¹⁾ พบว่า คณะนอญเกลี้ยการไหลของน้ำนมมารดาครั้งแรกในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองนั้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติในช่วงเวลาที่ 4, 12, 24 และ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ⁽¹²⁾ ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการนวดเต้านมมีน้ำนมหลังภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด

2.3 การนวดยกมดลูก ผดุงครรภ์โบราณเริ่มด้วยการคลำหาตำแหน่งของมดลูก จากนั้นจึงใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง นิ้วก้อย หรือใช้เพียงแค่นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ในการนวดยกมดลูก โดยแต่งรสมือให้นุ่มนวล และไม่ควรใช้น้ำหนักมือแรงจนเกินไป สอดคล้องกับฟาฏีละห์ มะระะ⁽⁵⁾ พบว่า ผดุงครรภ์โบราณใช้หัวแม่มือและนิ้วชี้ทั้ง 2 ข้าง กดเหนือหัวเหน่าแล้วโยกขึ้นเหนือสะดือเข้าหามดลูก เพื่อให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น ไม่ปวดท่อนท้องน้อย โดยการนวดยกมดลูกช่วยให้มดลูกหดตัวและเข้าอู่ได้เร็ว ป้องกันอาการปวดท่อนท้องน้อย และปัสสาวะเล็ดภายหลังจากคลอดบุตร อันเกิดจากสาเหตุของมดลูกต่ำ

กระบวนการหลังการนวด เป็นการให้คำแนะนำ หลังการทำการนวด โดยผดุงครรภ์โบราณมีการ แนะนำการใช้สมุนไพรตำรับและสมุนไพรเดี่ยว โดยสมุนไพรตำรับส่วนใหญ่ พบว่า มีส่วนประกอบของสมุนไพรที่มีรสฝาด ซึ่งมีสรรพคุณในการช่วยขับเศษรก ที่ติดค้าง ขับน้ำคาวปลา และช่วยให้มดลูกเข้าอู่ ในขณะที่สมุนไพรเดี่ยวมีการแนะนำสมุนไพรที่มีทั้งรสฝาด เช่น เบนญานี หัวปลี เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ Wahyuningsih D, et al.⁽¹³⁾ ซึ่งพบว่า มารดาหลังคลอดกลุ่มที่รับประทานหัวปลีส่งผลให้น้ำนมให้ลูกทานได้นานกว่า อีกทั้งสามารถที่จะผลิตน้ำนมได้มากกว่า และมีระดับฮอร์โมนโปรแลคตินที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทานหัวปลี และการงดอาหารแสลง เช่น อาหารที่มีรสหวาน รสเปรี้ยวและรสเย็น เนื่องจากเชื่อว่าจะทำให้มดลูกบาน บาง ไม่เข้าอู่ น้ำคาวปลา ไหลไม่สะดวก รวมถึงทำให้เกิดอาการสะดุ้งร้อนสะดุ้งหนาวเป็นแรมปี สอดคล้องกับกักฟ้าภูธร⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่า การรับประทานอาหารรสเปรี้ยวจะทำให้มดลูกบานไม่เข้าอู่ รสหวานจะทำให้ มดลูกอืด และรสเย็น เพราะเชื่อว่าจะทำให้เด็กปวดท้อง และน้ำนมไม่ไหล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) การนวดด้วยการเหยียบบริเวณที่เป็นอวัยวะบอบบางและข้อต่อ อาจมีความเสี่ยงก่อให้เกิดอันตรายและผลเสียต่อแก่หญิงหลังคลอดได้ ควรมีกระบวนการให้ความรู้ทางด้านกายวิภาคศาสตร์แก่ผดุงครรภ์โบราณ และหาแนวทางร่วมกัน เช่น การงดการนวดบริเวณดังกล่าว หรือปรับตำแหน่งการนวดที่มีความปลอดภัยมากขึ้น เป็นต้น

2) องค์ความรู้จากการศึกษาควรนำไปพิจารณาถึงความปลอดภัยและความเหมาะสม นำไปแก้ไขและปรับปรุงจนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผดุงครรภ์โบราณได้มีส่วนร่วมในการดูแลหญิงหลังคลอดในสถานพยาบาลของรัฐโดยนำเอาภูมิปัญญาในการดูแลหญิงหลังคลอดที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะท้องถิ่นมาผสมผสาน และประยุกต์ให้เข้ากับรูปแบบการรักษาใน

ปัจจุบัน เช่น การนวดกระตุ้นน้ำนมในกรณีผู้ป่วยที่น้ำนมไม่ไหลหรือไหลน้อย การนวดยกมดลูกในกรณีผู้ป่วยมีภาวะมดลูกไม่เข้าอู่

โดยสรุปการนวดพื้นบ้านในการบริหารหญิงหลังคลอดของอำเภอเมือง จังหวัดยะลา สามารถเป็นทางเลือกในการบริหารหญิงหลังคลอดในชุมชนได้ และควรสนับสนุนให้มีการอบรมผดุงครรภ์โบราณให้ทราบถึงความรู้ความเข้าใจ และความเสี่ยงในการนวด ส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานสาธารณสุขบูรณาการในการให้บริการกับประชาชนในชุมชนเข้ารับบริการการบริหารหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาผู้ให้ข้อมูลที่มีมากขึ้น รวมถึงศึกษาหัตถการอื่น ๆ ที่แปลกใหม่ หรือแตกต่างจากหัตถการที่พบได้โดยทั่วไป

2) ส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลของหัตถการต่าง ๆ ของผดุงครรภ์โบราณเปรียบเทียบกับ การแพทย์แผนปัจจุบัน โดยนำข้อดีและข้อเสียมาปรับปรุง แก้ไข เพื่อให้ภูมิปัญญาผดุงครรภ์โบราณได้รับการยอมรับ มีความปลอดภัย และสามารถพิสูจน์ได้ตามหลักของวิทยาศาสตร์ ตลอดจนนำมาปรับปรุงสถานพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Professional Committee on Thai Traditional Medicine. (Internet). 2010. [Cited in 16 December, 2019]. Available from: <http://www.thaimed.or.th/wp-content/uploads/2018/02/หลักสูตรการแพทย์แผนไทยสาขาการผดุงครรภ์ไทย.pdf>.
1. Yacharad N. Wisdom of pregnant women screening by ancient midwives in khlong chalerm subdistrict, Mueang district, Phatthalung province. Sirindhorn college of public health Yala; 2012. (In Thai).

2. Puteh S, Raksamat W, Sirameerat I. Reasons for choosing midwives services of Tok Bidan, Yaha district, Yala province. Thai Journal of Public Health and Health Sciences 2018; 1(2): 11-19.(In Thai).
3. Jehubong W. Knowledge and wisdom of Tok Bidan, Yarang district. (First edition). Pattani: Mitraparp Advertising. 2012. (In Thai).
4. Mareh F. Wisdom of traditional midwifery in postpartum period: A case study of one of sub-district in Yala province. Sirindhorn college of public health Yala; 2010. (In Thai).
5. Onchomjan D. Traditional midwives in maternal & child care of 4 southern border provinces Muslim people. Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine 2003; 1(1): 9-15. (In Thai).
6. Noothong S. Wisdom of Folk Healers for Fractured Bone Treatment: A Case Study of Mr. Sing Buaniam in Thakhae Sub-District. Muang district, Phatthalung province. Sirindhorn college of public health Yala; 2017. (In Thai).
7. Saksoog A, Chaunchaiyasit P. Tok bidan's way of life: the preservation of folk wisdom and community culture in areas of deep south provinces, Thailand. Inthanin Thaksin Journal Thaksi University 2018; 13(1): 31-53. (In Thai).
8. Yatae A. Wisdom in care postpartum period of Tok bidan: A Case study Tok Bidan in Kadunong Sub - District, Saiburi District, Pattani Province. Sirindhorn college of public health Yala; 2019. (In Thai).
9. Luemana A. Wisdom of Primitive Pregnant Attendant: A study Mrs. Mareeyoh Eyadwang. Sirindhorn college of public health Yala; 2016. (In Thai).
10. Masae M, Kala S, Chatchawet W. Effect of Self-Breast Massage Program on Milk Ejection of First-Time Mothers. Princess of Naradhiwas University Journal 2018; 11(3): 1-14. (In Thai).
11. Anukoolprasert P, Comparison between Breast Massage Alone and Breast Massage Combined with a Warm Compress in Increasing Milk Production in Post-partum Mothers. Journal of Health System Research 2007; 1(3-4): 430-438.(In Thai).
12. Wahyuningsih D, Hidayat ST, Khafidhoh N, Suwondo A, Fatmasari D, Susiloretni KA. Effect of Musa Balbisiana Colla Extract on Breast Milk Production in Breastfeeding Mothers. Belitung Nursing Journal 2017; 3(3): 174 -182.



ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี Administrative Factors and Administrative Processes Affecting the District Health Board Implementation, Ubon Ratchathani Province

กิตติ เหลาสูป^{1*}, ธานินทร์ ไชยานุกูล²

Kitti Laosupap^{1*}, Thanin Chaiyanukool²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาจากประชากรทั้งหมด จำนวน 525 คนจาก 25 อำเภอ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการบริหาร กระบวนการบริหาร และการปฏิบัติงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 49.14 68.0 และ 76.57 ตามลำดับ กระบวนการบริหารด้านการจัดองค์การ การนำองค์การ การวางแผนงาน การควบคุมกำกับงาน และปัจจัยการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการโดยสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้ร้อยละ 72 ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนากระบวนการบริหารด้านการจัดองค์การ การนำองค์การ การวางแผนงาน การควบคุมกำกับงาน และปัจจัยการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ เพื่อส่งผลให้ผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่ส่งผล, การปฏิบัติงาน, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Citation:

Laosupap K, Chaiyanukool T. Administrative factors and administrative processes affecting the District Health Board implementation, Ubon Ratchathani Province. Health Sci J Thai 2022; 4(2): 67-76. (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.256325>

¹ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 34190

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 34000

¹ College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 34190, Thailand

² Ubon Ratchathani Provincial Health Office, 34000, Thailand

* Corresponding author: Email: kitti.l@ubu.ac.th, Tel: 0817681502

Received: Nov 2, 2021; Revised: Apr 26, 2022; Accepted: Apr 28, 2022

Abstract

The objective of cross-sectional analytical research was to investigate organizational factors and administrative processes affecting the implementation of the District Health Board (DHB), Ubon Ratchathani Province. The whole population was research samples 525 people from 25 districts. The tool used was a questionnaire developed by the researcher. The statistics used in the data analysis were frequency, percentage, and multiple linear regression analysis. The results found that organizational factors, administrative process, and performance of the roles of the DHB overall had a high-level score, 41.9%, 68.0%, and 76.6%, respectively. Administrative processes such as organizing, organizational leading, planning, supervising, and material management factors affect the performance of the DHB, which can predict the performance according to the role of the DHB by 74%. Therefore, administrative processes should be developed in organizing, leading, planning, supervising, and material management to positively affect the DHB's performance.

Keywords: Factor affecting, Implementation, District Health Board

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่หลากหลายทั้งโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนเป็นสังคมเมือง การมีระบบสุขภาพที่เข้มแข็งจึงจะจัดการกับปัญหาเหล่านี้ได้ โดยมุ่งเน้นการให้บริการระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและโรงพยาบาลอย่างไร้อยต่อ⁽¹⁾ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่มักเป็นหลักในการขับเคลื่อนงานและกิจกรรมต่างๆ ยังขาดการมีส่วนร่วมจากหน่วยอื่น ในการแก้ไขปัญาสุขภาพ จึงทำให้ผลลัพธ์ของงานไม่ตอบสนองความต้องการได้เต็มที่หรือไม่มีประสิทธิภาพ ระบบที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง จากแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกพื้นที่และระบบสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างยั่งยืน⁽²⁾ ก่อให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพไทยในการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย มีการเปิดพื้นที่เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม (All for Health) เพื่อให้เกิดสุขภาพของคนทั้งมวล⁽³⁾ ความพยายามในการแก้ไขปัญาสุขภาพอำเภอเริ่มจาก

มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัยต่อมาได้มีการเพิ่มหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข

จากงานวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของรัฐ ประชาสังคม และเอกชนตามแนวทางพระราชรัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอเป็นจุดคานงัดที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ ดำเนินการนำร่องในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 73 อำเภอ โดยกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนระบบบริการจากโรงพยาบาลเป็นฐานสู่การมีพื้นที่เป็นฐาน⁽⁴⁾ และจากระบบที่ใช้โรคเป็นศูนย์กลาง เป็นบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางจึงเกิดร่างระเบียบว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี

ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งมีอยู่ทุกอำเภอในประเทศไทย โดยมีหน้าที่คือ กำหนดเป้าหมาย แนวทาง บูรณาการความร่วมมือ เสนอแนะให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับอำเภอ เจตนารมณ์ของการมี พ.ขอ. ก็เพื่อให้ เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วนในการส่งเสริมให้ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยมุ่งเน้นแก้ไขหรือ จัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ⁽⁵⁾

นอกจากนี้ เจตนารมณ์สำคัญอีกประการ คือ การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วนในทุกระดับ ทั้งระดับนโยบายไปจนถึงระดับ ปฏิบัติการ เป็นการลดช่องว่างหรือหลายกำแพง การทำงานข้ามต้นสังกัด โดยใช้พื้นที่ระดับอำเภอเป็นฐาน ซึ่งการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ ประสบความสำเร็จต้องประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ (1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (3) การทำงานจนเกิด คุณค่า (4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนา บุคลากรและ (5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำ เป็นโดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่⁽⁶⁾ จากการศึกษาผลดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาดังนี้ (1) การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอยังมีความแตกต่าง และหลากหลายรูปแบบของการปฏิบัติในระดับพื้นที่ (2) การสื่อสารนโยบายที่ไม่ถึงในระดับพื้นที่ (3) ขาดการ เชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับอำเภอ (4) ในระดับพื้นที่ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับ อำเภอ (5) การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิบ่อย เป็นต้น⁽⁷⁾ การบริหารงาน หมายถึง การใช้ศาสตร์และ ศิลป์ในการนำเอาทรัพยากรการบริหาร (Administrative resources) เช่น คน เงิน วัสดุสิ่งของ และการจัดการ มาประกอบการตามกระบวนการบริหาร (Process of administration)⁽⁸⁾ เช่น POSDCoRB Model (การ วางแผน การจัดองค์การ ทีมงาน การกำกับ การ ประสานงาน และงบประมาณ) POLC (การวางแผน

การจัดองค์การ การนำองค์การ และการควบคุมกำกับ) POCCC (การวางแผน การจัดองค์การ การบังคับ บัญชาสั่งการ การประสานงานและการควบคุม) เป็นต้น⁽⁹⁾ ดังนั้น การมีปัจจัยการบริหารที่เพียงพอและ กระบวนการบริหารที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลต่อ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ

จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ใน ภาคอีสานตอนใต้ ประกอบด้วย 25 อำเภอ มีประชากร 534,065 คน⁽¹⁰⁾ ซึ่งการดำเนินงานของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พ.ขอ.) ได้เริ่มดำเนิน การตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 แต่ยังไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติงานในภาพ รวม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการปัจจัยบริหาร ได้แก่ คน เงิน และวัสดุอุปกรณ์ในการทำงานและ กระบวนการบริหารที่ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และ การควบคุมกำกับงาน จะ ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือไม่ เพื่อจะได้ข้อมูลเชิง ประจักษ์ที่สำคัญที่จะสะท้อนการดำเนินงานในพื้นที่ รวมไปถึงการได้ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน และข้อเสนอที่อาจจะช่วยสนับสนุนให้การขับเคลื่อน การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด อุบลราชธานีอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical Study) ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 525 คน จากทั้งหมด 25 อำเภอ โดยแต่ละ อำเภอประกอบด้วยคณะกรรมการ 1 ชุดที่มีคณะ กรรมการ 21 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 ธันวาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม

ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยการบริหาร ได้แก่ กำลังคน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ จำนวน 13 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน ไม่เคยรับรู้ 1 คะแนน แปลผลโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาจัดระดับ ตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเป็น ระดับต่ำ 13-32 คะแนน ระดับปานกลาง 33-49 คะแนน ระดับสูง 50-65 คะแนน ส่วนที่ 3 กระบวนการบริหาร ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การนำองค์การ และการควบคุมกำกับ งาน จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบประมาณค่าเฉลี่ย 5 ระดับ เช่นเดียวกับส่วนที่ 2 แปลผลคะแนน ดังนี้ กระบวนการ บริหารอยู่ในระดับต่ำ 24-56 คะแนน ปานกลาง 57-88 คะแนน ระดับสูง 89-120 คะแนน ส่วนที่ 4 การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ จำนวน 15 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน การแปลผล คะแนนตามเกณฑ์ช่วงคะแนนดังนี้ การปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ 15-35 คะแนน ปานกลาง 36-55 คะแนน ระดับสูง 56-75 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา พิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและหาความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า มีคะแนน IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสำรวจที่ผ่านการตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด

ที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ส่วนที่ 2 ปัจจัยการบริหาร ส่วนที่ 3 กระบวนการบริหาร และส่วนที่ 4 การดำเนินงาน มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82 0.88 และ 0.84 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2564 เลขที่ SSJ.UB 94.4 โดยก่อนตอบแบบสอบถามผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการศึกษา ระยะเวลาและวิธีการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างละเอียดตามเอกสารชี้แจงข้อมูล (Information sheet) ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมและให้อ่านเอกสารยินยอม (Consent form) และลงลายมือให้เรียบร้อย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล โดยข้อมูลจะถูกทำลายทันทีที่ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอเป็นภาพรวม และจะถูกลบทำลายเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.00 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 47.05 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.01 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.10 มีฐานรายได้ 40,000 บาท (ต่ำสุดเท่ากับ 5,000 บาท สูงสุดเท่ากับ 87,280 บาทต่อเดือน) เป็นประธานคณะกรรมการ พขอ. ร้อยละ 4.76 เป็นคณะกรรมการร้อยละ 90.48 มีฐานระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง 2 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 5 ปี ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1

Table 1 Characteristics of District Health Boards (n = 525)

Characteristics	N	%
Sex		
Male	341	65.00
Female	184	35.00
Age (Year)		
20-30	22	4.19
31-40	62	11.81
41-50	150	28.57
51- 60	247	47.05
≥61	44	8.38
Median ± IQR (Min: Max)	52 ± 12 (24: 76)	
Education		
Primary School	7	1.33
Secondary School	5	0.95
Diploma	22	4.19
Bachelor Degree	252	48.01
Master Degree	236	44.95
Doctoral Degree	3	0.57
Marital Status		
Single	26	4.95
Married	473	90.10
Widow	16	3.05
Separate	10	1.90
Average Income (Baht)		
<10,000	40	7.62
10,000-15,000	53	10.09
15,001-25,000	65	12.38
25,001-35,000	74	14.10
35,001-45,000	85	16.19
> 45,000	208	39.62
Median ± IQR		
(Min: Max)	40,000 ± 36,000 (5,000: 87,280)	

Table 1 Characteristics of District Health Boards (n = 525) (continued)

Characteristics	N	%
Position		
President	25	4.76
Secretary	25	4.76
Committee	475	90.48
Period of Operation (Year)		
1-2	283	53.9
3-5	242	46.1
Median ± IQR (Min: Max)	2.0 ± 5 (1: 5)	

ปัจจัยทำนายนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า ปัจจัยการบริหารงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 49.14 กระบวนการบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 68.00 โดยกระบวนการบริหารด้านการวางแผน การจัดการ การนำองค์การ และการควบคุมกำกับงานอยู่ในระดับสูง การปฏิบัติงานตามบทบาทของคณะกรรมการโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 76.57 โดยด้านขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงานสูงที่สุด ดังแสดงในตารางที่ (Table) 2

Table 2 Percentage of administrative factors, administrative process and implementation of District Health Board

	High	Moderate	Low
Administrative factors (Total)	49.14	48.38	2.48
Man	71.81	27.81	0.38
Money	36.38	59.05	4.57
Material	42.10	48.95	8.95
Administrative process (Total)	68.00	30.67	1.33

Table 2 Percentage of administrative factors, administrative process and implementation of district health board (continued)

	High	Moderate	Low
Administrative factors (Total)	49.14	48.38	2.48
Planning	70.10	29.52	0.38
Organizing	64.00	34.86	1.14
Leading	67.24	29.90	2.86
Controlling	62.10	36.38	1.52
Implementation (Total)	76.57	22.10	1.30
Stimulation, reinforcement, complement	72.19	26.48	1.33
Aspect of filling the lack of resources	68.38	30.10	1.52
Driving and evaluating performance	75.05	23.62	1.33

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ ($r < 0.40$) ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง ($r = 0.40-0.59$) ยกเว้นปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ กระบวนการบริหารทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานระดับสูง ($r = 0.6$ ขึ้นไป) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยการบริหาร ด้านกำลังคนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์รวมทั้งกระบวนการบริหาร ด้านการวางแผน การจัดการ การนำองค์การ และการควบคุมกำกับงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 3

Table 3 Relationship of characteristics, administrative factors, administrative process and implementation of District Health Board

Variables	Correlation coefficient (r_s)	p-value
Characteristics		
Age	-0.04	0.361
Income	0.17	<0.001
Period of operation	0.05	0.213
Administrative factors		
Man	0.59	<0.001
Money	0.44	<0.001
Material	0.38	<0.001
Administrative processes		
Planning	0.74	<0.001
Organizing	0.74	<0.001
Leading	0.73	<0.001
Controlling	0.70	<0.001

จากการวิเคราะห์การถดถอยของตัวแปรระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการบริหาร และกระบวนการบริหารที่มีส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบปัจจัยที่มีส่งผลต่อการปฏิบัติงานงาน ได้แก่ ปัจจัยการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ กระบวนการบริหารทุกด้านทั้งการจัดการจัดการ การนำองค์การ การวางแผนงานและการควบคุมกำกับงานสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้ร้อยละ 72 ดังแสดงในตารางที่ (Table) 4 และสามารถเขียนสมการถดถอยเชิงเส้นได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

การปฏิบัติงานงานตามบทบาทของ พชอ.จังหวัดอุบลราชธานี = $10.07 + 0.81 (\text{การจัดองค์การ}) + 0.49 (\text{การนำองค์การ}) + 0.53 (\text{การวางแผนงาน}) + 0.88 (\text{การควบคุมกำกับงาน}) - 0.55 (\text{วัสดุอุปกรณ์})$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{การดำเนินงานตามบทบาทของ พชอ. จังหวัดอุบลราชธานี}} = 0.23 (Z_{\text{การจัดองค์การ}}) + 0.25 (Z_{\text{การนำองค์การ}}) + 0.32 (Z_{\text{การวางแผนงาน}}) + 0.27 (Z_{\text{การควบคุมกำกับงาน}}) - 0.55 (Z_{\text{วัสดุอุปกรณ์}})$$

Table 4 Regression coefficients of the input variables equations with the role operation District Health Board

Variables	B	SE (b)	Beta	t	p-value
Organizing	0.81	0.15	0.23	5.54	<0.001
Leading	0.49	0.08	0.25	6.48	<0.001
Planning	0.53	0.07	0.32	8.07	<0.001
Controlling	0.88	0.12	0.27	7.28	<0.001
Material	-0.55	0.08	-0.18	-6.46	<0.001

Constant = 10.07, $R^2=0.72$, $R^2_{\text{adj}}=0.71$, $F= 262.86$

อภิปรายผล

ปัจจัยการบริหาร ได้แก่ คน เงิน และวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านบุคลากร อยู่ในระดับสูงเนื่องจากคณะกรรมการโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีให้ประกอบด้วยบุคคลจากทุกภาคส่วน จำนวน 21 คนต่ออำเภอและเนื่องจากคณะกรรมการได้มีการวางแผนแต่งตั้งอย่างเหมาะสมตามระเบียบ และสอดคล้องกับปริมาณงาน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานแต่ละงานชัดเจน มีการส่งเสริมและให้กำลังใจคณะกรรมการอยู่เสมอเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดำเนินงาน ส่วนปัจจัยที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ การได้รับงบประมาณเพื่อดำเนินงานจากรัฐอย่างเพียงพอและเหมาะสม การสำรวจความต้องการการใช้วัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานเป็นประจำ การวางแผนในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานให้ตรงกับความต้องการใช้ เนื่องจากที่ผ่านมา พชอ. จะได้รับ

งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งจะเพียงพอสำหรับนำมาเบิกจ่ายเป็นค่าพาหนะเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม และค่าเบี้ยประชุมเท่านั้นไม่พอสำหรับเบิกจ่ายเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการหรือสร้างนวัตกรรมในการแก้ไขปัญหาหรือเสริมสร้างคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามแนวคิดของ พชอ. นั้นเน้นให้จัดหางบประมาณจากส่วนอื่นๆ เป็นหลัก เช่น งบประมาณจากต้นสังกัดของคณะกรรมการ งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล กองทุนสวัสดิการชุมชน กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม เป็นต้น⁽³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ เลิศขามป้อม และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) จังหวัดตากที่พบว่าปัจจัยนำเข้า ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่ามีค่าสอดคล้องในระดับปานกลาง และสุวัชร นักรู้ก้าพลพัฒน์ และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาการประเมินผลการดำเนินการของเครือข่าย

บริการสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) กรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีการใช้บุคลากร อุปกรณ์ สื่อร่วมกัน แต่บุคลากร และงบประมาณไม่เพียงพอ

กระบวนการบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านการวางแผนและการจัดองค์กรอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกระบวนการบริหารด้านการจัดองค์กร มีการแต่งตั้งหรือกำหนดให้กรรมการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสมกับความรู้ความสามารถ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน และกระบวนการบริหารด้านการวางแผน มีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน ส่วนการควบคุมอยู่ในระดับต่ำสุดเนื่องจากไม่ค่อยมีโอกาสดูงานที่เกี่ยวข้อง การไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่กำหนดไว้ และไม่สามารถให้คำปรึกษาเพื่อนร่วมงานเมื่อมีปัญหาในการดำเนินงาน

การดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 76.57 ด้านการกระตุ้นหนุนเสริม เติบโตเต็มที่ที่สุด โดยมีการสนับสนุนให้ชุมชน ประชาชนเข้าร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมในการเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร มีการสนับสนุนให้คณะกรรมการได้นำทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น ภาคเอกชน มาร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของแววดี เหมวรรณนท์ ที่พบว่าประสิทธิภาพในการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับดี⁽¹³⁾ แตกต่างจากการศึกษาของฤทธิ เพ็ชรนิล⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นาร่อง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษพบว่า การปฏิบัติงานของคณะกรรมการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 32.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.3 และระดับต่ำร้อยละ 16.7 และสมยศ ศรีจารนัย⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษา การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของพขอ. อยู่ในระดับปานกลาง ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนอยู่ในระดับมาก ผลของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำสามารถทำนายผลได้ร้อยละ 28.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$) ฤทธิ เทชาดิวัฒน์และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า พขอ. ที่ดำเนินการในระดับดีและปานกลางมีการดำเนินงานแบบองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและความรู้สึกในการเป็นเจ้าของและร่วมขับเคลื่อนประเด็นที่ พขอ. กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำกับติดตามการดำเนินงาน โดยเน้นรูปแบบไม่เป็นทางการ มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ มีโครงสร้างและกลไกที่เชื่อมต่อระดับตำบลและหมู่บ้านเพื่อนำนโยบายของ พขอ. ไปปฏิบัติอย่างชัดเจน

ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน พบว่า ปัญหาเริ่มจากโครงสร้างที่คณะกรรมการจำนวน 21 คน ไม่สามารถดำเนินการครอบคลุมปัญหาสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอได้ โดยข้อเสนอแนะคือควรมีคณะอนุกรรมการรายประเด็นปัญหาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฤทธิ เพ็ชรนิล⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ปัญหาการดำเนินงานคือไม่ทราบบทบาทหน้าที่และแนวทางการทำงานที่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วม และการค้นหาปัญหาสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันสอดคล้องกับการศึกษาของแววดี เหมวรรณนท์ที่พบว่าการทำงานของ พขอ. ในจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่ พบปัญหาการส่งคืนข้อมูลให้ ชุมชน ยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนส่งผลให้ ชุมชนไม่ได้ ตระหนักถึงความปลอดภัยอย่างจริงจัง⁽¹³⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

ได้แก่ ปัจจัยการบริหารด้านการวางแผนและด้านวัสดุอุปกรณ์ กระบวนการบริหารด้านการควบคุมกำกับ การบริหารงานบุคคล การจัดองค์การและการอำนวยการซึ่งสามารถร่วมกันทำนุบำรุงการดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้ร้อยละ 74 จากการศึกษาของมานพ ฉลาดธัญญกิจ⁽⁷⁾ พบว่า ปัจจัยภายนอกองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้แก่ ปัจจัยทางการเมืองและนโยบาย ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยด้านเทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม และกฎหมาย และการศึกษาของฤทธิ เพ็ชรนิล⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและด้านการรู้ปัญหาสุขภาพ อำเภอมีผลทำให้ระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) สมยศ ศรีจารนัย⁽⁶⁾ ผลของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำสามารถทำนายผลได้ร้อยละ 28.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.010$)

เอกสารอ้างอิง

- Nawamawat J, Sittisart V, Lekphet K, Teantawarn P. The Geographic Information System for Health Management of District Health Board. Siamsin Printing House, Nakhon Sawan; 2019. (in Thai)
- World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. [Internet]. 2015. [cited in 20 February, 2022]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>.
- Sributwong P. Decoding the DHB. with 5 factors for successes. [Internet]. [cited in 10 January, 2022]. Available from: http://www.paradigmset.com/post/__dhhb. (in Thai)
- Butchon R. Assessment of a project to develop a model for health system management at the local level “Area is the base The people are the center” according to the civil state guidelines. To strengthen the district health system according to the strategy of good health and Thai lifestyle [Internet]. Health Intervention and Technology Assessment Program. [Internet]. 2022 [cited in 22 February, 2022] Available from: <https://www.hitap.net/research/180027>
- Minister’s Office. Regulations of the Prime Minister’s Office on the Development of Quality of Life at the Area Level B.E. 2561 (2018) [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 2]. Available from: [https://multi.dopa.go.th/legal/news/cate 1/view43](https://multi.dopa.go.th/legal/news/cate%201/view43).
- Srijaranai S. The influence of Role of District Health Board on quality of life development and reducing inequality of people in Health Region 4. [National Defence Course Class 60]: National Defense College; 2018. (in Thai)
- Chaladthanyakit M. Implementation of the District Health Board (DHB), Sakon Nakhon Province.[Independent Study]: Health Policy & Strategy Fellowship Training Program: HPFT; Ministry of Public Health;2018. (in Thai)
- Certo SC. Modern management: Diversity, quality, ethics, and the global environment (7th ed.). New Jersey: Prentice-hall International. 1997.
- Merchant KA. Modern management control systems: Text and cases. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 1998.

10. Ubon Ratchathani Department of Provincial Administration. Population statistics. [Internet]. 2022 [cited in 20 February, 2022] Available from: <http://www.ubondopa.com/detailone.aspx?id=15199>. (in Thai)
11. Lertkhampom P, Maneechai M, Worrathanarat T. Performance Assessment of District Health System in Tak Province 2015. Health Area Researchers Development Project. Bangkok: Health Systems Research Institute (HSRI); 2015. (in Thai)
12. Nakrukamphonphatn S, Suwannakoot N, Chananin Y, Meenakate P. Performance Evaluation of District Health System Evaluation at Det-Udom District, Ubon Ratchathani Province. Humanity and Social Science Journal 2016; 7(2): 105–130. (in Thai)
13. Hemwaranon W. Evaluation of the Operations District Health Board's, Nakhon Ratchasima Province. Journal of Health Research and Development. 2020; 6(1): 140–157. (in Thai)
14. Pechnil R. Factor affecting the performance of district health system committee in Chumphon Province. [Independent study]: Thammasat University ; 2017. (in Thai)
15. Tejavivaddhana P, Laosee O, Kasemsup V, Thamma-Aphiphol K, Suriyawongpaisal, Dammee D, et al. Policy Options for Strengthening District Committee on Improving Quality of Life (District Health Board). Health Systems Research Institute (HSRI); 2021. (in Thai)



ความรู้และทัศนคติต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชน ตำบลเขาถ่าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Knowledge and Attitude towards Medicinal Cannabis of People at Khao Than Sub-district, Tha Chang District, Surat Thani Province

อุษณีย์ เอกสุวีรพงษ์^{1*}, ช่อผกา นาคมิตร¹

Utsani Eksuweeraphong^{1*}, Chorphaka Narkmit¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของประชาชนที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และ 2) ศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือประชาชนในตำบลเขาถ่าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 345 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ผ่านสื่อได้แก่ คู่มือฉบับย่อ แผ่นพับ จดหมายข่าว โฟมบอร์ด และคลิปวีดิทัศน์เป็นเวลา 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ผลการวิจัยพบว่าหลังจากกิจกรรมให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ในระดับดีมากเป็นส่วนใหญ่ โดยโฟมบอร์ดมากที่สุด รองลงมา คือ จดหมายข่าว เนื่องจากเป็นสื่อที่มีเนื้อหาสั้นกระชับเข้าใจง่ายและตอบข้อสงสัยได้ทันทั้งที่

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, กัญชาทางการแพทย์

Citation:

Eksuweeraphong U, Narkmit C. Knowledge and attitude towards medicinal cannabis of people at Khao Than Sub-district, Tha Chang District, Surat Thani Province. Health Sci J Thai 2022; 4(2): 77-86; <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.251717>

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

¹ Surat Thani Provincial Public Health Office, 84000, Thailand

* Corresponding author: E-mail: Utsaniek@gmail.com, Tel. 098-0108282
Received: Jun 24, 2021; Revised: Mar 7, 2022; Accepted: Apr 28, 2022

Abstract

This group pretest and posttest study design aimed to 1) compare knowledge and attitude of people towards medicinal cannabis between before and after participating the activities and 2) examine satisfaction of the educational model. The samples size were 345 people at Khao Than Sub-district, Tha Chang District, Surat Thani Province selected by multi-stage random sampling method. The samples received the knowledge about medical cannabis through the educational model, including quick guides, brochures, newsletters, foam board, and three-month video clips. The research instrument used to measure knowledge and attitude towards medicinal cannabis was a questionnaire. The data was analyzed using descriptive statistics and inferential statistics. The results showed that after participating the activities, the samples' mean score of the knowledge and attitude towards medicinal cannabis was significantly increased at $p < 0.001$. In addition, the results showed that the samples had high level of satisfaction of the educational model through various media. Foam board was satisfied at the highest level, followed by newsletters because they were short, concise, easy-to-understand and could answer questions instantly.

Keywords: Knowledge, Attitude, Medicinal Cannabis

บทนำ

ประเทศไทยยังคงจัดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522⁽¹⁾ มีการกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครองแต่จากรายงานการวิจัยในหลายปีที่ผ่านมาพบว่าการสกัดจากกัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์ หลายประเทศทั่วโลกได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเพื่ออนุญาตให้ประชาชนนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์โดยชอบด้วยกฎหมาย และเพื่อการนันทนาการอย่างถูกต้องตามกฎหมายในบางประเทศด้วย⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยได้มีการแก้กฎหมายโดยออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เพื่อเปิดช่องให้ประชาชนสามารถใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้อย่างถูกกฎหมายตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 โดยก่อนที่พระราชบัญญัติยาเสพติดดังกล่าวจะมีผลบังคับใช้ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการครอบครองยาเสพติดให้

โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว โดยพบว่าผู้ป่วยที่มาแสดงหลักฐานการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคเฉพาะตัวในประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 39,708 คน และโรคที่ผู้ป่วยแจ้งว่าใช้ในการรักษามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ปวดหัว/ไมเกรน ช่วยนอนหลับ และรักษามะเร็ง⁽³⁾

จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้ป่วยมาแสดงหลักฐานการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว จำนวนทั้งสิ้น 767 คน อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 4 - 92 ปี อาศัยอยู่ทุกอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีรูปแบบการใช้กัญชามากที่สุดคือ น้ำมันกัญชา/สารสกัด (ร้อยละ 59.84) โดยนำมาหยดใต้ลิ้น รองลงมาคือต้นกัญชา (ร้อยละ 57.11) นำมาต้มเป็นชาดื่มและกัญชาแห้ง (ร้อยละ 30.77) นำมาบดบดหรือสกัดเป็นน้ำมันกัญชา ตามลำดับ และโรคที่ผู้ป่วยแจ้งว่าใช้ในการรักษามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ปวดหัว/ไมเกรน (ร้อยละ 38.85) ช่วยนอนหลับ/คลายเครียด (ร้อยละ 37.16) และรักษามะเร็ง (ร้อยละ 13.43) เช่นเดียวกับ

ภาพรวมของประเทศไทย(3) แต่ไม่สอดคล้องกับที่กรมการแพทย์ระบุว่าโรคและภาวะที่มีหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพสนับสนุนชัดเจนให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 6 โรค ได้แก่ 1) ภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัด (Chemotherapy induced nausea and vomiting) 2) โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษา (Intractable epilepsy) 3) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple sclerosis) 4) ภาวะปวดประสาท (Neuropathic pain) 5) ผู้ป่วยรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) 6) ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยเอดส์ที่มีน้ำหนักน้อย⁽⁴⁾ ทั้งนี้จากการสอบถามผู้ป่วยที่มาแสดงหลักฐานการใช้กัญชาพบว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการนำใช้กัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์จากหลายช่องทาง ส่วนใหญ่เป็นสื่อออนไลน์ ซึ่งขาดการกลั่นกรองความถูกต้อง ทั้งนี้ยังเสนอให้หน่วยงานราชการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและประชาชนให้มากขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ และทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนในตำบลเขาถ่าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เนื่องจากเป็นอำเภอแรกในจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่มีการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่ทราบถึงความรู้และทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อนำมาวางแผนพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่ประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย และป้องกันการนำกัญชาซึ่งยังคงเป็นยาเสพติดไปใช้ในทางที่ผิดต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของประชาชนที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ในตำบลเขาถ่าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในตำบลเขาถ่าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด One group pretest and posttest design ประชากร คือ ประชาชนในตำบลเขาถ่าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลนั้นมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2,473 คน⁽⁵⁾ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในตำบลเขาถ่าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 345 คน ซึ่งได้จากการคำนวณด้วยสูตรของ Cochran WG⁽⁶⁾ ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random sampling) โดยขั้นแรกทำการเปรียบเทียบจำนวนสัดส่วนประชากรกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบต่อไป โดยมีขั้นตอนวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยและคณะจัดทำสื่อให้ความรู้ ได้แก่ คู่มือฉบับย่อ แผ่นพับ จดหมายข่าว โปสเตอร์ และคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยนำข้อมูลจากเว็บไซต์ของกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ มาประยุกต์ ซึ่งเนื้อหาหลักของสื่อประกอบด้วยข้อบ่งใช้ อาการข้างเคียง แนวทางปฏิบัติเมื่อใช้กัญชา กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ช่องทางการเข้าถึงบริการ และแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของสื่อที่จัดทำ

ขั้นตอนที่ 2 จัดอบรมความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อเป็นผู้ให้ความรู้แก่ประชาชน ผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ

ขั้นตอนที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านออกให้ความรู้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ด้วยสื่อ

รูปแบบต่างๆ ที่จัดเตรียมไว้ให้เป็นเวลา 3 เดือน ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้และทัศนคติก่อนการให้ความรู้ (Pre-test) ดังแสดงในภาพที่ (Figure) 1

ขั้นตอนที่ 4 เมื่อครบ 3 เดือน (ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2563) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้และทัศนคติหลังการให้ความรู้ (Post-test) และทำแบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

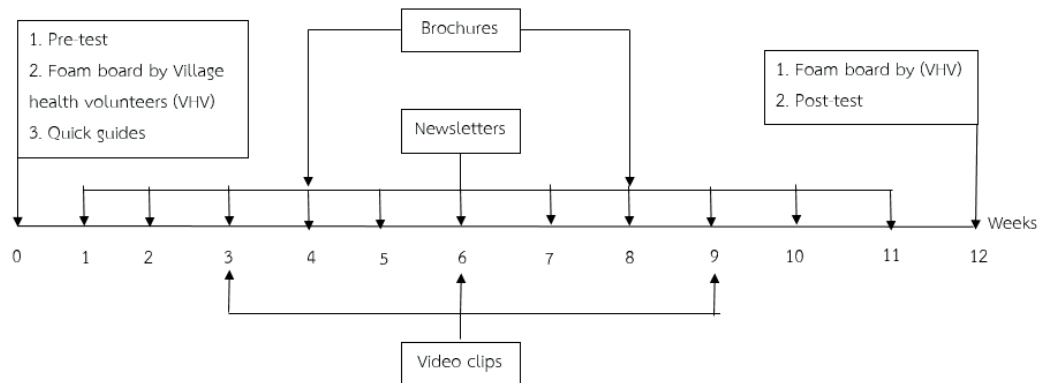


Figure 1 Medical Cannabis Educational Model

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามเก็บข้อมูลความรู้และทัศนคติ ก่อนและหลังการทำกิจกรรมให้ความรู้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ 2) ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็นแบบเลือกตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบคำถามถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน จำนวน 14 ข้อ โดยแบ่งระดับความรู้ตามเกณฑ์ของบลูม⁽⁸⁾ ได้แก่ ระดับรู้น้อย (0-8 คะแนน) ระดับรู้นปานกลาง (9-11 คะแนน) และระดับรู้นสูง (12-14 คะแนน) 3. ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นแบบ Likert scale แบ่งค่าคะแนนเป็น 1-5 คะแนน จำนวน 17 ข้อ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ย และแบ่งระดับค่าคะแนนเป็น 3 ช่วงตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁹⁾ ได้แก่ ระดับทัศนติน้อย (1.00-2.33 คะแนน) ระดับทัศนติปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และระดับทัศนติมาก (3.67-5.00 คะแนน) และใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ความรู้การใช้กัญชาทางการแพทย์

หลังการทำกิจกรรมให้ความรู้ ในด้านลักษณะความสวยงาม ความง่ายของเนื้อหา ความเหมาะสมของระยะเวลา ของสื่อรูปแบบต่างๆ ได้แก่ คู่มือฉบับย่อ แผ่นพับ จดหมายข่าว โฟมบอร์ด และคลิปวีดิทัศน์ เป็น Likert scale แบ่งค่าคะแนนเป็น ดีมาก ดี พอใช้ และควรปรับปรุง

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามไปใช้กับประชาชนในตำบล ท่าเคย อำเภอลำปาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน โดยแบบสอบถามด้านความรู้ที่มีคะแนนแบบ 0, 1 หาค่าสัมประสิทธิ์ใช้สูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน ตามสูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.89 ส่วนแบบสอบถามที่เป็น Likert scale นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา กรณีข้อมูลแจกแจงนับใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 345 คน มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุดจำนวน 113 คน (ร้อยละ 32.75) รองลงมาคืออายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 89 คน (ร้อยละ 25.80) และอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 81 คน (ร้อยละ 23.48) มีสถานภาพทางสังคมส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป 280 คน (ร้อยละ 80.85) รองลงมาคือ บุคลากรทางการแพทย์ 28 คน (ร้อยละ 8.09) และคณะกรรมการชุมชน 12 คน (ร้อยละ 2.98) โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์มาก่อน จำนวน 186 คน (ร้อยละ 54.04) จากสื่อออนไลน์ทั่วไปมากที่สุด (ไลน์ เฟซบุ๊ก และยูทูบ) จำนวน 108 คน (ร้อยละ 51.92) รองลงมาคือได้รับความรู้จากอสม. จำนวน 72 คน (ร้อยละ 34.62) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1

Table 1 Characteristics of People at Khao Than Sub-district (n = 345)

Characteristics	Number	Percent
Age (Years)		
18-30	22	6.38
31-40	40	11.59
41-50	81	23.48
51-60	113	32.75
>60	89	25.80
Social Status		
Sage	10	2.98
Village headman	4	1.28

Characteristics	Number	Percent
Community board	12	3.40
Personnel in local administration organization	4	1.28
Medical personnel	28	8.09
Student	7	2.13
Other	280	80.85
Acquire knowledge about the use of medical cannabis products before		
No	159	45.96
Yes	186	54.04
Source of knowledge about the use of medicinal cannabis products (n = 186), Choose more than 1 answer		
Government agencies Organize training	16	7.69
Online media	108	51.92
Village health volunteers	72	34.62
Other	12	5.77
Total number of selected answers	208	100.00

ในด้านความรู้เกี่ยวกับการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์อย่างปลอดภัยก่อนการให้ความรู้ผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูงจำนวน 134 คน (ร้อยละ 38.84) รองลงมาคือ ระดับน้อยจำนวน 119 คน (ร้อยละ 34.49) และระดับปานกลางจำนวน 92 คน (ร้อยละ 26.67) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจำนวน 241 คน (ร้อยละ 69.85) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 2

Table 2 Knowledge levels of medical cannabis use (n = 345)

Knowledge levels	Before	After
Low (0-8 points), n (%)	119 (34.49)	28 (8.12)
Moderate (9-11 points), n (%)	92 (26.67)	76 (22.03)
High (12-14 points), n (%)	134 (38.84)	241 (69.85)
Mean $\pm$ SD (Min : Max)	9.43 $\pm$ 3.60 (0 : 14)	11.89 $\pm$ 2.05 (6 : 14)

ส่วนทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ จากได้รับความรู้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่มีต่อการก่อนได้รับความรู้ผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ ภาพรวมอยู่ในใช้กัญชาทางการแพทย์ ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงจำนวน 189 คน (ร้อยละ 54.78) รองลงมา ระดับสูงเพิ่มขึ้นจำนวน 242 (ร้อยละ 70.14) ดังแสดงระดับปานกลางจำนวน 153 (ร้อยละ 44.35) และหลัง ในตารางที่ (Table) 3

Table 3 Attitude levels of medical cannabis use (n = 345)

Attitude levels	Before	After
Low (1.00-2.33 points), n (%)	3 (0.87)	0 (0.00)
Moderate (2.34-3.66 points), n (%)	153 (44.35)	103 (29.86)
High (3.67-5.00 points), n (%)	189 (54.78)	242 (70.14)
Mean $\pm$ SD (Min : Max)	3.68 $\pm$ 0.43 (2.29 : 4.65)	3.85 $\pm$ 0.34 (3.00 : 4.47)

หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้การใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัยผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าเฉลี่ยในเรื่องความรู้และทัศนคติในการนำผลิตภัณฑ์กัญชาไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 ดังแสดงในตารางที่ (Table) 4

Table 4 Compare the mean score of the knowledge and attitude towards medicinal cannabis of the samples before and after (n = 345)

	Before (Mean $\pm$ SD)	After (Mean $\pm$ SD)	p-value
Knowledge	9.43 $\pm$ 3.60	11.89 $\pm$ 2.05	<0.001
Attitude	62.52 $\pm$ 7.33	65.47 $\pm$ 5.77	<0.001

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติ (p-value = 0.869) แต่ค่าเฉลี่ยทัศนคติของทั้งสองของกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้และไม่เคยได้รับความรู้ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพบว่ามีค่าเฉลี่ยความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p-value <0.001) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 5

Table 5 Compare the mean score of knowledge and attitude of the samples who had received knowledge and did not get it before participating in the activities (n = 345)

	Yes (Mean $\pm$ SD)	No (Mean $\pm$ SD)	p-value
Knowledge	11.91 $\pm$ 1.929	11.86 $\pm$ 2.198	0.869
Attitude	67.28 $\pm$ 5.133	63.34 $\pm$ 5.77	<0.001

ทั้งนี้ เมื่อประเมินความพึงพอใจต่อสื่อรูปแบบต่างๆ ได้แก่ คู่มือฉบับย่อ แผ่นพับ จดหมายข่าว โฟมบอร์ด คลิปวิดีโอ ของกลุ่มตัวอย่างหลังจากกิจกรรมให้ความรู้พบว่า สื่อที่ให้ผลการประเมินในระดับดีมากจำนวนมากที่สุดคือโฟมบอร์ด 323 คน (ร้อยละ 93.52) รองลงมาคือจดหมายข่าว 301 คน (ร้อยละ 87.37) และแผ่นพับ 287 (ร้อยละ 83.23) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ (Table) 6

Table 6 Satisfaction assessment on the medical cannabis use educational medias (n = 345)

Medias	Very good	Good	Fair	Improve
Quick guides, n (%)	174 (50.45)	134 (38.74)	37 (10.81)	0 (0.00)
Newsletters, n (%)	301 (87.37)	42 (11.98)	2 (0.65)	0 (0.00)
Brochures, n (%)	287 (83.23)	52 (15.03)	6 (1.74)	0 (0.00)
Foam board, n (%)	323 (93.52)	22 (6.48)	0 (0.00)	0 (0.00)
Video clips, n (%)	261 (75.77)	71 (20.88)	11 (3.35)	0 (0.00)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการนำกัญชาไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผลการศึกษาหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.85) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.89 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้มาก่อนกับที่ไม่เคยได้รับความรู้มาก่อนพบว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมความรู้ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.869) อาจเนื่องจากแหล่งความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับมาก่อนมาจากสื่อออนไลน์ทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 51.92) ไม่ได้มาจากสื่อของทางราชการที่ผ่านการกลั่นกรองข้อมูล ดังนั้นข้อมูลที่ได้รับอาจไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกต้องทั้งหมด แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ทั้งนี้การให้ความรู้ด้วยสื่อรูปแบบต่างๆ ได้แก่ คู่มือฉบับย่อ แผ่นพับ จดหมายข่าว โฟมบอร์ด และคลิปวิดีโอ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากขึ้นแม้ว่าจะไม่เคยได้รับความรู้มาก่อน จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรและสายศิริ(10) ที่พบว่าการอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นเวลา 2 ครั้งๆ ละ 6 ชั่วโมงโดยมีสื่อภาพการ์ตูนแอนิเมชัน และหนังสือการ์ตูนประกอบจะทำให้เข้าใจมากขึ้นและมีคะแนนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับธาลัสซีเมียและการตรวจคัดกรองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001)

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับสูงและมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 242 คน (ร้อยละ 70.14) เมื่อผ่านการเข้าร่วมกิจกรรม และเมื่อเปรียบเทียบแต่ค่าเฉลี่ยทัศนคติหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้มาก่อนกับกลุ่มที่ไม่เคยได้รับรู้มาก่อนพบว่าทัศนคติของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีของเบนจามิน บลูม และคณะ⁽¹¹⁾ กล่าวคือเมื่อกกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจในการนำกัญชาไปให้ประโยชน์ทางการแพทย์ดีขึ้นจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องผ่านสื่อหลายรูปแบบซึ่งเข้าใจง่าย อย่างต่อเนื่อง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์หรือใช้กัญชาในการรักษาโรคที่พบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันและส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เช่นการศึกษาของประชาชนในจังหวัดพิษณุโลกเกี่ยวกับกัญชาในการรักษาโรคพบว่ามีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์จากหน่วยงานของรัฐ แต่ศึกษาจากโฆษณาและสื่อออนไลน์ทั่วไป⁽¹²⁾ แม้กระทั่งอสม. ในจังหวัดขอนแก่นก็มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ระดับปานกลาง เนื่องจากการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นนโยบายใหม่ทำให้การได้รับองค์ความรู้ยังมีอยู่อย่างจำกัด⁽¹³⁾ รวมถึงการศึกษาของรัชฎาภรณ์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกัญชา

ทางการแพทย์ของประชาชนในตำบลท่าแร่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการศึกษาของจิราภา⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าทัศนคติของประชาชนที่มีผลต่อการใช้พืชเศรษฐกิจ “กัญชา” ในการรักษาโรคมะเร็งในเขตพื้นที่จังหวัดสระแก้วให้ความสำคัญด้านความรู้เพิ่มเติมซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนต้องการข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการรักษา สามารถใช้กัญชาได้อย่างถูกวิธีและถูกกฎหมาย เช่นเดียวกับการศึกษาของพีระ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลจังหวัดนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับปานกลางมีความจำเป็นต้องเพิ่มวิธีในความรู้และการเผยแพร่ข้อมูลหลายช่องทาง ร่วมกับการประเมินผลอย่างเป็นระบบและการศึกษาความรู้และทัศนคติของเภสัชกรในรัฐแคลิฟอร์เนียที่พบว่าเภสัชกรเชื่อว่ากัญชามีประสิทธิภาพทางการแพทย์แต่ไม่มีข้อมูลที่เพียงพอหรือไม่มีแหล่งข้อมูล และมีความกังวลเกี่ยวกับนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ไม่สอดคล้องกันกับของรัฐบาลกลาง⁽¹⁷⁾

ทั้งนี้การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความรู้เกี่ยวกับกัญชาในการรักษาโรค อาการไม่พึงประสงค์ ข้อกฎหมายด้านการปลูกและการใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่การศึกษารังนี้ได้เพิ่มความรู้ในส่วนช่องทางการเข้าถึงบริการ และแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ โดยเป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่ประชาชนด้วยสื่อรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งถือเป็นการสร้างเครือข่ายภาคประชาชนที่จะช่วยประชาสัมพันธ์การใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย และเฝ้าระวังการใช้กัญชาในทางที่ผิดในชุมชนที่อาจเกิดขึ้นได้หากมีการพิจารณาการปลูกกัญชาอย่างเสรี โดยให้ทราบว่าในขณะนี้กัญชายังคงเป็นยาเสพติดต้องมีการควบคุมตามกฎหมายไม่สามารถหาซื้อใช้เองได้ทั่วไป การใช้ต้องอยู่ภายใต้การ

ดูแลของบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมซึ่งนำ
กัญชามาใช้ในการรักษาโรคเฉพาะบางโรคเท่านั้น
เนื่องจากมีหลักฐานการวิจัยในการรักษาที่ชัดเจน และ
เมื่อใช้กัญชาต้องปฏิบัติตามวิธีหรือระบองการข้างเคียงที่
อาจจะเกิดขึ้น

เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจต่อรูป
แบบสื่อให้ความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความ
พึงพอใจต่อรูปแบบสื่อในระดับดีมาก โดยเฉพาะ
โพนบอร์ดมากที่สุด (ร้อยละ 93.52) รองลงมาคือ
จดหมายข่าว (ร้อยละ 87.37) เนื่องจากโพนบอร์ดมี
ขนาดตัวอักษรใหญ่ ใช้คำสั้นกระชับเข้าใจง่าย ส่วน
จดหมายข่าวซึ่งเป็นสื่อที่จัดทำขึ้นทุกสัปดาห์สามารถ
ตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่างได้ทันที่ ในขณะที่
รูปแบบของสื่อที่กลุ่มตัวอย่างให้ความพึงพอใจระดับ
พอใช้ได้แก่ คู่มือฉบับย่อ (ร้อยละ 10.81) รองลงมา
คือคลิปวิดีโอ (ร้อยละ 3.35) เนื่องจากคู่มือฉบับย่อ
มีจำนวนหลายหน้าต้องใช้เวลาในการอ่าน ส่วนคลิป
วิดีโอสำหรับผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงได้เองต้อง
พึ่งพาบุคคลอื่นในการรับชม

นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด
คือไม่มีการควบคุมการได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูล
ภายนอกในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาที่อาจจะส่งผลต่อ
ระดับความรู้และทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นจึง
ควรนำมาใช้ในการพัฒนาสำหรับการศึกษารุ่นต่อไป

แต่อย่างไรก็ตามการให้ความรู้ผ่านสื่อรูปแบบ
ต่างๆ ที่น่าจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติ
ที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ควรเป็นสื่อที่เข้าถึงง่าย เนื้อหาสั้นกระชับเข้าใจ
ง่ายและตอบข้อสงสัยได้ทันที่

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

นำรูปแบบการให้ความรู้ของศึกษานี้ให้บุคลากร
สาธารณสุขในอำเภอต่างๆ ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ใช้เป็นแนวทางในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับกัญชา
ทางการแพทย์ให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป
ทั้งนี้ควรทวนสอบความรู้ให้เป็นปัจจุบันเนื่องจาก

ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และข้อกำหนด
มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาการถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับ
กัญชาทางการแพทย์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมของ
กลุ่มตัวอย่างให้แก่ชุมชน

2) ควรศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีต่อกัญชา
ทางการแพทย์ของประชาชนทุกอำเภอในจังหวัด
สุราษฎร์ธานีหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ
การศึกษานี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาถ่านและท่าเคย ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลท่าฉาง สาธารณสุขอำเภอท่าฉาง บุคลากรทุกท่านในอำเภอท่าฉาง และ
อสม.ตำบลเขาถ่านและท่าเคยที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและทำให้การศึกษานี้
สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Narcotics Act (No. 7) B.E. 2562 (2019), Government Gazette Volume 136, Part 19 A (dated 18 February, 2019)
2. Euachikul C. Cannabis: Benefit, harm and improvement proposals for governance. Center of Continuing Pharmaceutical Education [Internet]. 2017 [Cited in 14 March, 2020]. Available from: https://ccpe.pharmacy council.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id
3. Narcotics Control Division. Cannabis Possession Reporting System [Internet]. 2019 [Cited in 2 March, 2020]. Available from: <https://narcoticsreport.thai-fda.com/#/login>.

4. Department of Medical Services. Guidance on Cannabis for Medical Use (Third edition). [Internet]. 2020 [Cited in 14 March, 2020]. Available from: http://cannabis.fda.moph.go.th/wp-content/uploads/PDF/manual/February_2020/Guidance-Updated-v4_updated-20200120-cover.pdf
5. Surat Thani Province. Central database: Population. [Internet]. 2020 [Cited in 2 March, 2020]. Available from: <http://www.moi.go.th/MOIWEB/MainUI#>
6. Cochran WG. Sampling Techniques. (Third edition). New York: John Wiley & Sons, 1977.
7. Narcotics Control Division. Food and Drug Administration. Ministry of Public Health. [Internet]. 2020 [Cited in 2 March, 2020]. Available from: <https://cannabis.fda.moph.go.th/>.
8. Bloom BS, Hasting JT, Madaus GF. Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Gra-Hill Book Company, 1971.
9. Best JW. Research in Education (Third edition). London: Prentice Hall, 1977.
10. Naewbood S, Mirasena S. Effect of Thalassemia Health Education Program on Health Care Providers. Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal 2016; 8(1): 25-36. (In Thai)
11. Bloom BJ, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay, 1956.
12. Saijanket P, Nojan P, Meekai N, Suknarin R. Knowledge and Attitude towards Medicinal Cannabis among People in Phitsanulok Province. Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine 2020; 18(3): 595-603. (In Thai)
13. On-Kail P, Suwannaphant K. Health Literacy of Medical Cannabis Use among Village Health Volunteers in Khon Kaen Province. Journal of Health Science and Community Public Health 2020; 3(2): 28-38. (In Thai)
14. Ungcharoen R, Ongarj P, Oratanasathaporn S. Knowledge and Attitude towards Medicinal Cannabis of People at Tha-Rae Sub-district, Mueang District, Sakornnakhon Province. Public Health Policy & Law Journal 2021; 7(1): 69-86. (In Thai)
15. Sanprathiap J. People's Attitudes Affecting the Cancer Treatment with Economic Crops "Marijuana" in Sa Kaeo Province. [Internet]. 2019 [Cited in 20 January, 2022]. Available from: http://www.ba-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2562-5-10_1599043433.pdf
16. Areerat P. Knowledge and the health beliefs about the medical use of marijuana among Ayutthaya Province hospital clients. Research and development health system journal 2021; 14(2): 1-12. (In Thai)
17. Szyliowicz D, Hilsenrath P. Medical Marijuana Knowledge and Attitudes: A Survey of the California Pharmacists Association. Journal of Primary Care and Community Health. 2019 Jan-Dec;10:2150132719831871. doi: 10.1177/2150132719831871. PMID: 30795717; PMCID: PMC6388448.



ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกและการเปรียบเทียบการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกโดย 2 วิธี

Risk Factors of Cervical Cancer and Comparison of 2 Methods for Cervical Cancer Screening

กীরติยา พิทยะปรีชากุล^{1*}, กวีวัชร ตันติเศรณี¹, ปิยะพงษ์ ศรีสวัสดิ์¹, เบนจมาส มั่นอยู่¹

Keeratiya Pittayapreechakul^{1*}, Kaweewat Tantiseranee¹, Piyapong Srisawad¹, Benjamas Manyoo¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก และเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Conventional Pap Smear หรือ CPS (กลุ่มที่ 1) และวิธี HPV DNA test ร่วมกับ Liquid-based cytology หรือ LBC (กลุ่มที่ 2) จากสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน 384 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 และ 2 จำนวน 207 คน และ 177 คน ตามลำดับ ตามความสมัครใจของผู้รับการตรวจ จากสถิติ Fisher's exact test พบว่า สุ่มมีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม จากสถิติ Mantel-Haenszel test การตรวจคัดกรองกลุ่มที่ 2 พบผลเป็นบวก 6.79 เท่า (OR = 6.79, 95%CI: 1.49-31.07) ของกลุ่มที่ 1 การตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC มีแนวโน้มที่จะมีความไวมากกว่าวิธี CPS สตรีที่ติ่มสุราควรได้รับการป้องกันการเป็นมะเร็งปากมดลูก และควรมีการวิจัยซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง, การตรวจคัดกรอง, มะเร็งปากมดลูก

Citation:

Pittayapreechakul K, Tantiseranee K, Srisawad P, Manyoo B. Risk factors of cervical cancer and comparison of 2 methods for cervical cancer screening. Health Sci J Thai 2022; 4(2): 87-94; (In Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.252711>

¹ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน
มหาราช ตาก 63000

¹ Somdejphrajaotaksinmaharaj
Hospital Medical Education
Center, Tak, 63000, Thailand

*Corresponding author: E-mail: research.taksin@hotmail.com, Tel: 055-541632

Received: Aug 11, 2021; Revised: Apr 29, 2022; Accepted: May 13, 2022.

Abstract

This research aimed to investigate risk factors of cervical cancer and to compare 2 methods of the screening tests: conventional pap smear (group 1) and HPV DNA test with liquid-based cytology (group 2), in 384 women who were screened at SomdejphrajaotaksinMaharaj hospital. There were 207 and 177 subjects in groups 1 and 2 respectively, based on the subjects' choice. Through a Fisher's exact test, alcohol drinking was associated with the positive result of cervical cancer screening in both groups. Through a Mantel-Haenszel test, the positive finding in group 2 was 6.79 times that in group 1 (95%CI: 1.49-31.07). The screening by HPV DNA test with LBC is likely to be more sensitive than that by CPS. Women with alcohol drinking should be prevented for cervical cancer. The replicated studies with larger sample size are suggested.

Keywords: Risk factors, Screening Tests, Cervical Cancer

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสามในสตรีไทย⁽¹⁾ พบร้อยละ 11.1 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก⁽²⁾ จากสถิติปี พ.ศ. 2563 ของจังหวัดตากพบร้อยละ 0.03⁽³⁾ ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การมีบุตร การใช้ยาคุมกำเนิด โรคประจำตัว พฤติกรรมสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เป็นต้น⁽⁴⁾ โดยเฉพาะการติดเชื้อ Human papillomavirus (HPV), Chlamydia trachomatis และ Human immunodeficiency virus

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือการค้นหาเซลล์ผิดปกติในมดลูกที่อาจนำไปสู่มะเร็ง⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่าสามารถลดอัตราการตายได้หากตรวจพบในระยะแรก⁽⁶⁾ ปัจจุบันวิธีคัดกรองที่เป็นมาตรฐานในประเทศไทยคือการตรวจเซลล์วิทยาด้วยวิธี Conventional Pap Smear (CPS) คือ ใช้ไม้ค้ำหยักป้ายบริเวณปากมดลูกเพื่อนำเซลล์บริเวณดังกล่าวมาตรวจดูภายใต้กล้องจุลทรรศน์⁽⁷⁾ มีความไวสูงถึงร้อยละ 86.8 และความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 95 แต่พบผลลบลงได้สูงถึงร้อยละ 80 โดยสาเหตุหลักคือการปนเปื้อนของสิ่งส่งตรวจ การซ้อนทับกันของเซลล์หนาเกินไป การไม่ได้แช่น้ำยารักษาสภาพอย่างทั่วถึงที่ และการป้ายเซลล์

บนแผ่นสไลด์ทำได้เพียงร้อยละ 10-20 ของเซลล์ที่เก็บมาได้⁽⁸⁾ รวมถึงพบปัญหาในด้านความชำนาญของบุคลากรที่ป้ายเก็บตัวอย่างและการรายงานผล

ช่วงปี พ.ศ. 2533 มีการพัฒนาวิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อแก้ไขปัญหาของการเก็บส่งตรวจแบบเดิม โดยใช้เทคนิคการเก็บเซลล์ตัวอย่างในน้ำยารักษาสภาพ เรียกว่าวิธีนี้ว่า Liquid-based cytology (LBC) เพื่อตรวจหาเซลล์ผิดปกติและเซลล์อักเสบ คือ Low-grade squamous intraepithelial lesion และ Atypical squamous cells of undetermined significance ที่สามารถพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็งในอนาคต วิธีนี้ตรวจพบสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับวิธีดั้งเดิมหรือ CPS ในผู้ป่วยคนเดียวกัน⁽⁹⁾

ต่อมาได้มีการคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC โดยวิธี HPV DNA test เป็นเทคนิคระดับชีวโมเลกุลเพื่อตรวจหา DNA ของเชื้อ HPV ที่มีการเก็บส่งตรวจเช่นเดียวกับ LBC การตรวจคัดกรองด้วยสองวิธีร่วมกันมีความไวและความจำเพาะมากกว่าการตรวจด้วยวิธีทางเซลล์วิทยาเพียงอย่างเดียว⁽⁸⁾ สามารถค้นหาเชื้อ HPV ได้ในระยะก่อนเกิดมะเร็ง และเพิ่มประสิทธิภาพการเก็บส่งตรวจเพื่อวิเคราะห์ผลทางวิทยาเซลล์ได้ชัดเจนขึ้น⁽¹⁰⁾ โดยเฉพาะการตรวจหา

เชื้อ HPV ชนิด 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูก⁽¹¹⁾ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ได้สนับสนุนให้ตรวจ HPV DNA test ร่วมกับ LBC มากขึ้น⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของการคัดกรองขึ้นอยู่กับทักษะในการเก็บสิ่งส่งตรวจและความชำนาญในการอ่านผล ซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละสถานพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ได้สนับสนุนให้มีการคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC จึงเห็นความจำเป็นในการเปรียบเทียบวิธีการใหม่นี้กับวิธีดั้งเดิม (CPS) ซึ่งศึกษาเฉพาะเซลล์ เพื่อให้แน่ใจวิธีการใหม่นี้สามารถคัดกรองพบได้มากกว่าวิธีดั้งเดิม รวมทั้งควรมีการสำรวจปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับบริการด้วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรณรงค์ป้องกันการเกิดโรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อสำรวจปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับการคัดกรอง
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความไวของการคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC กับวิธี CPS จากอัตราการตรวจพบผลบวก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยย้อนหลังแบบพรรณนา (Retrospective descriptive study) ประชากร คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก สำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ สตรีไม่เคยได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในเวลา 1 ปี (นับจากวันที่ตรวจคัดกรองล่าสุด) ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ สตรีที่เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษามะเร็งปากมดลูกและการขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลเวชระเบียน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ใช้วิธีเลือกทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและมารับการคัดกรองระหว่าง เดือนพฤษภาคม - กันยายน พ.ศ. 2563 แบ่งกลุ่มตามวิธีที่ได้รับการคัดกรอง กลุ่มที่ 1 คือ วิธี

Conventional Pap Smear และ กลุ่มที่ 2 คือ วิธี HPV DNA testing ร่วมกับ LBC การเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเลือกวิธีการคัดกรอง พบว่ากลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 มีจำนวน 207 และ 177 ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 384 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ ประกอบด้วย (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อธิบายตามระบบ Bethesda ที่ใช้รายงานเซลล์วิทยา เป็นระบบรายงานที่มีความเป็นมาตรฐานสากลทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน⁽¹³⁾ และ (3) ผลตรวจทางพยาธิวิทยาในผู้ที่ทำ Colposcopy ซึ่งเป็นการส่องกล้องขยายเพื่อดูปากมดลูกสำหรับยืนยันความผิดปกติของบริเวณปากมดลูกให้ชัดเจนยิ่งขึ้น⁽¹⁴⁾ และส่วนที่ 2 แบบบันทึกฐานข้อมูลผู้ป่วยด้วยระบบ Hospital XP โปรแกรมสารสนเทศของโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมระบบเวชระเบียน ระบบผู้ป่วยใน ระบบห้องจ่ายยา เป็นต้น⁽¹⁵⁾ งานวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลเฉพาะในระบบเวชระเบียนในประวัติ อายุ สถานการณ์สมรส การใช้ยาคุมกำเนิดชนิดกิน การมีบุตร วิธีการคลอด การแท้งบุตร โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เชื้อชาติ และผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากระบบ Bethesda และ Colposcopy เท่านั้น

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's exact test ในการทดสอบปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และ Mantel-Haenszel test เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจคัดกรองจากวิธี CPS และวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC นำเสนอด้วย Odds Ratio และ 95%CI

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช หมายเลขโครงการที่ 16/2563 โดยข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถเข้าถึงตัวบุคคลได้

ผลการศึกษา

จากการศึกษามีผู้มารับการคัดกรอง 497 คน คัดออกจำนวน 113 คน เนื่องจากเป็นผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษามะเร็งปากมดลูก รวมถึงขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลเวชระเบียน คงเหลือเข้าร่วมวิจัย 384 คน ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ อายุเฉลี่ย 43.33 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.61) ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย (ร้อยละ 99.22) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 91.41) มีบุตร 1 คน (ร้อยละ 74.48) ไม่มีโรค

ประจำตัว (ร้อยละ 98.70) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 88.02) ไม่เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 75.00) ไม่ใช้ยาคุมกำเนิด ชนิดกิน (ร้อยละ 67.19) ผ่านการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ (ร้อยละ 74.48) ไม่เคยแท้งบุตร (ร้อยละ 96.35) เมื่อทดสอบปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก พบว่าสุรามีความสัมพันธ์กับผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม ($p < 0.05$) ดังตารางที่ (Table) 1

Table 1 Risk factors of cervical cancer and comparison of 2 methods for cervical cancer screening

Risk factors	Total	Group 1, n (%), (n = 207)			Group 2, n (%), (n = 177)		
		Positive	Negative	p-value	Positive	Negative	p-value
Oral contraceptive pills				0.537			0.187
Don't use	258 (67.19)	1 (0.48)	140 (67.64)		5 (2.82)	112 (63.28)	
Used	126 (32.81)	1 (0.48)	65 (31.40)		6 (3.39)	54 (30.51)	
Inflammatory disease				0.999			0.999
Not disease	379 (98.70)	2 (0.97)	201 (97.10)		11 (6.22)	165 (93.22)	
Systemic lupus erythematosus, Rheumatoid arthritis	5 (1.30)	0 (0.00)	4 (1.93)		0 (0.00)	1 (0.56)	
Smoking				0.326			0.100
Nonsmoker	338 (88.02)	1 (0.48)	169 (81.64)		9 (5.08)	159 (89.83)	
Smoker	46 (11.98)	1 (0.48)	36 (17.40)		2 (1.13)	7 (3.96)	
Alcohol drinking				0.035			0.040
Nondrinking	288 (75.00)	0 (0.00)	168 (81.16)		4 (2.26)	116 (65.54)	
Drinker	96 (25.00)	2 (0.97)	37 (17.87)		7 (3.96)	50 (28.24)	
Having children				0.501			0.999
Have 1 child	286 (74.48)	2 (0.97)	110 (53.14)		11 (6.22)	163 (92.09)	
Have more than 1 child	98 (25.52)	0 (0.00)	95 (45.89)		0 (0.00)	3 (1.69)	

Note: Group 1 is CPS, group 2 is HPV DNA test with LBC

กลุ่มที่ 1 (CPS) มีทั้งหมด 207 คน มีผลการตรวจเซลล์วิทยาเป็นผลลบร้อยละ 99.04 มีการอักเสบร้อยละ 13.53 และผลบวกร้อยละ 0.96 ประกอบด้วย ASC-US 1 ร้อยละ 0.48 และ LSIL ร้อยละ 0.48 ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC ทั้งหมด 177 คน มีผลการตรวจ HPV ผลลบร้อยละ 93.80 และผลบวกร้อยละ 6.20 ประกอบด้วย HPV type16 ร้อยละ 3.38 HPV type18 ร้อยละ 0.56 และ Other high-risk type

ร้อยละ 2.26 เมื่อนำไปตรวจเซลล์วิทยาพบรอยโรค ASC-US ร้อยละ 0.56 LSIL ร้อยละ 4.52 และ AGC ร้อยละ 0.56 ดังตารางที่ (Table) 2 เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างวิธี CPS และวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC พบว่าวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC มีโอกาสตรวจพบผลบวกถึง 6.79 เท่า (95%CI; 1.49-31.07) เมื่อเทียบกับวิธี CPS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Table 2 Results of the screening tests by CPS and HPV DNA with LBC methods (n = 384)

Screening tests	Number (%)		OR (95%CI)
	Group 1 (CPS) ^a , (n = 207)	Group 2 (HPV DNA test with LBC), (n = 177)	
Negative	205 (99.04)	166 (93.80)	6.79 (1.49-31.07)*
Positive	2 (0.96)	11 (6.20)	
Cytology			
Negative	0 (0.00)	1 (0.56)	
ASC-US	1 (0.48)	1 (0.56)	
LSIL	1 (0.48)	8 (4.52)	
AGC	0 (0.00)	1 (0.56)	
Result of HPV DNA			
HPV 16 positive	-	6 (3.38)	
HPV 18 positive	-	1 (0.56)	
Other high-risk type	-	4 (2.26)	
Total	207 (100.00)	177 (100.00)	

a comparison groups, * 95%CI = 95 Percent confidence interval, ASC-US: atypical squamous cells of undetermined significance (Inflamed cells were found, but no cancer cells were found.), LSIL: low-grade squamous intraepithelial lesion (Abnormal cells were found consisting of abnormalities at the CIN1 to CIN2 level or Mild to moderate dysplasia.), AGC: Atypical glandular cells (Inflamed cells were found, but no cancer cells were found.)

ผลการตรวจเซลล์วิทยาและพยาธิวิทยา พบว่าในกลุ่มผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี CPS จำนวน 2 คน มีผลเซลล์วิทยาเป็นบวก ได้แก่ ASC-US และ LSIL มีผลการตรวจพยาธิวิทยาเป็น CIN1 ทั้ง 2 คน และกลุ่มผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC จำนวน 10 คน มีผลเซลล์วิทยาเป็นบวก ได้แก่ ASC-US, LSIL, AGC

จำนวน 1, 8 และ 1 คน ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผู้ที่เซลล์วิทยาเป็น ASC-US ไม่พบความผิดปกติจากการตรวจพยาธิวิทยา (Normal) และผู้ที่เซลล์วิทยาเป็น LSIL มีผลการตรวจพยาธิวิทยาเป็น CIN1 จำนวน 7 คน และ 1 คน ไม่พบความผิดปกติ ส่วนผู้ที่เซลล์วิทยาเป็น AGC มีผลการตรวจพยาธิวิทยา เป็น CIN3 ดังตารางที่ (Table) 3

Table 3 Results of cytology and histology (n = 12)

Cytology	Histology				
	Normal	CIN1	CIN2	CIN3	Carcinoma
Group 1 (CPS) (n = 207)					
ASC-US	-	1	-	-	-
LSIL	-	1	-	-	-
Group 2 (HPV DNA test with LBC) (n = 177)					
ASC-US	1	-	-	-	-
LSIL	1	7	-	-	-
AGC	-	-	-	1	-

ASC-US: atypical squamous cells of undetermined significance (Inflamed cells were found, but no cancer cells were found.), LSIL: low-grade squamous intraepithelial lesion (Abnormal cells were found consisting of abnormalities at the CIN1 to CIN2 level or Mild to moderate dysplasia.), AGC: Atypical glandular cells (Inflamed cells were found, but no cancer cells were found.), CIN: cervical intraepithelial lesion

อภิปรายผล

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมของ Zohre และคณะ ประกอบด้วยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ยาคุมกำเนิดชนิดกิน โรคประจำตัว พฤติกรรมสูบบุหรี่ ต้มสุรา และการมีบุตร(4) จากผลการวิจัยนี้ พบว่าปัจจัยเสี่ยงจากการต้มสุรามีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกทั้งในกลุ่มของ CPS และ HPV DNA test ร่วมกับ LBC ตัวอย่างจำนวน 7 คน ที่มีพฤติกรรมต้มสุราและยืนยันผลพยาธิวิทยามีเซลล์ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 77.78 ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ พบว่าไม่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะขนาด

ตัวอย่างเล็กเกินไป อย่างไรก็ตามควรให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับโทษของการดื่มสุราและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจนำไปสู่มะเร็งปากมดลูก และรณรงค์ให้มีการคุมกำเนิดด้วยถุงยางเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้การเฝ้าระวังและติดตามคัดกรองผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยลงได้ เพราะการตรวจพบปัจจัยเสี่ยง เช่น เชื้อ HPV หรือพบมะเร็งในระยะแรก ทำให้ผู้มารับบริการและแพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งมีโอกาสรักษาหายได้

จากช่วงเวลาที่เราเลือกเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี CPS และวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC พบว่ามีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกแตกต่างกัน โดยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC มีโอกาสตรวจพบผลเป็นบวก 6.79 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับวิธี CPS ซึ่งพบว่ากลุ่มที่รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC สามารถตรวจเจอผู้ที่มีเชื้อ HPV ชนิดที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกถึง 11 คน จากการยืนยันผลด้วยพยาธิวิทยาพบว่า มีเซลล์ผิดปกติจริง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 72.72 จากผลการตรวจคัดกรอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suleeporn และคณะ ค.ศ. 2017⁽¹⁶⁾ ที่ได้ทำการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test เปรียบเทียบกับ CPS ในกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกัน เมื่อพิจารณาจากกลุ่ม HPV DNA test ร่วมกับ LBC พบว่ามีผลพบผู้ติดเชื้อ HPV ร้อยละ 3.94 และเมื่อส่งตรวจพยาธิวิทยาก็พบว่าผิดปกติจริงร้อยละ 55.69

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ไม่ได้ตรวจคัดกรองทั้งสองวิธีในตัวอย่างเดียวกัน ผลของประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองจึงค่อนข้างมีความแปรปรวนมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ศึกษาทั้งสองวิธีในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีแนวโน้มที่อาจจะเกิดมะเร็งปากมดลูกคล้ายกัน ดังเห็นได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยของทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างกัน การตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC แสดงให้เห็นว่ามีความไวในการตรวจหาโรคก่อนพบเซลล์มะเร็งได้จริงสูงถึงร้อยละ 99⁽¹⁰⁾ อันเป็นกระบวนการที่สำคัญในการเฝ้าระวังและวางแผนติดตามสุขภาพของสตรีไทยได้ในอนาคต

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งในวิธี CPS และวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC การตรวจคัดกรองทั้งสองวิธีให้ผล

การคัดกรองแตกต่างกัน โดยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC มีโอกาสตรวจพบผลเป็นบวก 6.72 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับวิธี CPS แม้เมื่อยืนยันผลด้วยพยาธิวิทยาพบความคลาดเคลื่อนเล็กน้อย จึงควรใช้วิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC ต่อไป ส่วนการหาปัจจัยเสี่ยงควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

1. Imsamran W, Pattatang A, Supattagorn P, Chiawiriyabunya I, Namthaisong K, Wongsena M, Buasom R. Cancer in Thailand Vol. IX, 2013-2015. Bangkok: New Thammasat Press, 2018.
2. National cancer institute department of medical services ministry of public health thailand: Hospital-based cancer registry 2020. [Internet]. 2021 [Cited in 9 December 2021]. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html. (In Thai)
3. Somdejphajaothaksinmaharaj Hospital. Annual Cancer Report 2020. Tak: Somdejphajaothaksinmaharaj Publisher, 2020 (In Thai)
4. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Incidence, Mortality and Risk Factors of Cervical Cancer in The World. Biomedical Research and Therapy 2017; 4(12), 1795-1811.
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Cervical Cancer Screening. [Internet]. 2021 [Cited in 9 December 2021]. Available from: <https://www.acog.org/women-s-health/faqs/cervical-cancer-screening>.

6. National Cancer Institute. National Cancer Control Programme (2013-2017). Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Publisher, 2013 (In Thai)
7. Siang YT, Yvonne T. George Papanicolaou (1883–1962): discoverer of the Pap smear. Singapore medical journal. 2015; 56(10): 586. DOI: 10.11622/smedj.2015155
8. Kietpeerakool C. Cervical Cancer Screening: Situation in Thailand and Literature Review, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Srinagarind Medical Journal 2006; 21(3), 249-255. (In Thai)
9. Eversole GM, Moriarty AT, Schwartz MR, Clayton AC, Souers R, Fatheree LA, et al. Practices of participants in the College of American Pathologists interlaboratory comparison program in cervicovaginal cytology, 2006. Archives of pathology & laboratory medicine. 2010; 134(3): 331-5. DOI: 10.5858/134.3.331
10. National Cancer Institute Guidelines for cervical cancer screening with HPV DNA Test. [Internet]. 2020 [Cited in 6 December, 2020] Available from: http://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/2563/2.%20แนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก%20ด้วยวิธี%20HPV_v3.pdf. (In Thai)
11. Kurokawa T, Onuma T, Shinagawa A, Chino Y, Kobayashi M, & Yoshida Y. The ideal strategy for cervical cancer screening in Japan: Result from the Fukui Cervical Cancer Screening Study. Cytopathology: Official Journal of the British Society for Clinical Cytology 2018; 29(4), 361–367. DOI: 10.1111/cyt.12576
12. National Cancer Institute. The Cervical Cancer Screening with HPV DNA Test. [Internet]. 2020 [Cited in 6 December, 2020] Available from: file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/HPV%20DNA%20Test%20Present_V4.pdf. (In Thai)
13. Nguansangiam S. Usefulness of The Bethesda System for Reporting Thyroid Fine–Needle Aspiration Specimens. Vajira Medical Journal 2013; 57(1): 57-64. (In Thai)
14. Nakornthon Hospital: Colposcopy. [Internet]. 2021 [Cited in 9 December 2021]. Available from: https://www.nakornthon.com/article_detail/ตรวจปากมดลูกด้วยกล้องคอลโปสโคปี-หาความผิดปกติอย่างตรงจุด. (In Thai)
15. Bangkok Medical Software: BMS-HOSxP. [Internet]. 2021 [Cited in 9 December 2021]. Available from: <https://hosxp.net/joomla25/index.php/product-menu/2012-06-06-08-32/bms-hosxp-menu>. (In Thai)
16. Sangrajang S, Laowahutanont P, Wongsena M, Muwonge R, Karalak A, Imsamran W, Senkomage V, Sankaranarayanan R. Comparative Accuracy of Pap Smear and HPV Screening in Ubon Ratchathani in Thailand. Papillomavirus Research (Amsterdam, Netherlands) 2017; 3, 30–35. DOI: 10.1016/j.pvr.2016.12.004



ความพร้อมของการบริการตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย

Availability of Audiometric Services in Thailand

กoonทลีย์ บังคะดานารา¹, ชัชชัย ธนโชคสว่าง^{2*}

Goontalee Bangkadanara¹, Chatchai Thanachoksawang^{2*}

บทคัดย่อ

การตรวจวัดการได้ยินเป็นสิ่งที่นายจ้างต้องดำเนินการคัดกรองให้กับลูกจ้างที่มีความเสี่ยงจากการรับสัมผัสเสียงดังจากการทำงานทุกปี ความพร้อมของผู้ให้บริการการตรวจวัดการได้ยินนำไปสู่การตรวจวัดที่ถูกต้องและการเฝ้าระวังการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมในการให้บริการตรวจวัดการได้ยินของผู้ให้บริการตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวัดการได้ยินจำนวน 30 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จากการศึกษาพบว่า หน่วยงานตรวจวัดการได้ยินส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ภาคกลางร้อยละ 71.30 และหน่วยงานตรวจวัดการได้ยินที่จัดให้บริการครอบคลุมทั้งประเทศมีเพียงร้อยละ 24.60 ซึ่งจำนวนของผู้ให้บริการยังไม่เพียงพอ หน่วยงานผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีแนวทางการให้บริการตรวจวัดการได้ยินอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน ผู้ทำตรวจวัดได้ผ่านการอบรมและมีความเชี่ยวชาญในการตรวจวัดการได้ยิน ปัญหาหลักจากการให้บริการการตรวจวัดการได้ยิน คือ เสียงรบกวนที่เกิดจากห้องที่ทำการตรวจวัดนอกสถานที่ ซึ่งต้องมีการจัดหาห้องตรวจวัดการได้ยินที่มีเสียงรบกวนต่ำเพื่อป้องกันการรบกวนในการตรวจวัดการได้ยิน

คำสำคัญ: ความพร้อมของการบริการตรวจวัดการได้ยิน, การตรวจวัดการได้ยิน, ผู้ให้บริการตรวจวัดการได้ยิน

Citation:

Bangkadanara G, Thanachoksawang C. Availability of audiometric services in Thailand. Health Sci J Thai 2022; 4(3): 95-104. (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.253473>

¹ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี 11120

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

¹ School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, 11120, Thailand

² Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, 10400, Thailand

*Corresponding author: Email: chatchai.phmu@gmail.com Tel: 0959156164
Received: Sep 7, 2021; Revised: May 12, 2022; Accepted: May 13, 2022.

Abstract

Audiometric test is required by the employers to surveil employees who are at risk of exposure to loud noise from work every year. Availability of audiometric service providers leads to accurate measurements and surveillance of occupational hearing loss. The objective of this survey research was to assess the availability of audiometric service providers in Thailand. The sample group was 30 practitioners in audiometric service providers. Data were collected using questionnaires and analyzed by using descriptive statistics. The study found that the majority of audiometric service providers are located in the central region, with 71.30 percent, and only 24.60 percent of the country's audiometric service services are available, and the number of providers is insufficient. Most audiometric service providers have standardized guidelines for providing accurate audiometric test. The audiometric operators have been trained and have expertise in audiometric test. The main problem from the audiometric service was the noise caused by the outside of the room where the measurement is performed. This requires providing a low-noise auditory examination room to prevent disturbances in the audiometric test.

Keyword: Availability of audiometric service, Audiometric test, Audiometric service provider

บทนำ

เสียงดัง คือ เสียงที่มนุษย์ไม่ต้องการได้ยิน ก่อให้เกิดความรำคาญและรบกวนการได้ยิน การสัมผัสเสียงดังในระยะเวลาสั้น ก่อให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน เสียงดังส่วนใหญ่มีมากพบในอุตสาหกรรมต่างๆ ที่มีกระบวนการตัด เจียร ปั่นโลหะ เป็นต้น ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีเสียงดัง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคประสาทหูเสื่อมหรือสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามเมื่อลูกจ้างต้องทำงานในพื้นที่เสียงดัง นายจ้างต้องเฝ้าระวังการสัมผัสเสียงดังของลูกจ้างไม่ให้ทำงานในพื้นที่ที่มีระดับเสียงดังเฉลี่ยตลอดระยะเวลาแปดชั่วโมงการทำงาน เกิน 85 เดซิเบลเอ และถ้าหากการสัมผัสเสียงดังเกิน 85 เดซิเบลเอ นายจ้างต้องจัดทำโครงการอนุรักษ์การได้ยินเพื่อปกป้องอันตรายจากเสียงที่อาจส่งผลกระทบต่อลูกจ้าง⁽²⁾ นอกจากนี้ นายจ้างต้องเฝ้าระวังการได้ยินของลูกจ้าง โดยตรวจวัดการได้ยินตั้งแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงานและตรวจประจำปี ตามกฎกระทรวงกำหนด

มาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้าง ซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสียง พ.ศ. 2563⁽³⁾

การเฝ้าระวังการได้ยินโดยการตรวจวัดการได้ยินดำเนินการโดยใช้เครื่องมือตรวจวัดการได้ยิน (Audiometer) ทำการวัดระดับการได้ยินที่ความถี่ 500, 1,000, 2,000, 3,000, 4,000 และ 6,000 เฮิรตซ์ของหูทั้งสองข้างของผู้เข้ารับการทดสอบ⁽⁴⁾ กิจกรรมนี้ต้องอาศัยผู้ตรวจวัดที่มีความรู้ ความชำนาญ และต้องมีเครื่องมือตรวจวัดที่มีความละเอียดอ่อนในการใช้งาน โดยในขั้นตอนการตรวจวัดจะต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามมาตรฐาน ตั้งแต่การให้ผู้ทดสอบงดสัมผัสเสียงก่อนทำการตรวจอย่างน้อย 12 ชั่วโมง⁽⁵⁾

นอกจากนี้ความดังของเสียงภายในห้องตรวจวัดการได้ยินต้องมีระดับความดังของเสียงตามเกณฑ์มาตรฐานของ ANSI S 3.1-1999 เพื่อป้องกันเสียงรบกวนในการทำการทดสอบการได้ยิน⁽⁶⁾ รวมทั้งผู้ทำการตรวจวัดและการแปลผลการตรวจวัดการได้ยินควรมีความรู้ในการตรวจวัดการได้ยิน หากเกณฑ์การ

ตรวจวัดการได้ยินเหล่านี้ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน จะส่งผลทำให้นายจ้างเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่รับข้อมูล ผลการตรวจวัดอย่างถูกต้อง รวมไปถึงการแปลผลการ ตรวจวัดที่ผิดพลาด⁽⁷⁾

ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน ความพร้อมของการให้บริการตรวจวัดการได้ยินของ ผู้ให้บริการในประเทศไทย เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ จริงเกี่ยวกับการให้บริการตรวจวัดการได้ยินในปัจจุบัน และสะท้อนให้เห็นข้อควรพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อเป็น แนวทางในการพัฒนาผู้ให้บริการตรวจวัดการได้ยินมี ความพร้อมและมีมาตรฐานการตรวจวัดเดียวกัน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากร คือ หน่วยงานที่ให้บริการตรวจวัดการได้ยินใน ประเทศไทย ทำการสำรวจจากผู้ให้บริการตรวจวัด การได้ยิน จำนวน 50 คน จากการสืบค้นข้อมูล หน่วยงานที่ให้บริการตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย ดำเนินการส่งแบบสอบถามให้หน่วยงานที่ให้บริการ ตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทยจำนวน 50 คน สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การ คัดเข้าคือหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวัดการได้ยินที่ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและตอบแบบสอบถาม ครบทุกข้อ เกณฑ์การคัดออกคือ หน่วยงานที่ให้บริการ ตรวจวัดการได้ยินที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถาม ไปทางไปรษณีย์ และได้รับการตอบกลับมาด้วยความ สมัครใจ จำนวน 30 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 50 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลเมื่อเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม เรื่อง ความพร้อมในการให้บริการตรวจวัดการได้ยินของ ผู้ให้บริการตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย แบ่งออก เป็น 3 ส่วน รวม 25 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูล ทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและหน่วยงาน จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการ

ตรวจวัดการได้ยิน จำนวน 17 ข้อ และ ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการ พัฒนาการให้บริการตรวจวัดการได้ยินของผู้ให้บริการ ตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย จำนวน 4 ข้อ ทั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่อง มือโดยการตรวจสอบความตรงและความครอบคลุม ของเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.87 และการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.86 และดำเนินการวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลข IRB-SHS 2017/1007/35

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมิน ความพร้อมในการให้บริการตรวจวัดการได้ยินของ ผู้ให้บริการตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถามและหน่วยงาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวัดการได้ยิน และส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เกี่ยวกับการพัฒนาการให้บริการตรวจวัดการได้ยิน ของผู้ให้บริการตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย ซึ่งมี รายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการตรวจวัดการได้ยินใน ประเทศไทย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 32.40 ปี กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตร ขึ้นสูง (ร้อยละ 50.00) ตำแหน่งงานปัจจุบันเป็น เจ้าหน้าที่อาชีวอนามัย (ร้อยละ 50.00) ดังแสดงใน ตารางที่ (Table) 1

Table 1 General Characteristics of the samples
(n = 30)

Characteristics	n (%)
Sex	
Male	18 (60.00)
Female	12 (40.00)
Age (year)	
< 25	3 (10.00)
26 - 35	17 (56.67)
36 - 45	8 (26.67)
>46	2 (6.67)
Mean $\pm$ SD.	32.40 $\pm$ 7.64
Min, Max	23, 49
Education Level	
High Vocational Certificate	15 (50.00)
Bachelor Degree	12 (40.00)
Master Degree	3 (10.00)
Job position	
Occupational Health Officer	15 (50.00)
Occupational Nurse	12 (40.00)
Occupational Medicine	2 (6.67)
Audiologist	1 (3.33)

การตรวจวัดการได้ยิน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.00) เป็นกิจการประเภทโรงพยาบาล ในการให้บริการตรวจวัดการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างนี้มีความครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งภาคกลางเป็นเขตพื้นที่ที่มีผู้ให้บริการตรวจวัดการได้ยินมากที่สุด ผู้ให้บริการตรวจวัดการได้ยินมีเครื่องมือตรวจวัดการได้ยินโดยเฉลี่ย 3 เครื่อง บุคลากรที่ทำหน้าที่ตรวจวัดการได้ยินส่วนใหญ่ คือ พยาบาลอาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัคร/การตรวจวัดการได้ยินตามลำดับ สำหรับระยะเวลาในการตรวจวัดการได้ยินโดยเฉลี่ย

ผู้ทำการตรวจวัดใช้เวลาโดยเฉลี่ย 6-10 นาทีต่อคน (ร้อยละ 50.00) ดำเนินการตรวจวัดการได้ยินในสถานประกอบกิจการ 1-3 วันต่อสถานประกอบกิจการ (ร้อยละ 93.33)

เมื่อหน่วยงานให้บริการตรวจวัดการได้ยินได้รับการติดต่อให้ไปตรวจวัดการได้ยิน จะดำเนินการแจ้งสถานประกอบกิจการ ดังนี้ แจ้งให้พนักงานหยุดการสัมผัสเสียงดังตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอขึ้นไป อย่างน้อย 12 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการตรวจวัดการได้ยิน (ร้อยละ 100.00) และให้สถานประกอบกิจการจัดหาห้องเงียบหรือผู้ตรวจวัดการได้ยินเพื่อใช้เป็นห้องตรวจวัดการได้ยิน (ร้อยละ 100.00) โดยสถานประกอบกิจการจะเป็นผู้กำหนดเกณฑ์บุคคลที่จะถูกตรวจวัดการได้ยิน ดังนี้ ตรวจเฉพาะคนที่ทำงานในที่ที่มีเสียงดังตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอขึ้นไป ตลอด 8 ชั่วโมงการทำงานมากที่สุด (ร้อยละ 53.33) รองลงมาตรวจวัดการได้ยินทุกคนที่ทำงานสัมผัสเสียงดัง (ร้อยละ 30.00) และตรวจก่อนเริ่มทำงาน (ร้อยละ 16.67) ซึ่งส่วนใหญ่สถานประกอบกิจการมีการเตรียมพนักงานที่จะเข้ารับการตรวจวัดการได้ยินโดยแจ้งให้พนักงานหยุดการสัมผัสเสียงดังตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอขึ้นไป อย่างน้อย 12 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการตรวจวัดการได้ยิน (ร้อยละ 100.00) สถานประกอบกิจการที่หน่วยงานไปตรวจวัดการได้ยินโดยจัดสถานที่สำหรับเป็นที่ตรวจวัดการได้ยิน ดังนี้ สำหรับตรวจวัดการได้ยินโดยเฉพาะ (ร้อยละ 40.00) ห้องประชุมหรือห้องอื่นใดที่เงียบ โดยไม่มีการวัด Background Noise ในห้องดังกล่าว (ร้อยละ 30.00) และห้องประชุมหรือห้องอื่นใดที่เงียบ โดยมีการวัด Background Noise (ร้อยละ 30.00) ผู้ให้บริการทุกประเภทกิจการใช้ความถี่ที่ใช้ในการตรวจวัดการได้ยิน (Hz) คือ 250, 500, 1,000, 2,000, 3,000, 4,000, 6,000 และ 8,000 เฮิรตซ์

ในด้านของการแปลผลข้อมูลจากการตรวจวัดการได้ยิน ส่วนใหญ่ขณะทำการตรวจวัดการได้ยิน มีพนักงานบางคนมีผลตรวจวัดการได้ยินที่ความถี่ใด

ความถี่หนึ่งมากกว่า 25 เดซิเบล หน่วยงานดำเนินการ
ดังนี้ แจ้งให้สถานประกอบกิจการทราบ เพื่อให้สถาน
ประกอบกิจการตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไร
(ร้อยละ 50.00) และ แจ้งให้สถานประกอบกิจการ
ทราบ เพื่อให้ส่งพนักงานคนดังกล่าวไปตรวจซ้ำที่
โรงพยาบาลที่มีการตรวจวัดการได้ยิน (ร้อยละ 50.00)
ซึ่งหน่วยงานจะดำเนินการวิเคราะห์ผลและจัดทำ
รายงานผลการตรวจวัดการได้ยินด้วยตนเอง (ร้อยละ
100.00) ส่วนผู้วิเคราะห์ผลการตรวจวัดการได้ยิน
คือ ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการตรวจวัดการได้ยิน
(ร้อยละ 50.00) แพทย์ด้านอาชีวเวชศาสตร์ (ร้อยละ
40.00) พยาบาลอาชีวอนามัย (ร้อยละ 6.67) และ
นักโสตวิทยา (ร้อยละ 3.33)

สำหรับผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการตรวจวัด
การได้ยิน ส่วนใหญ่เข้ารับการอบรม 3-5 วัน (ร้อยละ
90.00) และส่วนใหญ่หน่วยงานราชการเป็นผู้จัดอบรม
หลักสูตรการตรวจวัดการได้ยิน (ร้อยละ 60.00)
สำหรับระยะเวลาในการวิเคราะห์ผลและจัดทำ
รายงานผลการตรวจวัดการได้ยินส่งให้สถาน
ประกอบกิจการส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 5 วัน
(ร้อยละ 70.00) และสำหรับค่าใช้จ่ายในการตรวจวัด
การได้ยินส่วนใหญ่โดยเฉลี่ย 144 บาทต่อคน
หน่วยงานให้บริการตรวจวัดการได้ยินส่วนใหญ่
พบปัญหาและอุปสรรคในการตรวจวัดการได้ยิน
ในสถานประกอบกิจการ ปัญหาที่พบคือ เสียงดัง
ในห้องทำการตรวจวัด ร้อยละ 90.00 วิธีการ
ดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการตรวจวัด
การได้ยิน คือ เพิ่มเสียงในการตรวจวัดให้ดังขึ้น
แล้วตัดคาร์บอนออก (ร้อยละ 93.33) และแนะนำ
ให้ไป ตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 6.67)
ดังแสดงในตารางที่ (Table) 2

Table 2 Data related to audiometry answered
by the audiometric service providers
(n = 30)

Data related to audiometry	n (%)
Type of service provider	
Hospital	18 (60.00)
Private companies provide hearing measurement services	12 (40.00)
Service area of audiometric test	
Nationwide	7 (23.33)
Central region	14 (46.67)
Northern region	1 (3.33)
Eastern region	4 (13.33)
North eastern region	2 (6.67)
Western region	1 (3.33)
Southern region	1 (3.33)
Number of audiometric machine (Machine)	
1-3	16 (53.33)
4-6	14 (46.67)
Mean $\pm$ SD.	3.50 $\pm$ 1.00
Min, Max	2, 6
Personnel who perform the hearing measurement	
Occupational Medicine	2 (6.67)
Occupational Nurse	15 (50.00)
Audiologist	1 (3.33)
Personnel who passed the course on audiometric test	12 (40.00)
Average time for audiometric test (Minute per employee)	
Less than 5	13 (43.33)
6-10	15 (50.00)
More than 10	2 (6.67)

Table 2 Data related to audiometry answered by the audiometric service providers (n = 30) (continued)

Data related to audiometry	n (%)
Mean $\pm$ SD.	5.60 $\pm$ 1.67
Min, Max	3, 10
Period of audiometric test in workplace (Days per workplace)	
1-3	28 (93.33)
4-6	2 (6.67)
Mean $\pm$ SD.	1.80 $\pm$ 1.10
Min, Max	1, 5
The criteria for selecting the sample to annual audiometric test	
Everyone at work exposed to loud noises	9 (30.00)
Only people who work in a noisy environment of 85 decibels A or more throughout 8 hours of work	16 (53.33)
Pre-employment examination	5 (16.67)
The preparation of employees from workplace to undergo audiometric test	
Inform employees to stop exposure to loud noises of 85 decibels A at least 12 hours before the hearing test.	30 (100.00)
The establishments were used to set up a place for audiometric test	
Audiometric Booth	12 (40.00)
Meeting room or any other quiet room without measuring the background noise in the room	9 (30.00)

Table 2 Data related to audiometry answered by the audiometric service providers (n = 30) (continued)

Data related to audiometry	n (%)
Meeting room or any other quiet room with measuring the background noise in the room	9 (30.00)
The frequency used to test the hearing (Hz)	
500, 1,000, 2,000 3,000 4,000 6,000, and 8,000	30 (100.00)
The method when the result from audiometric test of sample was more than 25 decibels was approached	
Notify the employee for the establishment to decide how to proceed	15 (50.00)
Notify the employee for the establishment to re-exam on audiometry proceed at hospital	15 (50.00)
Analyst of audiometric test results	
Occupational Medicine	12 (40.00)
Occupational Nurse	2 (6.67)
Audiologist	1 (3.33)
Personnel who passed the occupational health/audiometric test	15 (50.00)
Duration of attending the Occupational Health / audiometric test Course (Days)	
3-5	27 (90.00)
6-10	3 (10.00)

Data related to audiometry	n (%)
Mean $\pm$ SD.	4.50 $\pm$ 1.10
Min, Max	3, 10
Occupational Health Training Course/ audiometric test Venue	
Government agency	18 (60.00)
Private agency	12 (40.00)
Total time to analyze the results and prepare a report on the results of audiometric test sent to workplace (Days)	
Less than 5	21 (70.00)
6-15	3 (10.00)
16-25	5 (16.67)
More than 25	1 (3.33)
Mean $\pm$ SD.	6.67 $\pm$ 7.67
Min, Max	1, 26
Cost of audiometric test (Baht per person)	
Less than 150	13 (43.33)
150-300	17 (56.67)
Mean $\pm$ SD.	144 $\pm$ 51.20
Min, Max	100, 300
Methods for solving problems and obstacles in audiometric test	
Increase the volume of the measurement sound and cut off the noise	28 (93.33)
To be examined at the hospital	2 (6.67)

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาการให้บริการตรวจวัดการได้ยินของผู้ให้บริการตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย

หน่วยงานตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย ร้อยละ 96.67 มีความเห็นว่าการตรวจให้บริการ

ตรวจวัดการได้ยินไม่เพียงพอ หน่วยงานตรวจวัดการได้ยินไม่ครอบคลุมทุกภูมิภาคในประเทศไทย (ร้อยละ 90.00) สำหรับบุคลากรด้านการตรวจวัดการได้ยินยังมีไม่เพียงพอ (ร้อยละ 96.67) และมีข้อเสนอแนะให้จัดอบรมผู้ตรวจวัดการได้ยินเพิ่มเติม ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า บุคลากรที่ตรวจวิเคราะห์และรับรองผลการตรวจวัดการได้ยินมีจำนวนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 86.67) และมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดอบรมแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 3.33) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 3

Table 3 Recommendations for improvement the audiometric service in Thailand (n = 30)

Recommendations for improvement of the audiometric service		n (%)
Number of audiometric test companies in Thailand		
Sufficient		1 (3.33)
Insufficient		29 (96.67)
Audiometric test company covering all regions in Thailand		
Sufficient		3 (10.00)
Insufficient		27 (90.00)
Personnel to perform audiometric test		
Sufficient		1 (3.33)
Insufficient		29 (96.67)
Personnel to analyze and certify the results of audiometric test		
Sufficient		4 (13.33)
Insufficient		26 (86.67)

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมในการให้บริการตรวจวัดการได้ยินของผู้ให้บริการตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย ซึ่งหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวัดการได้ยินส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเนื่องจากมีเครื่องมือ บุคลากร และความพร้อมสำหรับการรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน และมีการให้บริการตรวจวัดการได้ยินนอกสถานที่ โดยหน่วยงานที่ตรวจวัดการได้ยินจะอยู่ในแผนกเกี่ยวกับหู คอและจมูก ซึ่งส่วนใหญ่เปิดให้บริการการตรวจวัดการได้ยินครอบคลุมทั่วประเทศ แต่อาจจะยังไม่เพียงพอต่อจำนวนสถานประกอบกิจการในแต่ละภูมิภาค โดยหน่วยงานที่มีเครื่องมือตรวจวัดการได้ยินโดยเฉลี่ย 3 เครื่อง บุคลากรที่ทำหน้าที่ตรวจวัดการได้ยิน คือ พยาบาลอาชีวอนามัย หรือผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรอาชีวอนามัย/การตรวจวัดการได้ยิน ผู้ดำเนินการตรวจวัดการได้ยินนี้มีความสอดคล้องกับแนวทางการตรวจและแปลผลสมรรถภาพการได้ยินในงานอาชีวอนามัยของสมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย⁽⁸⁾ ที่เสนอแนะให้ผู้ที่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ทำการตรวจสมรรถภาพการได้ยินในงานอาชีวอนามัย ได้แก่ แพทย์ (ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525)⁽⁹⁾ พยาบาล ซึ่งทำการตรวจตามคำสั่งของแพทย์ (ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540)⁽¹⁰⁻¹¹⁾ นักแก้ไขการได้ยิน (ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และพระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมายเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2556)⁽¹²⁻¹³⁾ หรือผู้ที่ได้รับการยกเว้นตามมาตรา 30 ของพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542⁽⁹⁾ และต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรการตรวจสมรรถภาพการได้ยินในงานอาชีวอนามัย ซึ่งหลักสูตรที่อบรมต้องมีระยะ

เวลาอย่างน้อย 20 ชั่วโมง และมีการฝึกภาคปฏิบัติอย่างน้อยร้อยละ 50.00 ของระยะเวลาการอบรม และถ้าเป็นไปได้ควรได้รับการอบรมซ้ำเพื่อฟื้นฟูความรู้อย่างน้อยทุก 5 ปี ในการตรวจวัดการได้ยินในสถานประกอบกิจการ ทุกหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวัดการได้ยินจะดำเนินการแจ้งสถานประกอบกิจการ ดังนี้ คือ แจ้งให้พนักงานหยุดการสัมผัสเสียงดังตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอขึ้นไป อย่างน้อย 12 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการตรวจวัดการได้ยิน และให้สถานประกอบกิจการจัดหาห้องเงียบหรือตู้ตรวจวัดการได้ยินเพื่อใช้เป็นห้องตรวจวัดการได้ยิน โดยสถานประกอบกิจการเป็นผู้กำหนดเกณฑ์บุคคลที่จะถูกตรวจวัดการได้ยินประจำปี โดยส่วนใหญ่จะตรวจวัดการได้ยินเฉพาะ

ในกลุ่มพนักงานที่มีความเสี่ยง คือคนที่ทำงานในที่ที่มีเสียงดังตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอขึ้นไป ตลอด 8 ชั่วโมงการทำงาน และตรวจก่อนเริ่มทำงาน ซึ่งส่วนใหญ่สถานประกอบกิจการมีการเตรียมพนักงานที่จะเข้ารับการตรวจวัดการได้ยินโดยแจ้งให้พนักงานหยุดการสัมผัสเสียงดังตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอขึ้นไป อย่างน้อย 12 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการตรวจวัดการได้ยิน สำหรับความถี่ที่ใช้ในการตรวจวัดการได้ยิน คือ 500, 1,000, 2,000, 3,000, 4,000, 6,000 และ 8,000 เฮิรตซ์ จะมีการตรวจวัดการได้ยินที่ระดับที่แตกต่างจากที่ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำมาตรการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบกิจการ พ.ศ.2561⁽⁴⁾ ซึ่งกำหนดไว้ให้ทำการตรวจวัดที่ความถี่ 500, 1,000, 2,000, 3,000, 4,000 และ 6,000 เฮิรตซ์ และความถี่ที่ใช้ในการตรวจวัดมีความสอดคล้องกับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดความถี่ในการตรวจวัด คือ 500, 1,000, 2,000, 3,000, 4,000, 6,000 และ 8,000 เฮิรตซ์⁽⁵⁾ ซึ่งจะเห็นได้ว่ายังมีความแตกต่างในการตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทย ในการตรวจวัดการได้ยินที่ระดับ 8,000 เฮิรตซ์ นั้นทางสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย แห่งประเทศ สหรัฐอเมริกา (OSHA) และ สถาบันอาชีว

อนามัยและความปลอดภัยแห่งประเทศไทย (NIOSH) แนะนำให้ตรวจที่ 8,000 เฮิรตซ์ ด้วย เนื่องจากการตรวจที่ 8,000 เฮิรตซ์ จะช่วยในการวินิจฉัยแยกการสูญเสียการได้ยินเนื่องจากเสียงดัง ออกจากการสูญเสียการได้ยินจากสาเหตุอื่นๆ ได้⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

ในกรณีที่พนักงานบางคนมีผลตรวจวัดการได้ยินที่ความถี่ใดความถี่หนึ่งมากกว่า 25 เดซิเบล หน่วยงานจะดำเนินการ แจ้งให้สถานประกอบกิจการทราบ เพื่อให้สถานประกอบกิจการตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไรต่อไป และ เพื่อให้ส่งพนักงานคนดังกล่าวไปตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลที่มีการตรวจวัดการได้ยิน ทั้งนี้หน่วยงานจะดำเนินการวิเคราะห์ผลและจัดทำรายงานผลการตรวจวัดการได้ยินด้วยตนเอง ส่วนผู้วิเคราะห์ผลการตรวจวัดการได้ยินส่วนใหญ่คือผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการตรวจวัดการได้ยิน แพทย์ด้านอาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัยและนักโสตวิทยา ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้วิเคราะห์ผลการตรวจวัดการได้ยินมีความหลากหลาย ซึ่งอาจจะส่งผลให้การตรวจวัดที่ได้มีการแปลผลที่แตกต่างกันรวมถึงรายละเอียดรายงานการตรวจวัดที่แตกต่างกันด้วย⁽⁵⁾ และสำหรับค่าใช้จ่ายในการตรวจวัดการได้ยินเฉลี่ย 144 บาทต่อคน ส่วนใหญ่หน่วยงานพบปัญหาและอุปสรรคในการตรวจวัดการได้ยินในสถานประกอบกิจการคือเสียงดัง โดยได้มีวิธีการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคในการตรวจวัดการได้ยิน คือ เพิ่มเสียงในการตรวจวัดการได้ยินให้ดังขึ้น แล้วตัดค่ารบกวนออก หรือให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล

สำหรับหน่วยงานและบุคลากรที่ทำการตรวจวัดการได้ยินในประเทศไทยยังไม่เพียงพอ เนื่องจากปัจจุบันมีกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2563 กำหนดให้นายจ้างตรวจวัดการได้ยินทุกปีแก่ลูกจ้างมีความเสี่ยงจากการรับสัมผัสเสียงดังจากการทำงาน โดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เป็นผู้รับรองผลการตรวจสุขภาพ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีความต้องการเพิ่มจำนวนแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เพื่อตอบ

สนองต่อการดูแลสุขภาพแรงงานของประเทศไทย⁽¹⁶⁾ สำหรับการตรวจวัดการได้ยินประเทศญี่ปุ่น ผู้รับผิดชอบในการตรวจวัดคือพยาบาลและผู้สรุปและรับรองผลการตรวจวัดการได้ยินคือแพทย์อาชีวเวชศาสตร์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านหูคอจมูก โดยหน่วยงานตรวจวัดการได้ยินในประเทศญี่ปุ่นจะได้รับการรับรองจาก Japan society of health evaluation and promotion เพื่อสามารถดำเนินการตรวจวัดการได้ยินได้⁽¹⁷⁾

ทั้งนี้ ประเทศไทยควรให้มีจำนวนหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวัดการได้ยินเพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งจัดให้มีการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยงานที่ได้มาตรฐานในการให้บริการด้านการตรวจวัดการได้ยิน สำหรับบุคลากรด้านการตรวจวัดการได้ยิน และควรมีการอบรมเรื่องการตรวจวัดการได้ยิน การแปลผล วิเคราะห์ผล และรายงานผลการตรวจวัดการได้ยิน เพื่อจะได้มีแนวทางในการตรวจวัดที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ในส่วนของกฎหมายที่เกี่ยวข้องควรมีการระบุรายละเอียดการตรวจวัดที่ชัดเจนและครบถ้วนในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวัดการได้ยิน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยวิชาการประจำปี 2559 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เอกสารอ้างอิง

1. Pornchanivat S. Laws related to industrial noise measurement. Journal of Safety and Health 2015; 30(8): 69-73 (in Thai)
2. Ministerial Regulation on the Prescribing of Standard for Administration and Management of Occupational Safety, Health and Environment in Relation to Heat, Light and Noise B.E. 2559 (A.D. 2016) Pub L No. 48-54, 133 stat.91 (in Thai)

3. Ministerial Regulation on the Prescribing of Standard for Health checkup for employees working on risk factors B.E.2563 (A.D. 2020) Pub L No. 30-33, 137 stat.80 (in Thai)
4. Announcement of the Department of Labour Protection and Welfare on Criteria and method for the preparation of hearing conservation program in the workplace B.E. 2561 (A.D. 2018) Pub L No. 11-16, 135 stat.57 (in Thai)
5. Division of Occupational Health and Environmental Diseases, Ministry of Public Health. Guidelines for hearing screening and interpretation of results. Bangkok: 2017. (in Thai)
6. American National Standards Institute (ANSI). ANSI S3.1-1999 Maximum permissible ambient noise levels for audiometric test rooms. New York: ANSI; 1999.
7. Summacheeva Foundation. Guidelines for examination and interpretation of hearing performance in Occupational Health. Chonburi: 2018 (in Thai)
8. Association of Occupational and Environmental Diseases of Thailand. Guidelines for examination and interpretation of auditory performance in occupational health. Bangkok: 2015. (in Thai)
9. Medical Profession Act, B.E.2525 (A.D. 1982) Pub L No. 99, 111 stat.1-24 (in Thai)
10. Professional Nursing and Midwifery Act, B.E. 2528 (A.D. 1985) Pub L No. 1, 114 stat. 75 (in Thai)
11. Professional Nursing and Midwifery Act (No.2), B.E. 2528 (A.D. 1997) Pub L No. 2, 114 stat.75 (in Thai)
12. Healing Arts Practices Act, B.E.2542 (A.D. 1999) Pub L No. 116, stat.39 (in Thai)
13. The Royal Decree prescribes that the field of correction of disorders of interpretation is a branch of the practice of the art of healing under Healing Arts Practices Act, B.E.2556 (A.D. 2013) (in Thai)
14. Occupational Safety and Health Administration. 29 CFR1910.95(g) .Occupational noise exposure. [Internet]. 2008 [Cited in 7 September, 2021]. Available from <https://www.osha.gov/enforcement/directives/04-00-004>.
15. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Criteria for a recommended standard occupational noise exposure (revised criteria 1998). [Internet]. 2021 [Cited in 7 September, 2021]. Available from <https://www.cdc.gov/niosh/docs/98-126/pdfs/98-126.pdf>
16. Kittikawin N, Bandhukul A, Rattanamongkolgul S. The cross sectional survey of occupational medicine specialties opinion about occupational medicine physician competency in Thailand by Modified Delphi technique. Thammasat Medical Journal 2013; 13(2): 181-194. (in Thai)
17. Japan International Center for Occupational Safety and Health (JICOOSH). Guidelines for the Prevention of Noise-Induced Impairments. [Internet]. 1992 [Cited in 7 September, 2021]. Available from <https://www.jniosh.johas.go.jp/>

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (Reader)

บทความวิจัย บทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – มิถุนายน 2565 การตรวจแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิดังรายนามต่อไปนี้

- | | |
|--|---|
| 1 รองศาสตราจารย์ ดร.เกศินี สราญฤทธิชัย | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2 รองศาสตราจารย์ ดร.เกสรดา ศรีพิชญาการ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3 รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| 4 รองศาสตราจารย์ ดร.บัญชา ยิ่งงาม | คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 5 รองศาสตราจารย์ ดร. เกสักรหญิงนุศราพร เกษสมบุรณ์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 6 รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา สังสิทธิสวัสดิ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 7 รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8 รองศาสตราจารย์ ดร.โสมศิริ เดชารัตน์ | คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 9 รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตติ หาญประเสริฐพงษ์ | คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 10 รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวี ศิริวงศ์ | คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 11 รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดาวชมพู นาคะวิโร | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 12 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวรรตน์ ไวกมภู | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 13 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 14 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกสักรหญิงสายทิพย์ สุทธิรักษา | คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 15 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ | วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 16 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี มิตกิตติ | สำนักพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |

- | | |
|--|---|
| 17 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุจิรา ดวงสงค์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 18 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดศิริ หิรัญขุนหะ | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 19 อาจารย์ ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดตรัง |
| 20 อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา |
| 21 อาจารย์ ดร.คณิต หนูพลอย | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี |
| 22 อาจารย์ ดร.ธงชัย อามาตย์บัณฑิต | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยนครพนม |
| 23 อาจารย์ ดร.นิตา น้อยเด่น | คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 24 อาจารย์ ดร.ปวีณา ลิ้มปิทีปการ | คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 25 อาจารย์ ดร.แพทย์แผนไทยประยุกต์ภัทรศศิริ เหล่าจันทวงศ์ | คณะการแพทย์แผนไทย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 26 อาจารย์ ดร.เกษักรหญิงมนทยา สุนันท์วิวัฒน์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 27 อาจารย์ ดร.สุกาญจนา กำลังมาก | คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 28 ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ | งานอนุรักษ์วิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด |
| 29 ดร.ปวิตร ชัยวิสิทธิ์ | กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและ
อาชีวอนามัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11
จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 30 ดร.ภัสกร คชาพล นิมเดช | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี |



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 วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยทักษิณ (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

ปีละ 4 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม – กันยายน
- ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม - ธันวาคม

จำนวนบทความต่อฉบับ คือ จำนวน 8-10 บทความต่อฉบับ

คำแนะนำทั่วไป

1) บทความวิจัยและบทความวิชาการที่รับเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ต้องไม่เคยได้รับการเผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ใด ๆ มาก่อน ในกรณีผลงานส่วนใดส่วนหนึ่งของผลงานเคยได้รับเผยแพร่มาก่อน ผู้เขียนบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการและกองบรรณาธิการทราบเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมแนบเอกสารหลักฐานการเผยแพร่

2) การส่งต้นฉบับบทความวิจัยและบทความวิชาการ ผู้เขียนสามารถส่งบทความวิชาการได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

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 (รวมถึงการวิเคราะห์ห่อภิมาณ)

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

3) จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) บทความวิชาการประเภทแสดงความคิดเห็นสนับสนุนการโต้แย้งความคิดเห็นของนักวิจัย หรือการแสดงความคิดเห็นผ่านความรู้และประสบการณ์ในประเด็นที่สนใจเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ

หมายเหตุ สำหรับบทความวิจัย (Original articles) ต้องผ่านการพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร้อมทั้งแนบเอกสารใบรับรองที่ได้รับการอนุมัติพร้อมกับใบนำส่งบทความ

การเตรียมต้นฉบับ

1) บทความทุกประเภทกำหนดจำนวนหน้า 10 - 12 หน้ากระดาษ A4

2) พิมพ์ลงบนกระดาษด้วยตัวอักษร 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) ใบบนส่งบทความ

3.2) ปกบทความ รายละเอียดบทความประกอบด้วย 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) ระบุรายละเอียดผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) โดยระบุที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email address) และเบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ และสอดคล้องกับรายชื่อในข้อ 3.3 ที่กำหนดให้มีเครื่องหมายดอกจัน

ส่วนเนื้อหา

3.6) บทคัดย่อ (Abstract) **ไม่เกิน 250 คำ (ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ)** และระบุคำสำคัญ (Keywords) ห้ายบทคัดย่อไม่เกิน 5 คำ ตามหลักสากลที่สอดคล้องกับหัวเรื่องบทความ และกำหนดให้บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษอยู่ในแผนเดียวกัน 1 แผ่น และรูปแบบการเขียนบทคัดย่อนี้ไม่มีโครงสร้าง (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 เนื้อตาราง) และ **“ภาพที่ (Figure)”** (ตัวหนา ได้ภาพ) เรียงลำดับตามหมายเลขและเขียนให้เชื่อมโยงในเนื้อหาเสมอ ชื่อภาพและตารางควรกระชับ ไม่ซ้ำซ้อนกับเนื้อหาที่นำเสนอในตาราง สำหรับภาพกำหนดความละเอียด 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 ให้ผู้เขียนใช้ชื่อบทความ

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 patients 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

บุญญพัฒน์ ไชยเมธ. วิธีการวิจัยทางสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา; นาสิลป์โฆษณาจำกัด, 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 coinfectd with Mycobacterium Tuberculosis in southern Thailand. Southern Asian J Trop Med Public Health 2013; 44(4): 641-648.

ในกรณีบทความวิจัยและบทความวิชาการเป็นภาษาไทย (โดยใช้ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง และชื่อวารสารตามที่ปรากฏในบทความฉบับภาษาไทย เท่านั้น ไม่อนุญาตให้แปลด้วยตนเอง)

บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช, จิรนนท์ 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 องค์การสหประชาชาติ เป็นต้น 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 อนุญาตให้อ้างอิงได้เฉพาะเว็บไซต์ที่สำคัญระดับโลก องค์กรระหว่างประเทศ หรือองค์กรที่เป็นหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น

การยกเลิบทบทวนและการถอนบทความ

ในกรณีของการยกเลิบทบทวนและการถอนบทความ ผู้เขียนสามารถร้องขอได้โดยผู้เขียนบทความ แจ้งเหตุผลการขอยกเลิบทบทวนหรือการถอนบทความเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งให้ผู้แต่งทุกคนลงนาม และส่งมายังวารสารวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ทั้งนี้การยกเลิบทบทวนหรือการถอนบทความเป็นสิทธิ์และขึ้นอยู่กับพิจารณาของบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 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: jhsts@tsu.ac.th, editorjhsts@tsu.ac.th,
adminjhsts@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 (,) กำหนด
ตัวเลขยก ¹ และเครื่องหมายดอกจัน (*) ในตำแหน่ง Corresponding author
ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ เรียงลำดับเช่นเดียวกับภาษาไทย

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: XXXXXXXX, Tel: XXXXXXXXXX

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 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (การคำนวณหาขนาดตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือในการวิจัย การวัดและการประเมินตัวแปรตาม การวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ระบุเลขที่เอกสารอ้างอิง และวันที่ได้รับอนุมัติ))

ผลการศึกษา

.....(เรียงลำดับความสำคัญตามวัตถุประสงค์ และเชื่อมโยงกับตาราง (Table) และภาพ
(Figure))
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1

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

Characteristics	Number	Percent
Sex		
Male		
Female		

อภิปรายผล

.....

.....

.....

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 patients 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 coinfectd with Mycobacterium Tuberculosis in southern Thailand. *Southern Asian J Trop Med Public Health* 2013; 44(4): 641-648.



ใบนำส่งบทความ

สถานที่เขียน.....

วันที่เดือนพ.ศ.

เรื่อง ขอนำส่งบทความต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ

เรียน บรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. บทความต้นฉบับ (หรือระบุตามประเภทของบทความ)

2. อิเล็กทรอนิกส์ไฟล์

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า และคณะฯ (ถ้ามีผู้ร่วมนิพนธ์) ขอรับรองว่าบทความต้นฉบับดังกล่าวนี้ ไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ในระหว่างของการพิจารณาเพื่อการเผยแพร่ในวารสารอื่น ที่ประชุมวิชาการที่มีรายงานสืบเนื่องจากที่ประชุม (Proceedings) ในกรณีที่เนื้อหาส่วนใดส่วนหนึ่งของบทความดังกล่าวเคยนำเสนอหรือเผยแพร่มาก่อน ผู้นิพนธ์ได้แนบแบบเอกสารเนื้อหาบทความหรือบทคัดย่อที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อนแล้ว และผู้ร่วมนิพนธ์ทุกคนยินยอมให้ข้าพเจ้าเป็นผู้รับผิดชอบบทความฉบับดังกล่าวนี้ การเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ และเป็นไปตามประกาศศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) เรื่อง การประเมินด้านจริยธรรม/ จรรยาบรรณวารสารวิชาการไทยในฐานข้อมูล TCI ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2562

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณารับบทความดังกล่าว เพื่อการเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ (สถานที่ติดต่อสะดวก)

โทรศัพท์โทรสาร.....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 : jhsts@tsu.ac.th